

Los sistemas de pensiones y salud en América Latina



Los desafíos
del envejecimiento,
el cambio tecnológico
y la informalidad

Los sistemas de pensiones y salud en América Latina

Los desafíos
del envejecimiento,
el cambio tecnológico
y la informalidad

Título:

Los sistemas de pensiones y salud en América Latina:
los desafíos del envejecimiento, el cambio tecnológico y la informalidad

Depósito Legal: DC2020000927

ISBN: 978-980-422-179-8

Editor: CAF

publicaciones@caf.com

Las ideas y los planteamientos contenidos en la presente edición son de exclusiva responsabilidad de sus autores y no comprometen la posición oficial de CAF.

Diseño gráfico: Estudio Bilder / Buenos Aires

Fotografía de portada: Glen Hodson

Esta y otras publicaciones se encuentran disponibles en scioteca.caf.com

© 2020 Corporación Andina de Fomento

Todos los derechos reservados

Prólogo

Los Estados modernos destinan una cantidad significativa de su presupuesto a financiar un sistema de transferencias que busca proteger a las personas de determinados riesgos, y a la vez, promover la inclusión y la igualdad. Este sistema de protección social constituye un instrumento indispensable para promover el bienestar de la ciudadanía y el desarrollo económico y social, más aún en países con grandes desigualdades como los de América Latina. Eventos adversos con fuerte impacto, como la pandemia de la COVID-19, dejan en evidencia la importancia del buen funcionamiento de estos mecanismos de protección, especialmente para las familias más pobres.

De la amplia gama de programas que integran la protección social, esta nueva edición del Reporte de Economía y Desarrollo pone su foco en aquellos componentes vinculados a la protección del adulto mayor; en concreto, los sistemas de pensiones y los esquemas de salud y cuidado, así como los aspectos del mercado de trabajo que condicionan la cobertura de estos sistemas y su financiamiento.

Este énfasis está justificado y es oportuno. Por un lado, los adultos mayores conforman un segmento de la población particularmente sujeto a riesgos de salud y de insuficiencia de ingresos. Por el otro, estos componentes abarcan una parte importante del gasto público en América Latina, alcanzando, en conjunto, alrededor de 8,5 % del PIB. Finalmente, su carácter oportuno se debe al acelerado envejecimiento que experimentará la región en los próximos años, hecho que supondrá un importante desafío para la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud y pensiones.

Al reto que supone el envejecimiento acelerado se suman la informalidad laboral y la tendencia a la digitalización y automatización de los procesos productivos. La informalidad determina el tamaño del pilar contributivo de los esquemas de protección y condiciona fuertemente su diseño, en la medida que es necesario equilibrar la provisión de mayor protección con la promoción de incentivos al empleo formal. El avance en la digitalización y la automatización, aunque incipiente en la región, podría tener efectos disruptivos en las trayectorias laborales, especialmente entre aquellos trabajadores que desempeñan tareas relativamente más rutinarias. Este factor impactaría negativamente la base de contribuyentes de los esquemas de protección social.

Dado este contexto, cualquier reflexión sobre el rediseño de estos esquemas en América Latina demanda una visión integral que tenga en cuenta las interacciones entre la estructura demográfica y los condicionantes del mercado laboral. Este reporte incorpora estos ingredientes y ofrece algunas claves para afrontar los desafíos planteados y así avanzar hacia una protección social para el adulto mayor que sea financieramente sostenible, de calidad e inclusiva.

El diagnóstico que se realiza en el informe muestra sistemas de protección para los adultos mayores fragmentados y con importantes brechas con respecto a los estándares del mundo desarrollado. A pesar de las mejoras de cobertura de las pensiones ocurridas en las últimas dos décadas, que estuvieron apoyadas en el crecimiento del pilar no contributivo, en la región 4 de cada 10 adultos mayores aún no tienen acceso a ningún tipo de pensiones. Por otra parte, en muchos países, los montos de las pensiones no contributivas son insuficientes para alejar de la pobreza a este grupo demográfico. En materia de salud, el panorama es similar dado que 4 de cada 10 adultos mayores tienen acceso solamente al sistema de salud pública universal (básicamente la red de hospitales públicos), el cual enfrenta desafíos de mejoras en la calidad de su servicio. Cerrar estas brechas es una primera tarea pendiente, al menos en algunos países.

El reporte presenta algunos principios que pueden guiar futuras reformas. En el ámbito de las pensiones, se destaca la importancia de garantizar un ingreso mínimo suficiente para los adultos mayores y procurar el equilibrio financiero del componente contributivo. Para ello, es fundamental la revisión de las edades mínimas de retiro en algunos países y de las fórmulas de cálculo de la tasa de reemplazo en otros. Se destaca también la necesidad de impulsar la obligatoriedad de realizar aportes jubilatorios para todos los trabajadores, incluyendo los cuentapropistas, y

reducir los requisitos de años mínimos de cotización en algunos países donde estos resultan demasiado elevados dada la incidencia de la informalidad. En materia de políticas para los sistemas de salud, se señala como lineamientos clave el avance hacia una mayor integración entre los distintos subsistemas, el desarrollo de mecanismos de control de gastos y de uso eficiente de los recursos, las políticas de prevención y la puesta en marcha de políticas de cuidados.

El necesario avance hacia el cierre de las brechas de cobertura y calidad junto al crecimiento de la población de adultos mayores implica necesidades de financiamiento. Muchos países no tienen prácticamente margen para aumentar los ingresos por la vía de mayores contribuciones, pero sí existe un mayor potencial recaudatorio mediante un incremento del número de contribuyentes. Para esto, es fundamental promover una mayor participación laboral de la mujer y, sobre todo, reducir la informalidad. Además de implementar políticas para aumentar los ingresos de los sistemas de protección social, algunos países cuentan con espacios fiscales para cubrir las demandas de mayor gasto con un aumento de la recaudación de impuestos.

Ciertamente, cada país de la región experimenta circunstancias propias en cuanto a los desafíos que enfrentan sus sistemas de protección social y a los espacios y la oportunidad para abordarlos. No obstante, la necesidad de reformas está presente, en mayor o menor medida, en todos los países. Con este reporte, CAF aspira a apoyar una reflexión necesaria sobre las alternativas de políticas, que conduzca a una mejor protección social y un mayor bienestar de nuestros adultos mayores.

Luis Carranza Ugarte
Presidente Ejecutivo de CAF

Reconocimientos

La preparación de este reporte es responsabilidad de la Vicepresidencia de Conocimiento, bajo la dirección de Pablo Sanguinetti. La edición de esta entrega estuvo a cargo de Fernando Álvarez y Guillermo Alves, con la asesoría académica de Álvaro Forteza y Marcos Vera-Hernández.

La redacción de los capítulos estuvo bajo la responsabilidad de:

Capítulo 1 Fernando Álvarez

Capítulo 2 Pablo Brassiolo y Manuel Toledo

Capítulo 3 Lian Allub y Guillermo Alves

Capítulo 4 Dolores de la Mata y Ricardo Estrada

Capítulo 5 Christian Daude

Ana Gerez fue la responsable de la edición de contenidos. Roberto Ferrer y Federico Pena fueron responsables de la corrección editorial.

Los capítulos se beneficiaron de documentos de investigación elaborados específicamente para esta publicación por Gabriella Conti, Gonzalo Edwards, Elisa Failache Mirza, Ivan Gachet, Rita Ginja, Diego F. Grijalva, Noemí Katzkowicz Junio, Fabricio Méndez Rivero, Renata Narita, Cecilia Parada Larre Borges, Martina Querejeta Rabosto, Raimundo Soto, Carlos Uribe-Terán, Nieves Valdés, Marcos Vera-Hernández y Felipe Zurita.

Los autores agradecen los valiosos aportes y comentarios que recibieron de Ignacio Apella, Daniel Artana, Ana Balsa, Lucila Berniell, Gustavo Fajardo, Eduardo Levy-Yeyati, Lucas Navarro, Paulo Saad, Martin Saignoso y Pablo Sanguinetti.

Los asistentes de investigación fueron Augusto Caro, Daniel Fernández, Roberto Ferrer, Matías Italia, Paula López, Julián Martínez-Correa y Federico Pena.

Índice general

1

La protección social para el adulto mayor y el desafío demográfico — 19

Protección social y desarrollo — 22

Razones para tener sistemas de protección social públicos — 24

Protección social en América Latina: una vista panorámica — 29

Pensiones — 35

Salud — 40

Protección social: nivel socioeconómico y su impacto distributivo — 43

Envejecimiento: un desafío común — 52

Procesos demográficos en América Latina — 57

Mortalidad y esperanza de vida — 57

Fecundidad — 60

Migraciones — 62

Dinámica demográfica, situación fiscal y crecimiento — 64

Apéndice — 71

2

La informalidad laboral y el cambio tecnológico: viejos y nuevos retos para la protección social — 85

Características estructurales de los mercados laborales en América Latina y cobertura de la población en edad activa — 88

La participación laboral: brechas de género y actividad en la adultez — 90

El desempleo: diferencias entre países y situación de los jóvenes — 99

La informalidad laboral: un problema de larga data — 100

La dinámica de las contribuciones y el acceso a una pensión en la vejez — 108

Tendencias I: una fuerza laboral que envejece — 120

Tendencias II: avances tecnológicos, efectos en el empleo y trayectorias de contribución — 124

Automatización y digitalización, polarización y consecuencias para la protección social — 125

El trabajo de plataformas y la formalidad laboral — 132

Márgenes para aumentar la cobertura: los bonos de formalidad y de género — 138

El bono de formalidad — 139

El bono de género — 147

Políticas para aumentar la cobertura activa: capitalizando los bonos y previniendo disrupciones — 152

La difícil misión de aumentar la formalidad laboral — 152

Participación laboral femenina: cómo levantar las restricciones — 155

Políticas laborales para el cambio tecnológico: formación de habilidades y apoyo al ingreso — 157

Cambios en la organización del empleo: I as plataformas como oportunidad — 158

3

Los sistemas de pensiones en América Latina — 165

Objetivos de los sistemas de pensiones y rol de las políticas públicas — 168

Arquitectura básica de los sistemas de pensiones en la región — 172

Desafíos de la cobertura — 176

Niveles de cobertura de las pensiones para adultos mayores en la región — 176

Determinantes de la cobertura de las pensiones contributivas para asalariados — 179

Determinantes de la cobertura de las pensiones para trabajadores por cuenta propia — 181

Determinantes de la cobertura de las pensiones no contributivas — 183

Suficiencia de los montos de las pensiones — 185

Sostenibilidad financiera — 192

Situación financiera actual de los sistemas de pensiones — 192

Equilibrio actuarial entre ingresos y egresos como fundamento de la sostenibilidad financiera — 196

Sostenibilidad financiera y envejecimiento — 199

Recomendaciones de política para el diseño de los sistemas de pensiones — 201

Edad de retiro: mínimos e incentivos para postergarla — 203

Años mínimos de aporte — 207

Montos de las pensiones contributivas — 207

Aportes de trabajadores asalariados y por cuenta propia — 209

Cobertura y monto de las pensiones no contributivas — 211

Apéndice — 214

4

Los servicios de salud y cuidados frente al envejecimiento — 221

Envejecimiento: cambios en la demanda y en el gasto en salud — 225

¿Cómo cambia el perfil epidemiológico con el envejecimiento demográfico? — 225

¿Cuánto cambian los gastos y la demanda de servicios de salud a lo largo del ciclo de vida? — 231

Gasto en salud al alza — 236

¿Cuánto puede crecer el gasto público en salud en América Latina con el envejecimiento? — 240

Envejecimiento: cambios en la demanda y en el gasto para cuidados — 242

¿Cómo aumenta la necesidad de cuidados con la edad? — 242

¿Quién cuida a los adultos mayores con dependencia en América Latina? — 246

Gasto al alza en cuidados de largo plazo: I a experiencia de países desarrollados — 250

¿Cómo puede aumentar la demanda de cuidados de largo plazo en América Latina? — 254

Caracterización de los sistemas de salud en América Latina — 256

Generosidad de la cobertura y protección financiera — 264

Políticas necesarias para una nueva realidad demográfica — 276

Fortalecer las estrategias de control y un uso más eficiente del gasto — 276

Reforzar la prevención — 285

Desarrollar una estrategia de políticas de cuidado — 290

Apéndice — 296

5

Juntando las piezas — 299

Desafíos actuales de cobertura y suficiencia — 303

Cobertura y suficiencia de los sistemas de pensiones — 303

Cobertura y suficiencia de los sistemas de salud — 308

Desafíos de la sostenibilidad financiera de cara al futuro — 312

Proyecciones de gasto e ingresos — 313

Costos estimados de incrementar los niveles de cobertura y suficiencia — 319

Aspectos fiscales para lidiar con los efectos del envejecimiento — 325

Espacio fiscal — 326

Otras fuentes potenciales de financiamiento y ahorro — 338

¿Cuáles son las reformas necesarias y su viabilidad política? — 341

Algunos principios para las reformas de la protección social — 343

Potenciales conflictos entre la protección social y la eficiencia — 352

Las capacidades del Estado y otros elementos relevantes — 357



Bibliografía — 365

Índice de recuadros

- Recuadro 1.1** La brecha del gasto: ¿características del sistema o de la estructura poblacional? — 33
- Recuadro 1.2** Poca protección y alta vulnerabilidad: una combinación nefasta — 46
- Recuadro 1.3** Desafíos para aprovechar los bonos demográficos — 69
- Recuadro 2.1** Rotación laboral en países de América Latina según encuestas de hogares — 109
- Recuadro 2.2** La ocupación como un conjunto de tareas y la hipótesis de polarización — 126
- Recuadro 2.3** Las percepciones de los trabajadores ante el cambio tecnológico — 129
- Recuadro 3.1** Regímenes especiales de pensiones en la región — 175
- Recuadro 4.1** ¿El regreso de las enfermedades infecciosas? — 226
- Recuadro 4.2** ¿Por qué crece el gasto en salud? Factores adicionales al envejecimiento — 238
- Recuadro 4.3** ¿Cambiará el perfil de gastos por edad a medida que aumenta la esperanza de vida? — 241
- Recuadro 4.4** Evidencia sobre el impacto de las reformas en los sistemas sanitarios de América Latina — 262
- Recuadro 4.5** Asociación de diferentes políticas con el gasto público en salud y la esperanza de vida en países de la OCDE — 277
- Recuadro 4.6** Equiparar la calidad y la disponibilidad de servicios en subsistemas contributivos y no contributivos de salud — 280
- Recuadro 4.7** La regulación de las calorías — 288
- Recuadro 5.1** Proyecciones de pensiones y salud bajo el escenario demográfico — 314
- Recuadro 5.2** Efectos de la reforma pensional de 2019 en Brasil — 317
- Recuadro 5.3** El uso de fondos soberanos como herramienta fiscal en Chile — 338

Índice de gráficos

- Gráfico 1.1** Financiamiento del déficit del ciclo de vida para la población de 65 y más años — 24
- Gráfico 1.2** Gasto público en pensiones y salud como proporción del PIB — 30
- Gráfico 1.3** Gasto en pensiones y salud con relación al PIB per cápita — 32
- Gráfico 1.4** Cobertura de las pensiones contributivas y no contributivas — 35
- Gráfico 1.5** Tasas de reemplazo simuladas (cotizaciones promedio) para asalariados, según el sexo — 37
- Gráfico 1.6** Pensiones no contributivas como proporción de la línea de pobreza — 38
- Gráfico 1.7** Cobertura de los servicios de salud frente a la protección financiera — 42
- Gráfico 1.8** Cobertura de las pensiones según el nivel de ingreso y el tipo de pensión — 43
- Gráfico 1.9** Cobertura del sistema de salud por tipo de seguro, según nivel socioeconómico — 45
- Gráfico 1.10** Porcentaje de población de 65 años y más, actual y futura, por regiones del mundo — 52
- Gráfico 1.11** Porcentaje de población de 65 y más años, actual y futura, por países de América Latina — 53
- Gráfico 1.12** Número de años para que la población de 65 y más años pase del 7 % al 14 % de la población total — 54
- Gráfico 1.13** Estructura poblacional de América Latina por grupos de edad, 1950-2100 — 55
- Gráfico 1.14** Ventana temporal con tasa de dependencia decreciente: países de América Latina — 56
- Gráfico 1.15** Esperanza de vida al nacer en América Latina y OCDE, 1953-2098 — 57
- Gráfico 1.16** Esperanza de vida al nacer: años de vida saludable y con discapacidad, 1990-2017 — 59
- Gráfico 1.17** Fecundidad total en América Latina y en países de la OCDE — 61
- Gráfico 1.18** Migraciones en América Latina, 2019 — 63
- Gráfico 1.19** Variación del gasto en pensiones y salud como proporción del PIB, 2015-2065 — 65
- Gráfico A 1.1** Perspectiva histórica del gasto público social como porcentaje del PIB en los países desarrollados, 1880-2016 — 74
- Gráfico A 1.2** Perspectiva histórica del gasto público social como porcentaje del PIB en América Latina y Estados Unidos — 74
- Gráfico A 1.3** Brecha en la esperanza de vida a los 30 años entre la población con educación terciaria y secundaria completa, circa 2016 — 75
- Gráfico A 1.4** Estructura poblacional por grupos de edad en países de América Latina, 1950, 2020 y 2100 — 75
- Gráfico A 1.5** Tasa de dependencia en regiones del mundo, 1950-2100 — 78
- Gráfico A 1.6** Tasa de dependencia en países de América Latina, 1950-2100 — 79
- Gráfico A 1.7** Años ganados en esperanza de vida: saludables y con discapacidad, países seleccionados, 1990-2017 — 81
- Gráfico 2.1** Población entre 25 y 64 años según su situación laboral, 2018 — 89
- Gráfico 2.2** Tasa de participación laboral de la población en edad de trabajar y PIB per cápita — 91
- Gráfico 2.3** Brecha de participación laboral de género en América Latina — 92
- Gráfico 2.4** Tasa de participación laboral de las mujeres en edad de trabajar y PIB per cápita — 93
- Gráfico 2.5** Tasa de participación por grupos de edad — 96
- Gráfico 2.6** Participación laboral de mayores de 60 años — 97
- Gráfico 2.7** Participación laboral de mayores de 60 años y PIB per cápita, 2018 — 98
- Gráfico 2.8** Tasa de informalidad y PIB per cápita — 102
- Gráfico 2.9** Tasa de informalidad asalariada según características sociodemográficas, circa 2018 — 106
- Gráfico 2.10** Densidad de las contribuciones a la seguridad social — 112
- Gráfico 2.11** Tasas de transición entre estados laborales en el sistema de seguridad social según la edad del trabajador — 116
- Gráfico 2.12** Tasas de formalización según la edad en cuatro países de América Latina — 118

- Gráfico 2.13** Trabajadores por años de contribución alcanzados a la edad (mínima) de retiro en cada país según sexo — 119
- Gráfico 2.14** Distribución etaria de trabajadores activos en América Latina y la OCDE, 1990-2100 — 121
- Gráfico 2.15** Relación entre población activa y población adulta mayor, 1990-2100 — 123
- Gráfico 2.16** Relación entre población activa y población adulta mayor corregida por informalidad laboral en América Latina, 2020-2100 — 124
- Gráfico 2.17** Contenido de habilidades requeridas en las ocupaciones en ciudades de América Latina y en Estados Unidos — 128
- Gráfico 2.18** Contenido de tareas según características sociodemográficas de los trabajadores de las principales ciudades de América Latina — 129
- Gráfico 2.19** Incidencia del empleo mediante plataformas en las principales ciudades de América Latina — 133
- Gráfico 2.20** Distribución del empleo de plataformas en las principales ciudades de América Latina según características de las actividades — 135
- Gráfico 2.21** Tasa de formalidad en el empleo de plataformas en las principales ciudades de América Latina — 137
- Gráfico 2.22** Bono de formalidad: aumento de la formalidad en 1 punto porcentual — 140
- Gráfico 2.23** Bono de formalidad como porcentaje del PIB con relación a la tasa de aporte efectiva — 141
- Gráfico 2.24** Bono de formalidad en ejercicios contrafactual por tipo de sistema de previsión social — 145
- Gráfico 2.25** Participación laboral femenina observada y contrafactual por edad y educación, 2015 — 148
- Gráfico 2.26** Bono de género — 151
- Gráfico 3.1** Composición de las fuentes de ingreso del hogar según la edad del jefe — 170
- Gráfico 3.2** Incidencia de la pobreza entre adultos de 65 años o más y PIB per cápita, 2018 — 171
- Gráfico 3.3** Proporción de personas de 65 años o más que cobra pensión, PIB per cápita e incidencia de la pobreza en el mismo grupo de edad, 2018 — 177
- Gráfico 3.4** Proporción de personas de 65 años o más que cobran pensión, circa 2018 — 178
- Gráfico 3.5** Cobertura de las pensiones contributivas y no contributivas para personas de 65 años o más, 2017 — 184
- Gráfico 3.6** Tasas de reemplazo netas promedio observadas para asalariados, 2018 — 186
- Gráfico 3.7** Tasa de pobreza relativa entre mayores de 65 años según el nivel de cobertura de las pensiones, circa 2018 — 190
- Gráfico 3.8** Monto de las pensiones no contributivas con relación al PIB per cápita, 2018 — 191
- Gráfico 3.9** Ingresos y egresos de los sistemas de pensiones con relación al PIB, 2015 — 193
- Gráfico 3.10** Gasto público en pensiones y envejecimiento, 2015 — 194
- Gráfico 3.11** Contribuciones como porcentaje del salario bruto de asalariados, 2020 — 195
- Gráfico 3.12** Ingresos de los sistemas de pensiones, informalidad y población en edad de trabajar, 2015 — 196
- Gráfico 3.13** Variación de los ingresos, los gastos y el balance previsional en función del envejecimiento demográfico entre 2015 y 2065 — 200
- Gráfico 3.14** Esperanza de vida y edades mínimas de retiro según el sexo del trabajador — 203
- Gráfico 4.1** Mortalidad por enfermedades no transmisibles en países de América Latina y de la OCDE, total y por grupo de edad, 2000 y 2016 — 228
- Gráfico 4.2** Incidencia de las principales causas de muerte en América Latina por grupo de edad, 2016 — 229
- Gráfico 4.3** Mortalidad por enfermedades no transmisibles en países de América Latina y el resto del mundo, 2000 y 2016 — 230
- Gráfico 4.4** Correlación entre envejecimiento y mortalidad por enfermedades no transmisibles, 2016 — 230
- Gráfico 4.5** Gasto per cápita en salud por edad y género en Chile y Colombia — 232
- Gráfico 4.6** Personas que utilizaron un servicio de salud por tipo de servicio, edad y género en Chile y Colombia — 233
- Gráfico 4.7** Número de consultas médicas y días de hospitalización per cápita, por edad y género en Chile y Colombia — 234
- Gráfico 4.8** Composición del gasto per cápita en salud por tipo de servicio y edad, en Chile y Colombia — 235
- Gráfico 4.9** Composición del gasto hospitalario por tipo de patología y edad en Chile y Colombia — 236
- Gráfico 4.10** Gasto en salud como porcentaje del PIB en países de América Latina, 2000 y 2017 — 237

- Gráfico 4.11** Gasto público en salud en países de América Latina y de la OCDE, 2017 — 239
- Gráfico 4.12** Proyecciones del gasto público en salud en países de América Latina, 2015 y 2065 — 240
- Gráfico 4.13** Población de 65 años y más con dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria por tipo de actividad en cinco países de América Latina, 2015 o año más reciente — 243
- Gráfico 4.14** Dependencia por número de actividades básicas de la vida diaria para las cuales se necesita ayuda en cinco países de América Latina, 2015 o año más reciente — 244
- Gráfico 4.15** Población mayor en situación de dependencia y déficit de cuidados para actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) en Ecuador y México, 2009 y 2015 — 244
- Gráfico 4.16** Población con edad entre 25 y 65 años que brinda cuidados no remunerados a adultos, según el número de horas de cuidados, en 11 grandes ciudades de América Latina — 248
- Gráfico 4.17** Población de 25 a 65 años que brinda cuidados no remunerados a adultos por condición de residencia del receptor de los cuidados en 11 ciudades de América Latina — 248
- Gráfico 4.18** Población de 60 años y más según el tipo de hogar en el que residen en países de América Latina, 2018 o año más reciente — 249
- Gráfico 4.19** Población de 65 años y más usuaria de servicios formales de cuidado de largo plazo por tipo de servicio en países de la OCDE, 2016 — 251
- Gráfico 4.20** Gasto promedio por usuario de servicios formales de cuidado de largo plazo en países de la OCDE, 2016 — 251
- Gráfico 4.21** Gasto público y privado en servicios de cuidado de largo plazo en países de la OCDE, 2016 — 252
- Gráfico 4.22** Gasto y uso de los servicios formales de cuidado de largo plazo y envejecimiento en los países de la OCDE, 2016 — 254
- Gráfico 4.23** Población de 65 años y más en situación de dependencia en cinco países de América Latina, 2015 y proyecciones para 2025, 2045 y 2065 — 255
- Gráfico 4.24** Cobertura de salud por tipo de aseguramiento en países de América Latina, 2015 — 263
- Gráfico 4.25** Gasto total en salud según fuente de financiamiento, 2016 — 266
- Gráfico 4.26** Protección financiera de hogares con gasto en salud catastrófico y empobrecedor en países de América Latina, año más reciente disponible — 267
- Gráfico 4.27** Incidencia del gasto en salud catastrófico y cobertura de la seguridad social contributiva en países de América Latina — 269
- Gráfico 4.28** Incidencia del gasto en salud catastrófico y presencia de adultos mayores en el hogar en países de América Latina — 270
- Gráfico 4.29** Población que acudió al médico tras sentirse enferma en 11 ciudades de América Latina, 2019 — 271
- Gráfico 4.30** Razones por las que la población declara no acudir al médico tras sentirse enferma en 11 ciudades de América Latina, 2019 — 271
- Gráfico 4.31** Población que acudió al médico tras sentirse enferma y cobertura de la seguridad social contributiva en 11 ciudades de América Latina, 2019 — 272
- Gráfico 4.32** Razones por las que la población declara no acudir al médico tras sentirse enferma y cobertura de la seguridad social contributiva en 11 ciudades de América Latina, 2019 — 274
- Gráfico 4.33** Realización de exámenes médicos preventivos y cobertura de la seguridad social contributiva en 11 ciudades de América Latina — 275
- Gráfico 4.34** Incidencia de factores de riesgo entre la población de 45 a 64 años en 11 ciudades de América Latina, 2019 — 287
- Gráfico 4.35** Población que se realizó exámenes de medición de la presión arterial y de glucemia en los últimos 2 años en 11 ciudades de América Latina, 2019 — 290
- Gráfico 5.1** Relación entre la cobertura de las pensiones e incidencia de la pobreza en adultos mayores en 2017 — 305
- Gráfico 5.2** Índice de cobertura y gasto público en salud como porcentaje del PIB — 309
- Gráfico 5.3** Evolución del gasto público en pensiones y salud, 2015 y 2065 — 315
- Gráfico 5.4** Evolución del resultado financiero de los sistemas de pensiones y salud por país — 318
- Gráfico 5.5** Gasto necesario para cerrar la brecha de cobertura en salud con relación a la OCDE — 323
- Gráfico 5.6** Evolución de la deuda pública total como porcentaje del PIB, 2000-2021 — 326

- Gráfico 5.7** Déficit fiscal y deuda pública total como porcentaje del PIB en países latinoamericanos, 2020 — 327
- Gráfico 5.8** Valor presente neto como porcentaje del PIB de los déficits proyectados de los sistemas de pensiones y salud por país — 328
- Gráfico 5.9** Contribuciones a la seguridad social en porcentaje del costo laboral total, 2013 — 330
- Gráfico 5.10** Tasa de informalidad y costo de la formalidad promedio en América Latina — 331
- Gráfico 5.11** Recaudación tributaria y espacio fiscal como porcentaje del PIB, 2018 — 333
- Gráfico 5.12** Ingresos tributarios totales como porcentaje del PIB por regiones del mundo, 2018 — 334
- Gráfico 5.13** Potenciales ahorros en el gasto educativo debido al envejecimiento, proyección para 2065 — 339
- Gráfico 5.14** Preferencias en América Latina sobre cómo resolver los desafíos financieros para los sistemas de pensiones derivados del envejecimiento — 350
- Gráfico 5.15** Preferencias en América Latina sobre cómo financiar una pensión mínima universal — 351
- Gráfico 5.16** Relación entre pensión no contributiva relativa a la productividad laboral y el premio salarial a la formalidad — 353
- Gráfico 5.17** Clasificación en el índice de calidad regulatoria por año — 358
- Gráfico 5.18** Índice de alfabetización financiera — 359

Índice de cuadros

- Cuadro 1.1** Preferencias ciudadanas relativas a los sistemas de pensiones en América Latina — 28
- Cuadro 1.2** Percepciones sobre la suficiencia de las pensiones en América Latina — 39
- Cuadro 1.3** Pertenencia de adultos mayores (65 años o más) a algunos de los tres pilares del sistema de salud — 40
- Cuadro 1.4** Impacto en la pobreza y la desigualdad de la asistencia social frente a la seguridad social (coeficientes de concentración) — 49
- Cuadro 1.5** Orientación redistributiva de los sistemas contributivos: una perspectiva intertemporal — 51
- Cuadro 1.6** Descomposición de los cambios en la esperanza de vida al nacer por grupos de edad, 1958-2018 — 58
- Cuadro 1.7** Bonos demográficos en diferentes periodos — 67
- Cuadro A 1.1** Análisis estadístico del Recuadro 1.1, “descontando” el factor demográfico en el gasto de salud — 72
- Cuadro A 1.2** Indicadores de cobertura de la Organización Mundial de la Salud — 73
- Cuadro A 1.3** Listado de códigos de países — 82
- Cuadro 2.1** Tasa de participación laboral por grupos de edad — 90
- Cuadro 2.2** Participación laboral por nivel educativo — 94
- Cuadro 2.3** Participación laboral de la población en edad de trabajar por sexo y nivel educativo — 95
- Cuadro 2.4** Edad de participación laboral máxima en 2018 — 97
- Cuadro 2.5** Tasa de desempleo, 2000 y 2018 — 100
- Cuadro 2.6** Tasa de informalidad en América Latina — 101
- Cuadro 2.7** Empleo con relación de dependencia — 103
- Cuadro 2.8** Informalidad en el empleo independiente — 104
- Cuadro 2.9** Informalidad en el empleo asalariado — 105
- Cuadro 2.10** Proporción media de contribuciones según características del trabajador — 114
- Cuadro 2.11** Tasas de transición entre estados laborales en el sistema de seguridad social por país — 115
- Cuadro 2.12** Duración de los periodos con contribución y sin contribución por país (en meses) — 117
- Cuadro 2.13** Relación entre población activa y población adulta mayor — 122
- Cuadro 2.14** Incidencia del empleo a través de plataformas en las principales ciudades de América Latina según categoría ocupacional — 134
- Cuadro 2.15** Perfil de los trabajadores de plataforma con actividad en el último mes en las principales ciudades de América Latina — 136
- Cuadro 2.16** Tasas de formalidad observadas y contrafactuales — 142
- Cuadro 2.17** Bonos de formalidad: resultados de ejercicios contrafactuales — 144
- Cuadro 2.18** Bono de formalidad desagregado y distribución de trabajadores informales — 146
- Cuadro 2.19** Tasa de participación laboral femenina y brecha de género — 150
- Cuadro 3.1** Caracterización de los sistemas previsionales contributivos latinoamericanos — 173
- Cuadro 3.2** Condiciones de acceso a pensiones contributivas — 179
- Cuadro 3.3** Simulación de la proporción de trabajadores que alcanzarían determinados años de aportes a los 65 años de edad — 180
- Cuadro 3.4** Años de aporte y expectativas de jubilación según el tipo de ocupación en las principales ciudades de la región, 2019 — 182
- Cuadro 3.5** Tasas de reemplazo netas simuladas para asalariados y cuentapropistas que se retiran a la edad mínima de cada país, 2020 — 187
- Cuadro 3.6** Ratio entre el total de prestaciones y contribuciones para asalariados y cuentapropistas, 2020 y proyecciones para 2065 — 198
- Cuadro 3.7** Efecto en el ratio de prestaciones sobre contribuciones de postergar un año el retiro — 205

Cuadro A 3.1	Años acumulados de contribución considerando solo relaciones laborales de tipo asalariado	— 214
Cuadro A 3.2	Condiciones de aporte de trabajadores por cuenta propia	— 215
Cuadro A 3.3	Detalles de pensiones no contributivas	— 216
Cuadro A 3.4	Proporción de población de 15-64 años y mayor de 65 años	— 216
Cuadro A 3.5	Reglas de cálculo de las pensiones para sistemas de beneficio definido	— 217
Cuadro A 3.6	Años de contribución para las tasas de reemplazo y ratios actuariales simulados	— 219
Cuadro 4.1	Adultos mayores con dependencia que reciben cuidados de largo plazo por tipo de cuidador principal y tipo de actividad de la vida diaria en Argentina (2012), Colombia y México (2015)	— 247
Cuadro 4.2	Cobertura de salud a través de sistemas de seguridad social contributivos en países de América Latina	— 258
Cuadro 4.3	Cobertura de salud a través de sistemas no contributivos en países seleccionados de América Latina	— 260
Cuadro 4.4	Gasto en salud por beneficiario de los subsistemas de salud, 2015	— 265
Cuadro 4.5	Uso de la evaluación de tecnologías sanitarias en América Latina	— 284
Cuadro A 4.1	Cobertura de salud según subsistema en Encuesta CAF 2019	— 296
Cuadro 5.1	Cobertura del sistema de pensiones y pobreza, 2017	— 306
Cuadro 5.2	Niveles de cobertura de salud, eficiencia del gasto y brechas de cobertura	— 310
Cuadro 5.3	Brechas de protección financiera frente a gastos en salud	— 311
Cuadro 5.4	Proyecciones de gastos e ingresos públicos de los sistemas de pensiones y salud	— 316
Cuadro 5.5	Costos estimados de la cobertura universal y suficiencia de las pensiones	— 320
Cuadro 5.6	Estimación del gasto necesario para evitar el gasto de salud empobrecedor	— 325
Cuadro 5.7	Composición de los ingresos por grandes grupos de impuestos en países con espacio para aumentar la recaudación tributaria, 2018	— 335
Cuadro 5.8	Características del impuesto sobre la renta de personas físicas en América Latina	— 336
Cuadro 5.9	Diferencias en las respuestas sobre opciones de reforma al ser expuestos a información sobre la esperanza de vida en el país	— 345
Cuadro 5.10	Resultados de la encuesta sobre opciones de reforma al ser expuestos a información sobre la esperanza de vida en el país por nivel de ingreso	— 347

**La protección
social para
el adulto mayor
y el desafío
demográfico**



La protección social para el adulto mayor y el desafío demográfico¹

América Latina está envejeciendo de forma acelerada. En los próximos 30 años, la proporción de latinoamericanos de al menos 65 años se duplicará, para alcanzar casi un 18 %, mientras que la población de 80 años y más pasará de representar menos del 2 % al 5 % del total. Otros países, como Francia y Suecia, tardaron alrededor de un siglo en experimentar un proceso similar. Hacia finales del siglo XXI, tres de cada diez latinoamericanos tendrán al menos 65 años.

La tendencia demográfica descrita impone importantes retos a los sistemas de seguridad social, especialmente a los componentes de pensiones y salud. A los factores demográficos, se suman aspectos vinculados al mercado laboral. En la región, el más notable es la informalidad, aunque no es el único. Los recientes cambios tecnológicos y el surgimiento de nuevas formas de trabajo son elementos que también condicionan la protección social y su financiamiento.

Este reporte se centra en la naturaleza de los desafíos que afrontan los sistemas de protección social y las políticas públicas para afrontarlos. Su foco primordial son las pensiones y la provisión de servicios de salud y cuidados para adultos mayores. Su objetivo, es ofrecer una visión integral y en profundidad de ambos sistemas, que tenga en cuenta las interacciones entre la estructura demográfica, el mercado laboral y los factores que determinan su equilibrio financiero y su sostenibilidad. Además, se ofrecen algunas claves para afrontar estos desafíos y favorecer una protección social para el adulto mayor de calidad y para todos.

En este primer capítulo, se ofrece un primer acercamiento a los sistemas de protección social de la región. Tras un repaso al importante rol de Estado en esta materia, se ofrecen datos básicos sobre las características de los sistemas de pensiones y de salud, aspectos que se desarrollarán, con mayor profundidad o desde diferentes perspectivas, en capítulos posteriores. Además, en el capítulo se examinan procesos que están cambiando la estructura demográfica de los países, como el aumento de la esperanza de vida, la caída de la fecundidad y las migraciones.

1. La elaboración de este capítulo fue responsabilidad de Fernando Álvarez y contó con la asistencia de investigación de Roberto Ferrer.

La seguridad social es, sin duda, un potente instrumento para el desarrollo ya que favorece la protección de las personas frente a ciertos riesgos y la igualdad. Por ello, los Estados destinan una cantidad importante de recursos para proveer mecanismos públicos de protección social. No obstante, la importancia de estos gastos varía de un país a otro, inclusive entre países con niveles similares de desarrollo. La región gasta, en promedio, poco en pensiones y salud como proporción de su PIB en comparación con los países más desarrollados. La brecha actual de gasto en la mayoría de los países de América Latina respecto a los realizados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) no responde exclusivamente a la relativamente baja proporción de adultos mayores; en algunos casos, también juegan un rol las características que definen la calidad de los sistemas (la cobertura y la generosidad de la provisión por beneficiario).

En la medida que estos programas cumplen objetivos distributivos, no basta con una visión agregada de estas dimensiones. Resulta esencial también explorar la oferta de estos instrumentos de protección para familias de diferentes niveles de ingresos. Un sistema de pensiones y salud fragmentado, con diferencias importantes en la protección que ofrece a las familias de diferentes niveles socioeconómicos, puede comprometer el rol distributivo de estos esquemas.

En este reporte, se observa que la protección social para el adulto mayor es muy diferente entre países. Muchos tienen el desafío de mejorar la cobertura, el monto de los beneficios o ambos a la vez; sin embargo, todos comparten, en mayor o menor medida, el desafío del envejecimiento y un consecuente incremento en la fracción de adultos mayores. Así pues, al menos en algunos países, parece inevitable avanzar o consolidar reformas que aseguren la sustentabilidad financiera en los esquemas de protección social. Las características específicas de estas reformas y sus desafíos dependerán de la realidad de cada país, incluyendo sus espacios fiscales. El libro, en su conjunto, ofrece información y lineamientos de política para afrontar este importante reto.

Protección social y desarrollo

Desde el nacimiento, las personas enfrentan riesgos y circunstancias que pueden comprometer su calidad de vida.

Desde el nacimiento, las personas enfrentan riesgos y circunstancias que pueden comprometer su calidad de vida. Nacer en un contexto social desfavorable puede condicionar la capacidad de las personas para acumular habilidades. Enfermedades, accidentes o la pérdida del empleo afectan la capacidad de los trabajadores para generar ingresos. Al convertirnos en adultos mayores, aumentan los riesgos vinculados a problemas de salud y de suficiencia de recursos para satisfacer las necesidades de consumo.

El Estado ayuda a las personas a enfrentar estos riesgos ofreciendo un amplio espectro de programas. Estos incluyen transferencias a los hogares pobres, la provisión (y regulación) de servicios de salud, seguros contra el desempleo, compensaciones por incapacidad y pensiones de vejez, entre otros beneficios. Este reporte se centra en los instrumentos que brindan

protección al adulto mayor, esto es, básicamente pensiones y servicios de salud y cuidados. Las razones de este énfasis son la importancia de estos componentes en el gasto social y su alta sensibilidad a los cambios demográficos que se avecinan.²

Los instrumentos provistos por el Estado no son la única fuente de protección frente a eventos o situaciones en la etapa de adultez mayor. Existe una variedad de seguros privados que permiten enfrentar contingencias de salud durante la vejez. Asimismo, transferencias al interior de la familia (bien en dinero, bien en tiempo) o la acumulación de activos en etapas previas son herramientas para afrontar las necesidades del adulto mayor. Sin embargo, estos mecanismos privados suelen ser insuficientes para proveer un nivel de protección adecuado. La provisión pública es fundamental.

Mecanismos privados suelen ser insuficientes para proveer un nivel de protección adecuado. La provisión pública es fundamental.

En efecto, los sistemas de protección social financian una parte importante del consumo de las personas después del retiro laboral, cuando sus ingresos laborales caen y su gasto en salud crece. Esto se aprecia en el Gráfico 1.1, que muestra, para diferentes países y años, cómo los adultos mayores de 65 años financian su déficit de ingreso a partir de tres fuentes: i) activos (incluyendo fondos en pensiones de capitalización); ii) transferencias públicas (incluyendo transferencias de sistemas de pensiones bajo el principio de reparto) y iii) transferencias privadas (en algunos casos, y de acuerdo a la disponibilidad de información, se muestran activos y transferencias privadas conjuntamente).

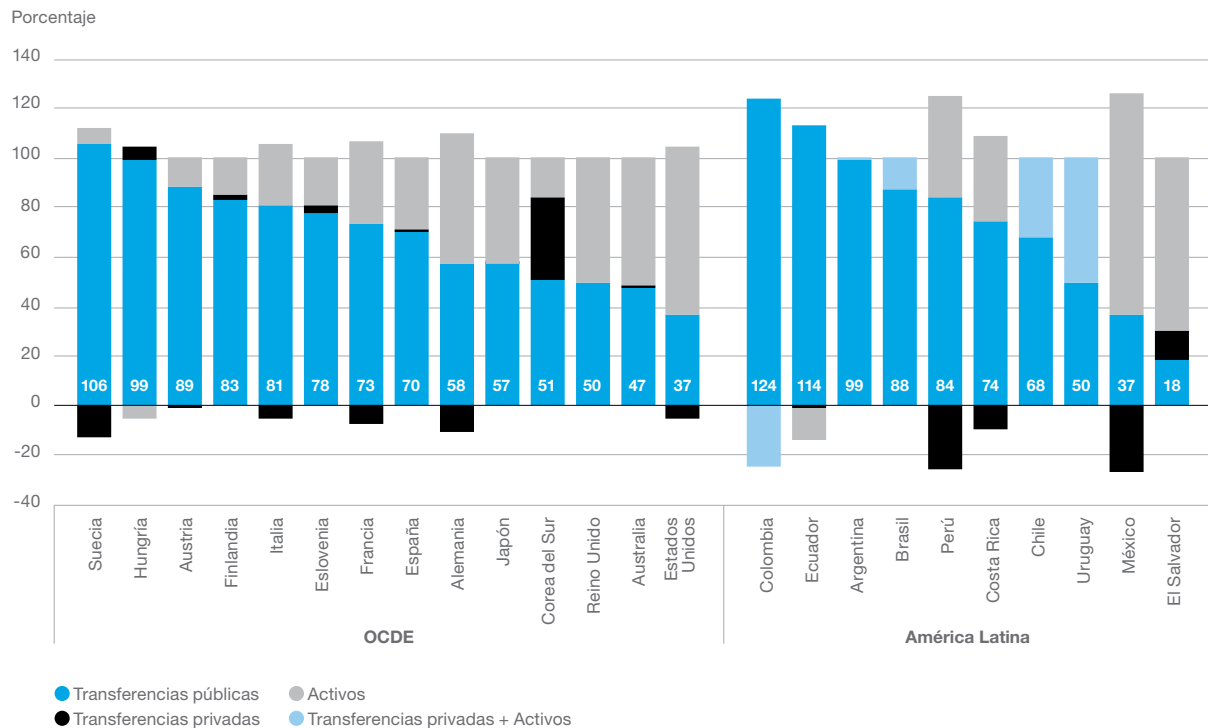
En todos los países, es incuestionable el rol de las transferencias públicas. Estas son especialmente relevantes en economías europeas, como en Austria, Finlandia, Hungría, Italia y Suecia y, dentro de América Latina, en Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú. Por su parte, la importancia de los activos propios es particularmente alta en Estados Unidos y, dentro de la región, en El Salvador y en México. En general, las transferencias privadas desempeñan un papel modesto e inclusive negativo,³ pero, en algunos países, como El Salvador, son incluso comparables con las transferencias públicas, lo que está muy probablemente vinculado al tema de remesas.

2. Este enfoque, obviamente, no pretende desconocer la importancia fundamental del gasto social en etapas previas de la vida. Es incuestionable la importancia del gasto en educación para el desarrollo (CAF, 2016). Asimismo, el aseguramiento frente a contingencias en el mercado de trabajo puede favorecer mejores historias laborales. De hecho, el bienestar durante la vejez está atado a la acumulación de habilidades y a la historia laboral, y por lo tanto, a la protección recibida en las etapas previas del ciclo de vida.

3. Un valor negativo de esta fuente de financiamiento señalaría que, más bien, son los adultos mayores quienes hacen transferencias a las generaciones más jóvenes.

Gráfico 1.1

Financiamiento del déficit del ciclo de vida para la población de 65 y más años



Notas: El año de los datos para cada país es como sigue: Brasil (2002); Suecia (2003); Japón, México (2004); Hungría (2005); Finlandia (2006); Perú (2007); Alemania, Colombia, España, Italia (2008); Australia, Austria, El Salvador, Eslovenia (2010); Ecuador, Estados Unidos, Francia (2011); Chile, Corea del Sur, Reino Unido (2012); Costa Rica, Uruguay (2013); Argentina (2016).

Fuente: Comelatto (2019), para Argentina; NTA (2020), para el resto de los países.

Así pues, la provisión de mecanismos de protección social son una parte esencial de la gestión del Estado. A continuación, se exponen los argumentos que respaldan la provisión pública de aseguramiento.

Razones para tener sistemas de protección social públicos

Se suelen aducir tres razones para la existencia de sistemas públicos de seguridad social: i) la existencia de fallas de mercado, ii) objetivos distributivos y iii) el paternalismo o la necesidad de resolver sesgos conductuales (Diamond, 1977).

El mercado no siempre provee los medios necesarios para que la sociedad distribuya eficientemente los riesgos entre sus ciudadanos. En esos casos, una intervención del Estado puede, potencialmente, mejorar el bienestar. Una de las

fallas del mercado, que limita de manera notable los mercados de seguros, es la información asimétrica,⁴ lo que da lugar a problemas de selección adversa y riesgo moral.

El problema de selección adversa se origina cuando el proveedor del seguro no dispone de información sobre algunas características del asegurado que son importantes para la definición del contrato; por ejemplo, la exposición de los potenciales asegurados al riesgo que se quiere asegurar. Debido al problema de información, la aseguradora no puede cargar un precio diferente a cada grupo de personas con base en su riesgo, viéndose forzada a poner un precio uniforme que refleja en parte los costos más altos de los individuos con mayor riesgo. Esta situación desincentiva a las personas de bajo riesgo a tomar el seguro (porque son caros, considerando su exposición) y conlleva una cobertura inferior a la eficiente. Si la exposición al riesgo fuera observable, el asegurador podría cargar un precio de menos cuantía a las personas de menor riesgo, incentivándolas también a tomar el seguro. Esta salida de los menos riesgosos eleva los precios del seguro (en concordancia con el hecho de que el grupo asegurable presenta mayor riesgo) y puede no solo limitar a quienes se aseguran (margen extensivo), sino también el nivel de cobertura de determinados siniestros (margen intensivo); en particular, los que implican grandes costos, como las enfermedades catastróficas.

El modelo (estándar) de selección adversa tiene como implicación empírica una correlación positiva entre el nivel de cobertura demandado y la exposición al riesgo, aun después de considerar las características del asegurado que son observables por el asegurador. Este principio ha sido la base para pruebas econométricas de selección adversa, que han validado la presencia del problema en algunos mercados de seguros, pero no en otros (Cohen y Siegelman, 2010).⁵

Uno de los mercados donde se han encontrado problemas de selección adversa y que se relaciona con el manejo de riesgos vinculados al adulto mayor es el mercado de anualidades.⁶ Algunos estudios centrados en Reino Unido muestran que los retirados que transforman sus ahorros de pensiones en anualidades viven, en promedio, más tiempo (Finkelstein y Poterba, 2002). También encuentran evidencia de selección adversa en el tipo de anualidades: individuos que creen correr el riesgo de morir relativamente jóvenes seleccionan más comúnmente anualidades que incluyen largos períodos de garantía de pago incluso en caso de sufrir una muerte temprana, en cuyo caso las anualidades se pagan a beneficiarios secundarios.⁷ También existe evidencia de selección adversa en los seguros médicos,

4. La asimetría de información se produce cuando una parte contratante tiene menos información relevante que la otra.

5. Una razón que debilita esta correlación es que las personas no siempre son capaces de procesar (o poseer) mejor la información que las aseguradoras para identificar sus riesgos. Otra, es que la selección de un seguro es un problema multidimensional y la exposición al riesgo es solo uno de los factores relevantes. Otro, es el grado de aversión al riesgo. En la medida que los individuos con menor exposición al riesgo sean más aversos al mismo, puede incluso surgir una correlación negativa entre la demanda de seguros y el nivel de riesgo, en lo que algunos han llamado selección propicia.

6. Las anualidades son contratos que un individuo o empresa puede firmar con una aseguradora por medio del cual, a cambio de un pago único o una serie de pagos, el asegurado puede recibir beneficios de ingresos por un periodo específico o por el resto de su vida natural.

7. Según el estudio, la tasa promedio de muerte temprana entre las personas que toman este tipo de garantías es mayor que la de los asegurados que no toman las garantías, lo que encarece la anualidad.

cuya manifestación es que personas con peores condiciones de salud (no observables por la aseguradora) suelen tomar coberturas más generosas (Cutler y Zeckhauser, 1997).

Una estrategia de política pública para contrarrestar los efectos de la selección adversa es la imposición de la obligatoriedad del seguro o, en esta misma línea, la implementación de subsidios y penalidades para incentivar una mayor toma de seguros.⁸ Algunos estudios respaldan la idea de que este tipo de políticas pueden incrementar el bienestar (Dahlby, 1981; Hackmann, Kolstad y Kowalski, 2015). Estas políticas podrían resolver el problema de selección adversa en el margen extensivo (tomar o no seguro), pero no necesariamente en el margen intensivo (tipo de cobertura). Una opción en esta dimensión es la implementación de compensaciones a la aseguradora por situaciones vinculadas a casos riesgosos.⁹

En lo que respecta al riesgo moral, son las acciones de las personas lo que no es observable; como consecuencia, la presencia del seguro puede incentivar una conducta “riesgosa u oportunista” por parte de los diversos agentes que intervienen en estas transacciones. Por ejemplo, tener un seguro médico puede implicar que se realicen procedimientos innecesarios, incrementando los costos de los servicios, o tener un sistema de pensiones y salud no contributivo podría desincentivar la búsqueda de empleo formal por parte de los trabajadores. En estos contextos, la asimetría de información implica un aseguramiento parcial, por ejemplo, mediante la imposición de un copago como mecanismo para disciplinar al asegurado.

No existen seguros privados contra el riesgo de no acceder a pensiones contributivas. Los sistemas no contributivos llenan ese vacío.

En casos extremos, las fallas del mercado pueden incluso originar la ausencia de mercados de aseguramiento para determinados riesgos. Un ejemplo clásico es el riesgo de desempleo, y, por ello, los seguros de desempleo son programas públicos. En el mismo espíritu de este ejemplo, no existen seguros privados contra el riesgo de tener una historia laboral con largos periodos de informalidad que impida acceder a pensiones contributivas para financiar los gastos de la vejez. Los sistemas no contributivos llenan ese vacío. En su provisión, el Estado no escapa de los problemas de incentivos que se originan por asimetría de información mencionados antes; en particular, el hecho de que la presencia de programas no contributivos puede desincentivar la participación en programas contributivos (obtener un empleo formal). En este problema de riesgo moral, la solución del copago podría tomar la forma de un menor beneficio en el caso de las pensiones no contributivas.

Finalmente, la presencia de externalidades es otra falla del mercado que sustenta la intervención pública en materia de protección social. El ámbito de la salud ofrece ejemplos claros. Uno de ellos es el de las enfermedades contagiosas, para las cuales se justifican fuertes subsidios al diagnóstico,

8. Los subsidios pueden incentivar la toma de seguros, pero deben ser financiados con impuestos que pueden tener impactos negativos sobre la eficiencia o la productividad. Por su parte, las penalidades pueden verse limitadas por la capacidad que tienen los gobiernos de hacerlas cumplir y tener impactos distributivos no deseados.

9. Una regulación común, que puede incluso exacerbar los problemas de selección, consiste en restricciones a la discriminación de precios, ya que puede evitar que la aseguradora precisamente cargue precios distintos originados por diferencias en riesgo. Para más detalles, ver Geruso y Layton (2017).

la prevención y el tratamiento. Adicionalmente, existe evidencia de cómo las mejores condiciones de salud favorecen la inversión en capital humano (Jayachandran y Lleras-Muney, 2009), inversión cuyos efectos derrame son bien conocidos.

El segundo argumento para la existencia de mecanismos de protección y aseguramiento social son motivos distributivos.¹⁰ Ciertamente, la inclusión social y la reducción de la desigualdad suelen ser objetivos de los Estados, y el acceso a la protección social es un derecho que se recoge en muchas legislaciones nacionales y que ha sido reforzado por acuerdos internacionales, como las metas de desarrollo sostenible.¹¹

Esto no significa que todas las sociedades valoren de la misma forma la presencia de elementos distributivos en los esquemas de protección social. ¿Qué se puede decir de las preferencias de los latinoamericanos a este respecto? Según la Encuesta CAF¹² (ECAAF) de 2019 (CAF, 2020), los ciudadanos de las principales ciudades de la región parecen apoyar un balance en el sistema, en el que se impongan montos mínimos de pensiones, pero respetando a su vez cierto nivel de proporcionalidad entre el monto de las pensiones y el de las contribuciones (Cuadro 1.1).

En promedio, más del 55 % de los encuestados está “totalmente de acuerdo” (y 75 % al menos de acuerdo) con que las pensiones otorguen un ingreso mínimo a todos los adultos mayores independientemente de cuánto hayan aportado. Por otro lado, el principio de que la jubilación sea proporcional a los aportes que los trabajadores realizaron en su vida laboral está ligeramente más dividido, pero, en conjunto, también obtiene un apoyo importante, particularmente en Montevideo, Ciudad de Panamá y Buenos Aires. No obstante, el apoyo a beneficios más igualitarios también se vio reflejado en las preferencias de los ciudadanos, especialmente en Asunción y Santiago de Chile (Cuadro 1.1).¹³

Más del 55 % de los encuestados está “totalmente de acuerdo” con que las pensiones otorguen un ingreso mínimo.

10. El argumento distributivo podría enmarcarse en el contexto de las fallas de mercado. Bajo el velo de la ignorancia del filósofo John Rawls, los ciudadanos estarían dispuestos a firmar contratos para distribuir riesgos vinculados a la dotación al nacer; no obstante, una vez que se revela la información sobre la dotación al nacer, quienes reciben la buena dotación no tendrían incentivos para compensar a quienes reciben la baja dotación.

11. En 2015, los Estados miembros de las Naciones Unidas aprobaron 17 objetivos como parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (para más información, ver la página web <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals>). Algunas metas suponían desafíos en términos de provisión de protección social y salud. En particular, la meta 1.3 plantea: “Poner en práctica a nivel nacional sistemas y medidas apropiadas de protección social para todos, incluidos niveles mínimos, y, para 2030, lograr una amplia cobertura de los pobres y los vulnerables”. Por su parte, la meta 3.8 se propone: “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”.

12. La Encuesta CAF es una encuesta anual hecha en las principales ciudades de la región. En la versión de 2019, fueron encuestados algo más de 11.000 habitantes distribuidos en 11 ciudades: Asunción, Buenos Aires, Bogotá, Ciudad de México, Ciudad de Panamá, La Paz, Lima, Montevideo, Quito, San Pablo y Santiago de Chile.

13. Los hombres y las personas con más educación mostraban relativamente mayor inclinación por la proporcionalidad y menor por la imposición de pisos mínimos.

Cuadro 1.1

Preferencias ciudadanas relativas a los sistemas de pensiones en América Latina

Región	Panel A. Opinión sobre concesión de pensión mínima independientemente de aportes (porcentaje de respuestas)					Panel B. Opinión sobre el monto de la pensión (porcentaje de respuestas)				
	Respuesta					Respuesta				
	1 Totalmente en desacuerdo	2	3	4	5 Totalmente de acuerdo	1 Igual para todos	2	3	4	5 Proporcional al aporte
Asunción	5,2	1,4	4,0	9,4	80,0	44,8	2,4	7,9	8,7	36,2
Bogotá	6,0	5,2	12,4	23,2	53,2	25,8	4,6	15,2	23,7	30,8
Buenos Aires	6,5	3,8	11,9	19,3	58,5	28,0	2,8	11,6	15,3	42,3
Ciudad de México	5,2	5,0	14,8	29,3	45,7	20,3	9,8	19,3	27,2	23,4
Ciudad de Panamá	14,4	6,0	11,0	19,0	49,6	22,8	5,0	10,3	14,8	47,1
La Paz	4,8	6,0	15,9	27,2	46,2	25,4	5,5	21,5	21,0	26,7
Lima	4,4	5,8	12,0	37,0	40,8	18,9	10,7	19,4	25,8	25,2
Montevideo	12,3	2,4	10,7	15,0	59,6	17,9	3,5	11,6	17,6	49,4
Quito	11,0	5,4	15,7	18,1	49,8	23,6	7,8	18,6	17,5	32,5
San Pablo	6,9	3,2	7,7	17,1	65,1	30,5	4,6	9,2	16,8	38,9
Santiago de Chile	4,9	3,7	15,3	13,1	62,9	34,5	11,5	26,4	14,5	13,1
Promedio	7,4	4,4	11,9	20,7	55,6	26,6	6,2	15,5	18,4	33,2

Notas: La pregunta que corresponde al panel A es: En una escala del 1 al 10 donde 1 es "Totalmente en desacuerdo" y 10 es "Totalmente de acuerdo", ¿qué tan de acuerdo está usted con la afirmación: "El estado debe otorgar un ingreso mínimo a todos los adultos mayores independientemente de cuánto hayan aportado"? La pregunta del panel B es: En una escala del 1 al 10 donde 1 significa que las jubilaciones deben ser iguales para todos y donde 10 significa que la jubilación debe ser proporcional a los aportes que cada uno realizó en su vida laboral, ¿dónde ubica usted su opinión en esta escala? Para el cuadro se hace la siguiente recodificación en la escala de respuestas: (1 = 1) (2 al 4 = 2) (5 al 6 = 3) (7 al 9 = 4) (10 = 5).

Fuente: Cálculos propios con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

Los esquemas contributivos encuentran dificultades para redistribuir debido a la poca cobertura de las familias más pobres.

Efectivamente, la protección social tiene el potencial de redistribuir (entre ricos y pobres dentro de una generación y entre generaciones), pero no todos los instrumentos son igualmente idóneos para este fin. En la práctica, los esquemas contributivos encuentran dificultades para redistribuir debido a la poca cobertura de las familias más pobres. El carácter inclusivo suele entonces recaer en los esquemas no contributivos; no obstante, los bajos montos de las pensiones distributivas, que podrían justificarse por el lado de resolver los problemas de riesgo moral, y deficiencias de calidad de los sistemas no contributivos de salud podrían atender contra este fin. Esta situación refleja la tensión entre proporcionar un seguro y los incentivos correctos, tensión que el diseño de estos programas debe internalizar.

La última razón para proveer esquemas públicos de protección social es el paternalismo o los sesgos conductuales. El argumento es que los individuos tienden a tomar decisiones subóptimas, por impaciencia, exceso de confianza o incapacidad para acceder o procesar correctamente la información, entre otros motivos.¹⁴ En consecuencia, el Estado debe moldear la conducta individual, forzando, por ejemplo, ciertos niveles mínimos de ahorro. Posiblemente, uno de los temas más importantes en este ámbito se refiere a la pregunta de si los individuos ahorran óptimamente para su retiro. Algunos trabajos avalan la hipótesis de la miopía, por la cual las personas sucumben a la tentación de un excesivo consumo presente con pérdidas de bienestar importantes en la vejez (Laibson, 1998).

La provisión de mecanismos públicos de protección social para la vejez tiene entonces justificaciones sólidas, pero es una tarea que enfrenta desafíos importantes. En primer lugar, por el lado del financiamiento, estos programas son costosos y requieren del cobro de impuestos que, si se aplican al salario, pueden reducir la oferta de trabajo formal (y alentar el trabajo informal) dado el menor ingreso neto salarial que estos impuestos implican. En segundo lugar, por el lado de los beneficios que se otorgan, la protección social puede también distorsionar la conducta de las personas y el desempeño del mercado de trabajo en distintas dimensiones, como la oferta laboral, la elección entre trabajo formal *versus* informal, el momento del retiro o los incentivos al ahorro.

Estos dos desafíos están obviamente interrelacionados y son, en realidad, dos caras de la misma moneda. Ambos deben ser considerados conjuntamente a la hora de evaluar el valor social neto de estos programas de protección social. La clave de un buen diseño es balancear la provisión de seguros con la provisión de incentivos, considerando a su vez el rol que juegan elementos estructurales de la economía, retos sobre los que profundiza el Capítulo 5.

**La provisión de
mecanismos públicos
de protección social para
la vejez enfrenta desafíos
importantes.**

Protección social en América Latina: una vista panorámica

El gasto en pensiones y en salud con relación al PIB ha crecido en estos primeros años del siglo XXI. Sin embargo, en promedio, aún sigue siendo menor al de los países más desarrollados. Mientras que en los países de la OCDE el gasto en pensiones equivale al 9 % del PIB y el gasto público en salud alcanza el 6,4 %, los promedios de América Latina son del 4,3 % y 4,1 %, respectivamente (ver Gráfico 1.2).

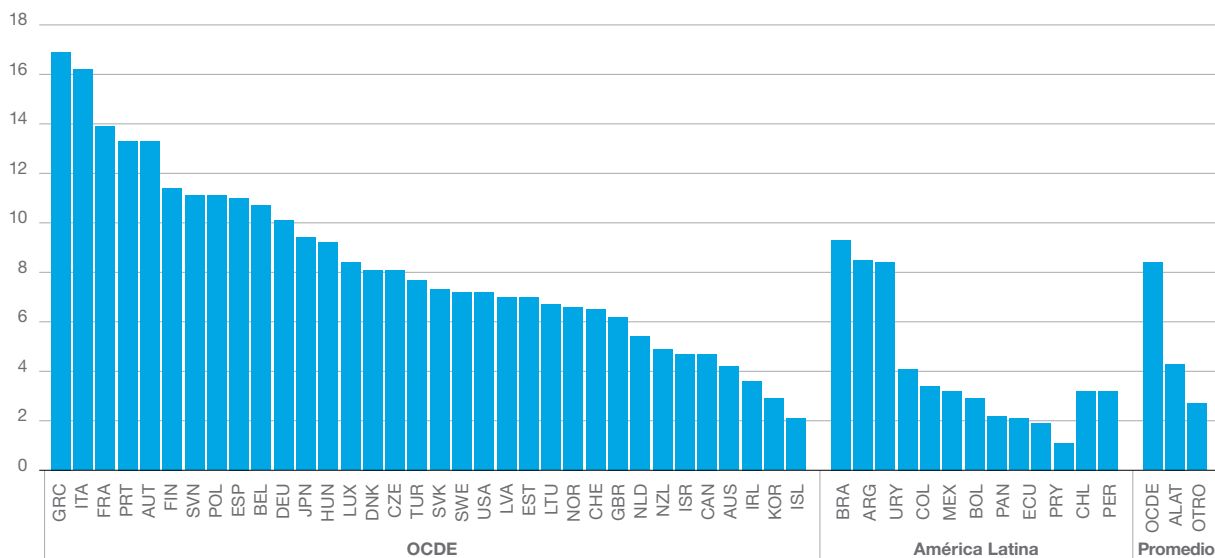
14. Benartzi y Thaler (2007) estudian limitaciones en el caso particular de las decisiones de ahorro provisional.

Gráfico 1.2

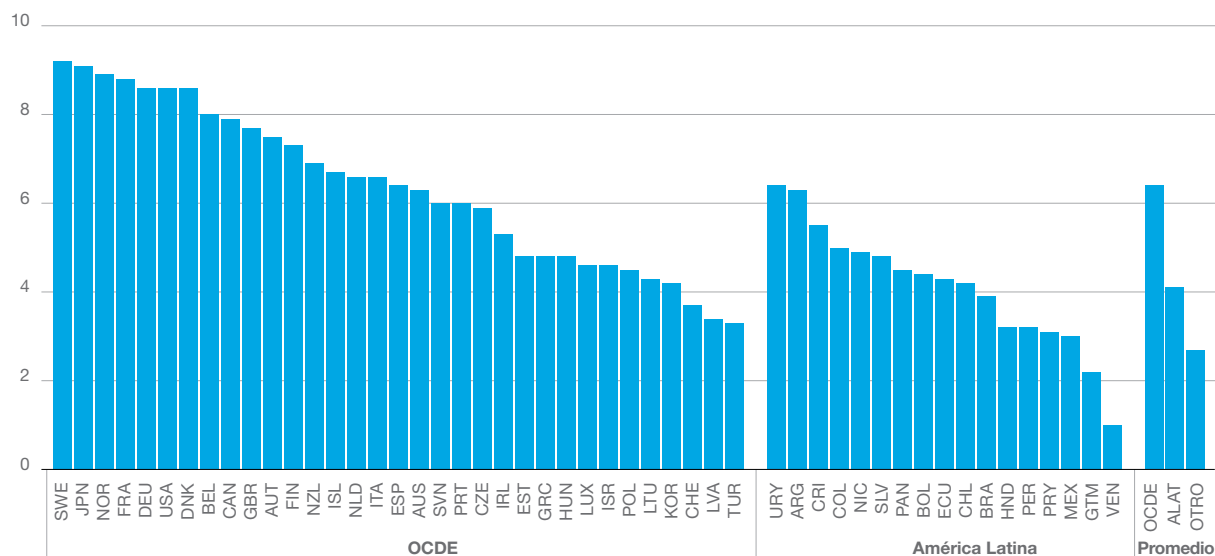
Gasto público en pensiones y salud como proporción del PIB

Panel A. Gasto en pensiones para adultos mayores

Porcentaje del PIB

**Panel B. Gasto público en salud**

Porcentaje del PIB



Notas: En el panel A los datos para cada país son de los siguientes años: Ecuador (2013); Polonia (2014); Alemania, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Japón, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, República Checa, Suecia, Suiza (2015); Australia, Corea del Sur, Estados Unidos, Israel, México, Nueva Zelanda, Turquía (2016); Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay (2017). Otros incluye diferentes años entre 2001 y 2016. En el panel B el gasto se refiere específicamente al gasto doméstico en salud del gobierno general. Se muestra el promedio de los últimos tres años disponibles (2015-2017).

Fuente: En el panel A, cálculos propios con base en IERAL (2020) para países de América Latina; OCDE (2020e), para países de la OCDE; y OIT (2017), para el resto. En el panel B, cálculos propios con base en Banco Mundial (2020).

El gasto en pensiones representando en el Gráfico 1.2 incluye tanto pensiones contributivas como no contributivas, aunque estas últimas suelen ser un componente modesto del gasto total. Hay algunas excepciones, como Bolivia y Trinidad y Tobago, donde son de relativa importancia (ver Gráfico 3.10, pág. 194). Respecto al gasto en salud, cabe destacar que, debido a limitaciones de datos, las cifras reportadas en el Gráfico 1.2 no se vinculan exclusivamente con la atención al adulto mayor, sino con la provisión de salud para toda la población. Es conocido que el gasto en salud crece considerablemente durante la vejez. De ahí, que la estructura etaria influya en el tamaño del presupuesto público en salud.¹⁵

Como se puede ver en el gráfico, existen notables deferencias dentro de cada grupo de países y en ambos rubros.¹⁶ En el caso de las pensiones, en América Latina destacan (ordenados de mayor a menor gasto) Brasil, Argentina y Uruguay, con niveles en torno al 9 % del PIB. En el otro extremo, se encuentran países como Ecuador, Paraguay, Chile y Perú. Dentro de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), algunos, como Italia, gastan en pensiones más del 14 % del PIB, pero otros, como Corea del Sur e Islandia, ni siquiera llegan a los valores promedio de América Latina. En materia de salud, en la región nuevamente destacan Argentina y Uruguay, con valores similares al promedio de la OCDE.

El bajo gasto en pensiones y salud en comparación con los países más ricos se debe a diferentes razones. La primera de ellas es el nivel de desarrollo. En efecto, un fenómeno bien conocido es que la magnitud del gasto público como proporción del PIB crece con el nivel de ingreso per cápita (CAF, 2012). Esta relación también se verifica para el gasto social¹⁷ y, como se aprecia en el Gráfico 1.3, para el gasto en pensiones y salud.

Un fenómeno bien conocido es que la magnitud del gasto público como proporción del PIB crece con el nivel de ingreso per cápita.

El Gráfico 1.3 muestra, igualmente, que, en países como Argentina, Brasil y Uruguay, el gasto en pensiones es alto con relación a su ingreso y que en Bolivia es comparable con el de países con el mismo nivel de renta. En el resto, el gasto en pensiones es bajo, aun con relación a economías con un ingreso per cápita similar. En el caso del gasto en salud, la situación mejora, pero algunos países, como México, tienen un gasto público en salud inferior al que se corresponde con su nivel de desarrollo.

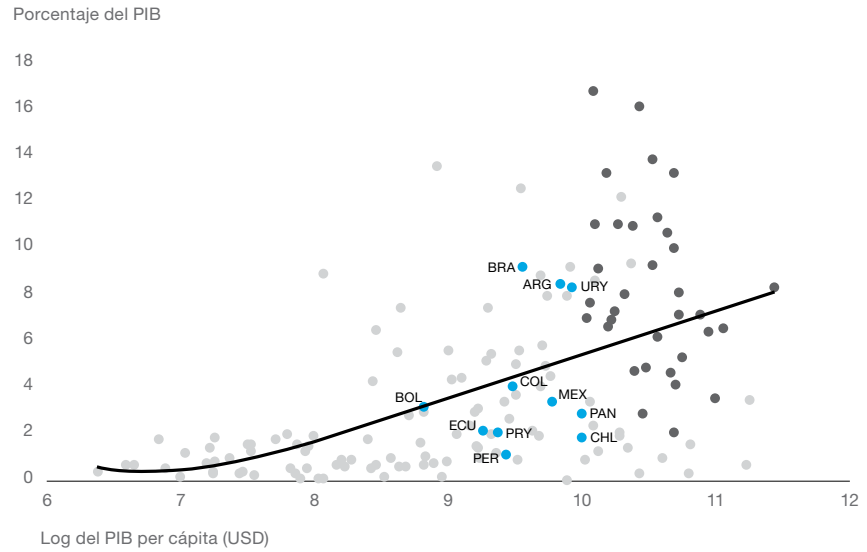
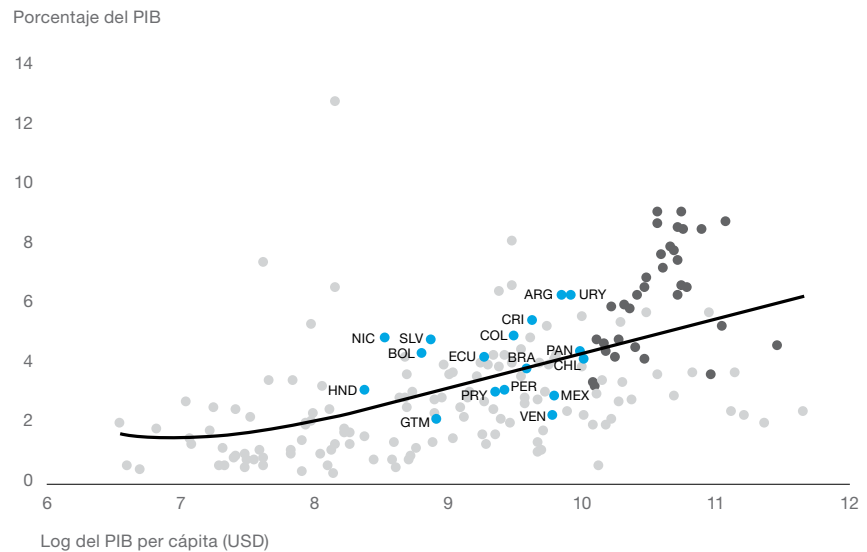
15. En el Capítulo 4, se señala con claridad este hecho a partir de registros administrativos.

16. Estas diferencias entre países con niveles de desarrollo similar sugieren que existen diferencias de modelos de organización social para la provisión de pensiones y salud, unos con mayor rol del Estado que otros, como se documenta en los Capítulos 3 y 4.

17. La importancia del gasto social en los países desarrollados es un fenómeno que emergió con fuerza en la segunda mitad del siglo pasado. Durante los años 1930-1940, el gasto social representaba menos de 5 % del PIB en la mayoría de los países desarrollados (ver Gráfico A 1.1 del Apéndice); por ello, el nivel actual del gasto social en un país cualquiera de América Latina suele superar el que tenían países desarrollados, por ejemplo, el de Estados Unidos, cuando tenían el mismo PIB per cápita (ver Gráfico A 1.2 del Apéndice). En esos periodos históricos de los países hoy desarrollados, el gasto social solía ser bajo. Así pues, la utilidad de esta perspectiva histórica para juzgar el tamaño del gasto social y de sus diferentes componentes en América Latina actualmente, puede considerarse limitada.

Gráfico 1.3

Gasto en pensiones y salud con relación al PIB per cápita

Panel A. Gasto público en pensiones**Panel B. Gasto público en salud**

Notas: En el panel A los datos corresponden a diferentes años: países de América Latina entre 2013 y 2017, países de la OCDE entre 2014 y 2016, y el resto entre 2001 y 2016. En el panel B el gasto se refiere específicamente al gasto doméstico en salud del gobierno general. Se muestra el promedio de los últimos tres años disponibles (2015-2017) para todos los países excepto Venezuela (2012-2014). En azul, países de América Latina y en gris oscuro, países de la OCDE. El PIB está valorado en USD constantes de 2011, a PPA.

Fuente: En el panel A, cálculos propios con base en IERAL (2020) para el gasto de América Latina; OCDE (2020e), para el gasto de países de la OCDE; OIT (2017), para el gasto del resto de los países; y Banco Mundial (2020), para el PIB. En el panel B, cálculos propios con base en Banco Mundial (2020).

En virtud de lo expuesto previamente, la expectativa de alcanzar los niveles de gasto público en pensiones y salud de los países más desarrollados puede constituir un reto para la región, dados sus niveles de ingreso por habitante. Sin embargo, es fundamental entender qué hay detrás de esta brecha y en qué medida atenta contra los objetivos y aspiraciones de tener un sistema de protección social de calidad para todos.

Contablemente, el gasto en salud y en pensiones depende de tres factores: dos asociados a las características del sistema (la cobertura y el valor de las prestaciones) y uno vinculado a factores demográficos (el tamaño y la composición de la población objetivo).¹⁸ En otras palabras, la brecha del gasto en pensiones y salud respecto a países más desarrollados se puede deber a una menor proporción de adultos mayores, pero también a una baja cobertura o menores beneficios para los jubilados y a un gasto inferior en salud por paciente.

Ciertamente, la región es relativamente joven. Sin embargo, como se destaca en el Recuadro 1.1, el factor demográfico es insuficiente para explicar las diferencias del gasto en pensiones y salud como proporción del PIB de los países de la región en comparación con el de los países más desarrollados. Así pues, en algunos países, parte importante del rezago se asocia a la cobertura, a la generosidad de los sistemas o a ambos.¹⁹ En este capítulo, se presenta una primera aproximación sucinta de estos aspectos, que se profundizan en los Capítulos 3 y 4.

El factor demográfico es insuficiente para explicar las diferencias del gasto en pensiones y salud como proporción del PIB de los países de la región en comparación con el de los países más desarrollados.

Recuadro 1.1

La brecha del gasto: ¿características del sistema o de la estructura poblacional?

Si se mantuvieran los gastos por beneficiario y la cobertura del sistema de pensiones y de salud, pero se tuviera la estructura poblacional del país típico de la OCDE, ¿cuánto se gastaría? La respuesta a esta pregunta permite explorar en qué medida la brecha de gastos con respecto a los países más desarrollados se asocia con factores demográficos o con características de los sistemas. El gasto en pensiones se puede escribir como $G = \sum_x B_x C_x P_x$, donde B_x es el gasto en pensiones en una persona con características definidas por un vector x ; C_x representa la cobertura —fracción de personas con esas características que reciben el beneficio dentro de la población objetivo— mientras que P_x representa la cantidad de personas dentro de la población objetivo que cumple con las características definidas por el vector x .

Bajo la simplificación de que la cobertura es independiente de x ,^a se puede definir el gasto en pensiones con relación al PIB (G/Y) como el producto de tres términos: el beneficio promedio relativo al producto por habitante, b ; la cobertura, c ; y el tamaño de la población objetivo en relación con la población total, en este caso, la fracción de adultos mayores de 65 años, p . Así pues, el gasto como proporción del PIB de un país determinado, en el escenario hipotético de que este tuviera c y b de acuerdo a sus valores reales, pero la fracción de adultos mayores promedio de la OCDE, p^* , sería simplemente $\frac{G}{Y} = \frac{G}{Y} \times \frac{p^*}{p}$.

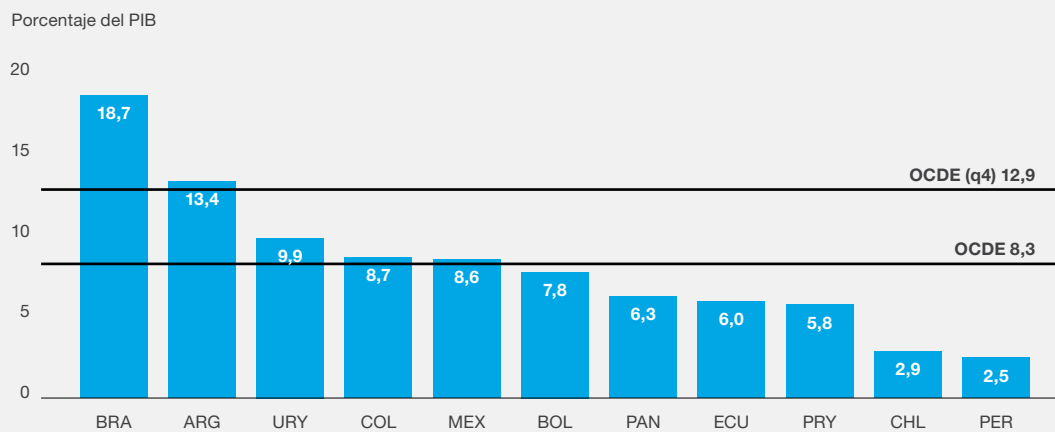
18. Este principio de descomposición es usado para generar proyecciones de gasto en pensiones, salud y educación, que se presentan de manera integrada en el Capítulo 5. La asociación positiva encontrada entre el nivel de gasto en pensiones y salud y el desarrollo se debe, en parte, a que la cobertura y el gasto por beneficiario crece con el desarrollo.

19. Para el caso de la salud, diferencias en salarios para un mismo nivel de capital humano podrían también explicar, en alguna medida, diferencias en el gasto por paciente.

El Gráfico 1 muestra cómo sería el gasto en pensiones en el escenario recién explicado. Son particularmente bajos los valores para Chile y Perú, donde, aun imponiendo la fracción de adultos mayores de la OCDE, los niveles de cobertura y nivel de beneficios implican un gasto de menos del 5 % del PIB. En contraste, países como Argentina y, sobre todo, Brasil tienen un gasto relativamente elevado, que adquiere un nivel aún más considerable al aplicar la fracción de adultos de la OCDE.

Gráfico 1

Gasto en pensiones (contrafactual)



Notas: El gasto se ajusta por el ratio de la proporción de la población de 65 años y más en el país promedio de la OCDE, sobre la proporción de 65 años y más en el país respectivo. Las líneas horizontales representan el gasto promedio (contrafactual) de la OCDE y el gasto promedio de los países que conforman el cuartil (25 %) superior del gasto. Los datos de América Latina son de 2017, excepto Ecuador (2013) y México (2016). Los datos de la OCDE se basan en información que varía entre el año 2014 y 2016.

Fuente: Cálculos propios con base en IERAL (2020) para el gasto en América Latina; OCDE (2020e) para el gasto en la OCDE; y Naciones Unidas (2019b) para la población de 65 y más años.

Realizar un ejercicio similar para el gasto en salud enfrenta desafíos adicionales; por ejemplo, la población beneficiaria del gasto no es exclusivamente el grupo de adultos mayores. En este caso, se explora el rol de factores demográficos mediante un análisis sencillo de regresión. En este análisis, la variable a explicar es el gasto público del gobierno general en salud como proporción del PIB —o alternativamente como proporción de la población— y los factores explicativos son la proporción de adultos mayores de 65 años, así como una serie de variables binarias para identificar a cada país de la región y los diferentes años. La muestra incluye observaciones anuales para el periodo 2000-2017 y comprende países Latinoamericanos y de la OCDE. Así pues, el coeficiente de la variable binaria vinculada a cada país representa cómo se diferencia el gasto en este país respecto al promedio de la OCDE, descontando en ambos casos factores demográficos.

El análisis confirma para algunos países el rezago del gasto en salud aun descontando el factor demográfico. Para el caso del gasto como proporción del PIB, el coeficiente de la variable binaria que identifica a cada país de la región es negativo y significativo desde el punto de vista estadístico, con la excepción de Argentina, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua y Panamá, cuyos coeficientes no son distinguibles de cero desde el punto de vista estadístico. En el caso del gasto por habitante, todos estos coeficientes asociados con los países de la región son negativos y estadísticamente significativos (ver Cuadro A 1.1 en el Apéndice de este capítulo).

a. Equivalentemente, se puede asumir que B_x es independiente de x , en lugar de C_x .

Pensiones

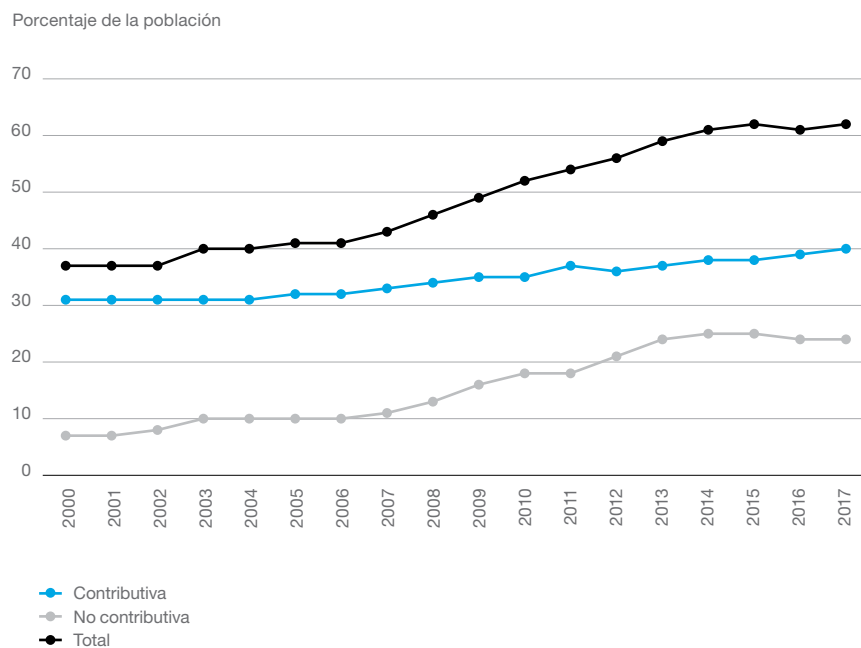
Según datos de la OIT, la cobertura promedio de la protección social para adultos mayores en los países más desarrollados supera el 90 %, siendo universal para la gran mayoría de ellos.²⁰ Las cifras para América Latina distan de estos valores en un importante número de países.

Un reciente trabajo con base en datos administrativos para 17 países de la región presenta la evolución entre 2000 y 2017 de la cobertura de las pensiones contributivas, tanto de los sistemas de reparto como de capitalización, así como las pensiones no contributivas (Arenas de Mesa, 2019). El Gráfico 1.4 resume información al respecto: el panel A presenta la evolución de la cobertura promedio para América Latina, y el panel B, la cobertura por país en el año más reciente (2017).

Gráfico 1.4

Cobertura de las pensiones contributivas y no contributivas

Panel A. Evolución de la cobertura de los sistemas de pensiones para personas de 65 años y más, 2000-2017

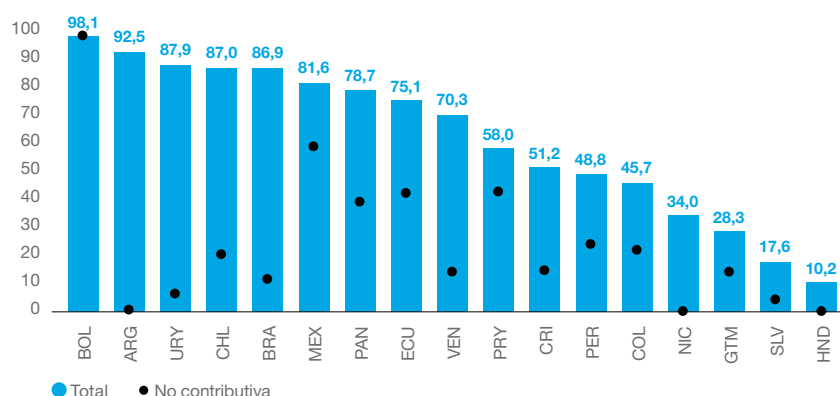


Continúa en la página siguiente →

20. Una cobertura particularmente baja en este grupo de países es la de España, con alrededor del 66 %.

Panel B. Cobertura de los sistemas de pensiones para personas de 65 años y más por países, 2017

Porcentaje de la población



Notas: En el panel A se muestra el promedio simple de América Latina. Los países incluidos son: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Las moratorias previsionales de Argentina están presentadas como contributivas.

Fuente: Elaboración propia con base en Arenas de Mesa (2019).

La ganancia en la cobertura se debe de manera importante al surgimiento de pensiones no contributivas.

En el año 2000, el promedio (simple) de cobertura en la región estaba alrededor del 37 %, principalmente bajo esquemas contributivos. En 2017, la cifra superaba el 60 %. La ganancia en la cobertura se debe de manera importante al surgimiento de pensiones no contributivas. En el año 2000, el 7,4 % de los adultos tenía una pensión no contributiva; hoy la cifra supera el 24 %.²¹

La información a nivel de países da cuenta de una notable heterogeneidad, tanto en el nivel de cobertura como en la composición entre pensiones contributivas y no contributivas. En el tope de la cobertura se encuentran (ordenados de mayor a menor) Bolivia, Argentina, Uruguay, Chile, Brasil y México, todos con cifras superiores al 80 %, pero con una combinación contrastante. Mientras que en Argentina, Uruguay y, en menor medida, Brasil y Chile la cobertura se logra especialmente con pensiones contributivas, en Bolivia y México la amplia cobertura descansa en el esquema no contributivo. Países como Colombia, Perú y, especialmente, algunos centroamericanos mantienen coberturas por debajo del 50 %.

Para determinar la suficiencia de un sistema de pensiones, se puede utilizar la tasa de reemplazo.²² Este es un indicador del grado en que el sistema logra sustituir las rentas de una persona durante su vida activa por rentas en la etapa de jubilación. Un ejercicio de simulación ha permitido analizar la situación en función de diferentes escenarios según el sexo, los años de contribución y la condición laboral (de asalariado o trabajador independiente) (ver Cuadro A 3.6, en el Apéndice del Capítulo 3, pág. 219).

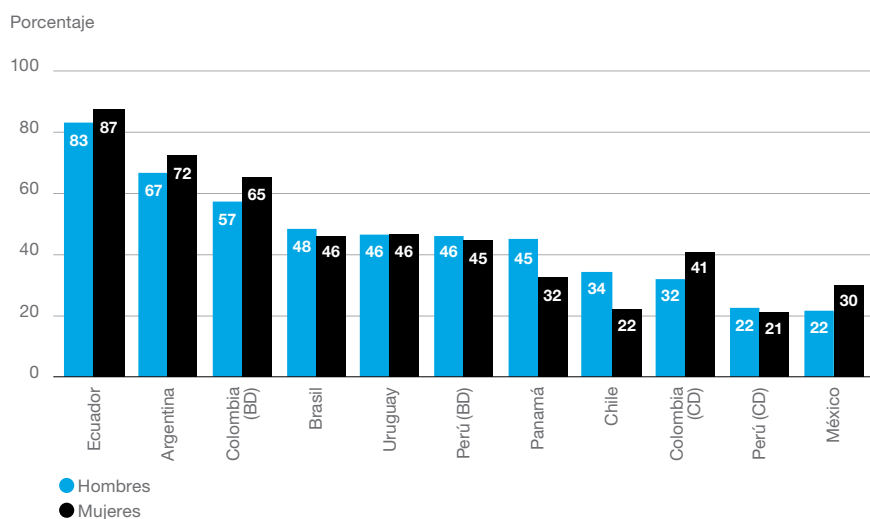
21. Entre 1997 y 2011, se introdujeron sistemas no contributivos en 10 países de la región: Bolivia (1997), Ecuador (1998), Colombia (2003), Guatemala (2005), México (2007), El Salvador (2009), Paraguay (2009), Perú (2011) y Venezuela (2011). Estos países se suman a aquellos donde los esquemas llevan ya varias décadas: Uruguay (1919), Argentina (1948), Brasil (1971), Costa Rica (1974), Chile (1975) y Cuba (1979) (Arenas de Mesa, 2019).

22. Para más detalles, ver el apartado "Suficiencia de los montos de las pensiones" en el Capítulo 3.

Teniendo en cuenta las tasas de reemplazo simuladas, se distinguen 3 grupos de países (Gráfico 1.5). Un primer grupo, al que pertenece Argentina, tiene tasas de reemplazo comparables o superiores al promedio de los países de la OCDE (alrededor del 60 %). Un segundo grupo, en el que figura Uruguay, tiene tasas promedio por debajo del 60 %, pero superiores al 45 %, un valor definido por la OIT como un mínimo normativo en su convenio 128.²³ Estos países tienen espacio para mejorar en términos de suficiencia, pero no son los que presentan los niveles críticos. El último bloque se refiere a aquellos cuya tasa de reemplazo no supera siquiera el mínimo normativo de la OIT. Estos países, entre los que se encuentran Chile, México, muestran desafíos en cuanto a los montos de las pensiones contributivas.

Gráfico 1.5

Tasas de reemplazo simuladas (cotizaciones promedio) para asalariados, según el sexo



Notas: Para detalles, ver Cuadro 3.5 del Capítulo 3 (pág. 187). En Colombia y Perú se distingue beneficio definido (BD) y contribución definida (CD).

Fuente: Elaboración propia con base en Allub, Alves y López (2020).

Cabe destacar que las tasas simuladas se han calculado en función del número de cotizaciones del trabajador promedio o, si este número era menor que el mínimo, de la cantidad mínima de cotizaciones para aspirar a una pensión contributiva. En el Capítulo 3, se presentan más detalles respecto a los supuestos detrás de estas simulaciones. Además de la información contenida en el Gráfico 1.5, se muestran tasas de reemplazo de los esquemas para los trabajadores independientes, así como cambios en las tasas de reemplazo para un trabajador que contribuye durante toda su vida activa. Como era de esperar, el escenario de un máximo de cotizaciones reproduce tasas de reemplazo superiores, pero el ordenamiento no cambia significativamente.

23. Ver OIT (2006).

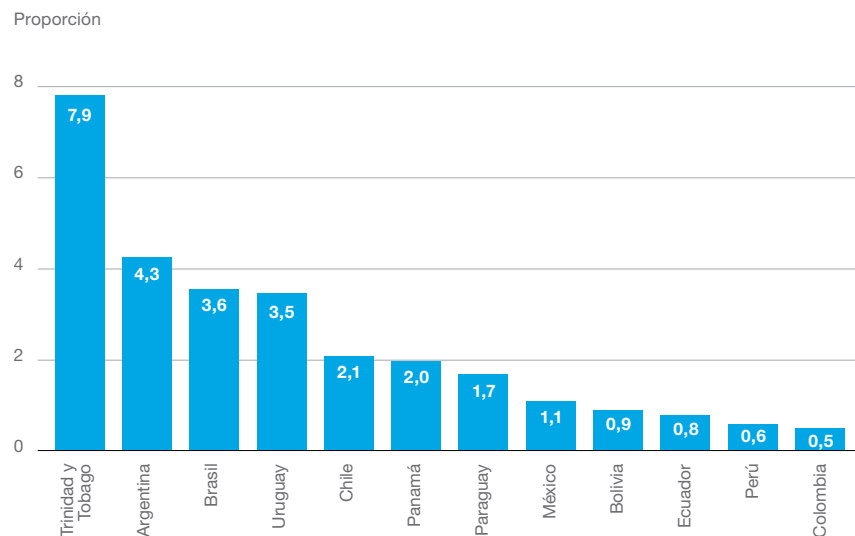
Hay que mencionar también que el hecho de que una tasa de reemplazo sea alta no implica que las pensiones sean suficientes para una vejez digna. Salarios bajos pueden significar pensiones insuficientes aun con tasas de reemplazo altas. Este es, en principio, un problema de productividad o de desigualdad, más que del diseño del sistema de pensiones.

En algunos países de la región los montos de las pensiones no contributivas están incluso por debajo de la línea de pobreza.

Respecto a las pensiones no contributivas, como era de esperar, son considerablemente menores que las contributivas, y, nuevamente, muy diferentes entre países. Dentro del grupo de países de la región estudiados, la tasa varía desde un poco más del 36 % del PIB per cápita en Trinidad y Tobago, hasta menos del 5 % en Colombia (ver Capítulo 3). Estos bajos montos pueden implicar poca capacidad de las pensiones para compensar la pérdida del ingreso laboral en el caso del retiro; sin embargo, puede aliviar problemas de pobreza entre los adultos mayores, aunque en algunos países de la región los montos están incluso por debajo de la línea de pobreza (ver Gráfico 1.6).

Gráfico 1.6

Pensiones no contributivas como proporción de la línea de pobreza



Notas: Los datos son de 2018, excepto para México, que corresponden a enero de 2019. En el caso de Colombia, los montos varían según el municipio. Se toma el monto mayor, sin considerar Bogotá, ya que es el valor más común entre los municipios. En el caso de Trinidad y Tobago, el monto varía dependiendo del ingreso y se toma como referencia el mayor valor. En Ecuador, el valor se refiere al programa denominado Pensión para Adultos Mayores, que es el programa no contributivo con mayor número de beneficiarios.

Fuente: Elaboración propia con base en sitios web oficiales de cada país en lo que respecta al monto de las pensiones; el PIB per cápita ajustado por la paridad de poder adquisitivo es con base en Banco Mundial (2020).

Junto con las estimaciones presentadas, resulta de interés explorar la percepción del ciudadano en cuanto a la suficiencia de la pensión para garantizar un consumo adecuado durante el retiro. El Cuadro 1.2 presenta información al respecto para 11 ciudades de la región, con base en la ECAF 2019. En particular, se muestra cuál es la proporción de encuestados que responde que, en su opinión, (1) la pensión

alcanzará para tener un consumo como en el presente (2) alcanzará, pero estará ajustada con relación al consumo actual o (3) no alcanzará y será muy insuficiente. Cabe destacar que la pregunta no se limita a pensionados; las cifras presentadas se corresponden a la respuesta de ciudadanos mayores de 40 años que son actualmente beneficiarios de algún esquema de pensiones o que estiman que lo serán. En el cuadro, se separa la percepción entre asalariados (panel A) y cuentapropistas no profesionales (panel B).

Se aprecia, en primer lugar, que los cuentapropistas declaran con mayor probabilidad que la pensión es muy insuficiente. Entre ellos, más del 50 % tiene esa opinión, mientras que el promedio entre los asalariados es del 37 %. Esta diferencia de percepción entre ambas categorías de trabajadores podría estar reflejando las diferencias de monto entre pensiones contributivas y no contributivas. En segundo lugar, se aprecia una importante dispersión entre ciudades. En Santiago de Chile, es claramente mayoritario el número de encuestados que consideran insuficiente la pensión, mientras que en Quito esta respuesta es mucho menos frecuente.

Cuadro 1.2

Percepciones sobre la suficiencia de las pensiones en América Latina

Región	Panel A. Respuestas de asalariados (porcentaje de respuestas)			Panel B. Respuestas de cuentapropistas con educación hasta secundaria completa (porcentaje de respuestas)		
	Alcanzará como ahora	Alcanzará más ajustado	No alcanzará, muy insuficiente	Alcanzará como ahora	Alcanzará más ajustado	No alcanzará, muy insuficiente
Asunción	21,2	46,8	32,0	25,0	31,0	44,0
Bogotá	19,2	42,3	38,5	28,0	25,0	47,0
Buenos Aires	18,9	39,3	41,8	13,4	20,8	65,8
Ciudad de México	35,4	38,5	26,2	21,2	35,9	42,9
Ciudad de Panamá	24,7	28,8	46,5	18,1	30,3	51,5
La Paz	18,0	55,2	26,8	11,4	26,1	62,6
Lima	19,3	34,2	46,5	14,0	39,7	46,3
Montevideo	19,8	45,7	34,4	15,3	33,2	51,5
Quito	32,0	43,1	24,9	35,0	27,8	37,2
San Pablo	32,9	35,3	31,8	25,0	22,9	52,1
Santiago de Chile	5,1	31,0	63,9	3,0	25,6	71,4
Promedio	22,4	40,0	37,6	19,1	28,9	52,0

Notas: En la muestra, todos tienen 40 años y más, y esperan recibir una jubilación en el futuro. La pregunta es: "Sumando todo el dinero que vaya a recibir como jubilado o pensionista mientras viva ¿Cree que al final su pensión de jubilación le alcanzará para: (1) vivir como ahora; (2) vivir, pero algo más ajustado que ahora; (3) No le alcanzará para vivir, será muy insuficiente?". Se muestra el porcentaje que cada opción recibió en cada ciudad. El panel de la izquierda se refiere a la muestra de asalariados y el panel de la derecha a la muestra de cuentapropistas con educación hasta secundaria completa.

Fuente: Cálculos propios con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

Salud

Aunque cada país tiene sus matices, los sistemas de salud de la región están integrados usualmente por tres componentes. El primero es el componente contributivo de la seguridad social, que opera como un seguro obligatorio para trabajadores formales y cuya cobertura típicamente se extiende a familiares directos de los afiliados y a los jubilados de los sistemas contributivos. Este componente se financia con aportes de los trabajadores y con fondos del gobierno en la medida que sean deficitarios. El segundo componente se refiere a los sistemas no contributivos de salud pública o de asistencia social, de acceso gratuito o fuertemente subsidiado, cuyos servicios se apoyan por lo general en una red de hospitales y centros de atención primaria. Este es financiado con impuestos generales. Finalmente, están los seguros privados, de carácter voluntario para quienes deseen complementar los servicios de salud a su disposición, usualmente para personas que buscan una cobertura de mayor calidad.

Aproximadamente 4 de cada 10 adultos mayores tiene solo acceso al sistema de salud pública universal.

En el Capítulo 4 se presenta la distribución de personas de acuerdo a estos tres pilares, tanto para la población en su conjunto como para las personas de 65 años o más (Gráfico 4.7, pág. 234). El Cuadro 1.3 reproduce la información para los adultos mayores. En promedio, solo el 2 % de la población de 65 años o más está amparada por un seguro privado, aunque en países como Uruguay se acerca al 10 %. La seguridad social, o pilar contributivo, cubre en promedio al 56 % de los adultos mayores de la región, con una heterogeneidad que tiene patrones similares al de las pensiones contributivas. Países como Argentina y Uruguay presentan valores por encima del 90 %, mientras que, en el otro extremo, están países como Bolivia, con valores alrededor del 25 %. Al igual que para el caso de las pensiones contributivas, la informalidad laboral explica estos patrones. En promedio, aproximadamente 4 de cada 10 adultos mayores tiene solo acceso al sistema de salud pública universal, pero, en países como Paraguay y Perú y, especialmente, Bolivia, más del 60 % de los adultos mayores dependen exclusivamente del sistema público no contributivo.

Cuadro 1.3

Pertenencia de adultos mayores (65 años o más) a algunos de los tres pilares del sistema de salud

País	Solo público (no contributivo)	Seguridad social (contributivo)	Seguro médico privado
Argentina	4 %	94 %	2 %
Bolivia	75 %	24 %	2 %
Chile	26 %	74 %	1 %
Colombia	49 %	51 %	0 %
Ecuador	58 %	42 %	0 %
México	53 %	46 %	1 %
Panamá	33 %	65 %	2 %
Paraguay	61 %	35 %	4 %
Perú	61 %	38 %	1 %
Uruguay	1 %	91 %	9 %
Promedio	42 %	56 %	2 %

Fuente: Cálculos propios con base en CEDLAS (2020).

La presencia de un sistema público no contributivo universal no implica, sin embargo, que se tenga una cobertura efectiva plena en materia de salud en los términos más amplios postulados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Según la concepción de este organismo, la cobertura universal implica que todas las personas reciban los servicios de salud que necesitan de manera oportuna y con la calidad suficiente, sin que ello los exponga a dificultades financieras (OMS, 2019d). Problemas de calidad del sistema de salud o en alguno de sus componentes, especialmente en la salud pública no contributiva, pueden limitar la cobertura efectiva de la población en general y del adulto mayor en particular.

La presencia de un sistema público no contributivo universal no implica que se tenga una cobertura efectiva plena en materia de salud.

Un primer indicio de potenciales problemas de calidad es el bajo gasto público en salud en los países de la región en comparación con los más desarrollados, aun al tomar en consideración diferencias en la proporción de adultos mayores (ver Recuadro 1.1). Por otra parte, en los países de América Latina estudiados existen diferencias en cuanto al gasto por potencial beneficiario entre el sistema contributivo y el no contributivo (aspecto tratado con mayor detalle en el Capítulo 4), las cuales podrían sugerir diferenciales de calidad. Las mayores brechas se encuentran en Bolivia y Perú, donde el gasto por beneficiario del sistema no contributivo público es el 27 % y el 45 %, respectivamente, del gasto del sistema contributivo (ver Cuadro 4.5, pág. 284).

Los problemas de calidad se traducen en una baja cobertura efectiva en los términos previamente expuestos y deberían resultar en problemas de acceso a los servicios médicos necesarios o poca protección financiera frente a enfermedades. El Gráfico 1.7 compara a los países de la región con los países de la OCDE en estas dos dimensiones.

Para medir la (falta de) protección financiera, se muestra el porcentaje de familias que incurren en gastos médicos de más del 10 % del ingreso del hogar. Para la medición de la cobertura de los servicios, se promedian tres componentes del índice compuesto de cobertura de los servicios de la OMS (ver OMS, 2019d): el índice de atención de la salud reproductiva, materna e infantil, el componente de atención de enfermedades infecciosas y el componente de capacidad del sistema de salud.²⁴

Al considerar el promedio de los tres componentes²⁵ de cobertura, todos los países de la región están por debajo del promedio de la OCDE. Chile y Uruguay están relativamente cerca, mientras que Paraguay, Bolivia, Honduras y Guatemala son, por ese orden, los que muestran una mayor brecha. En cuanto al indicador de protección financiera, los países con peor desempeño son Brasil, República Dominicana, Argentina y Chile. En todos estos países, más

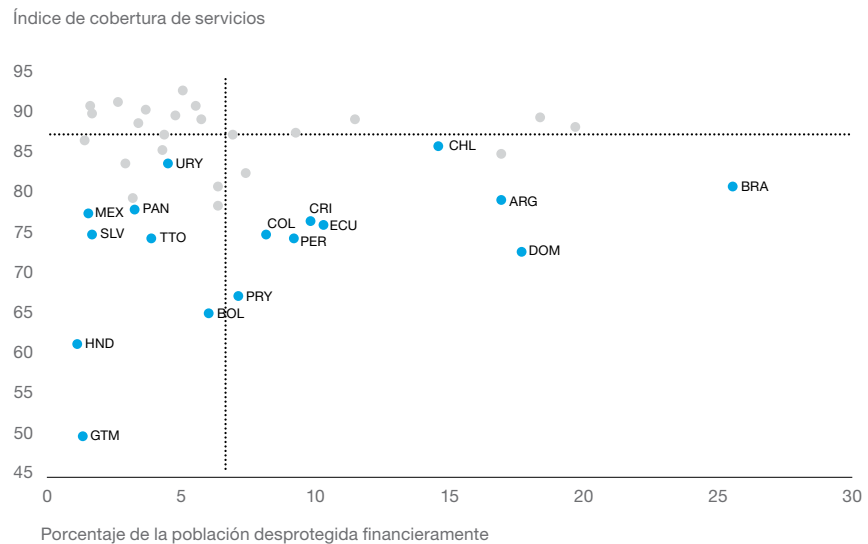
24. Los componentes individuales se presentan en el Cuadro A 1.2 del Apéndice. El índice compuesto de la OMS incluye, además, un componente de enfermedades no transmisibles, que mide la prevalencia de hipertensión, diabetes y tabaquismo. Respecto a este componente, la misma OMS reconoce deficiencias para recoger la cobertura en los términos planteados, dada la débil correlación que encuentran entre su prevalencia y tratamiento (ver OMS, 2019d). Por ello, se omiten en este reporte. No obstante, el mensaje que sugiere el Gráfico 1.7 es robusto, incluso si se incluye este componente.

25. Ciertamente, este indicador no es exhaustivo de los servicios de salud, ni exclusivo de los servicios para el adulto mayor, tema de este reporte. Sin embargo, su foco en el uso de servicios esenciales lo convierte en una señal útil para aproximarnos a una medición de la cobertura efectiva del sistema de salud en su conjunto, lo cual deber servir al menos como una aproximación de la calidad de atención para el adulto mayor.

del 14 % de los hogares incurren en gastos médicos que superan el 10 % del ingreso del hogar. Como se destaca en el Capítulo 4, la incidencia catastrófica de estos gastos en una familia está fuertemente asociada a la presencia de un adulto mayor (ver Gráfico 4.24, pág. 263).

Gráfico 1.7

Cobertura de los servicios de salud frente a la protección financiera



Notas: El índice de cobertura es el promedio de tres componentes del índice compuesto de cobertura de los servicios de la Organización Mundial de la Salud (ver OMS 2019d): el índice de atención de la salud reproductiva, materna e infantil; el componente de atención de enfermedades infecciosas; y el componente de capacidad del sistema de salud. Tiene una escala del 1 al 100, con puntuaciones más altas indicando un mejor desempeño. La falta de protección financiera se muestra como el porcentaje de familias cuyos gastos médicos superan el 10 % del ingreso del hogar. Los puntos grises se refieren a países miembros de la OCDE. La intersección de las líneas punteadas es el promedio de la OCDE.

Fuente: Cálculos propios con base en OMS (2020).

Existen retos de cobertura o de tamaño de las prestaciones que, junto a los cambios demográficos que se avecinan, demandan acciones.

La visión panorámica de los regímenes de pensiones y salud presentada aquí deja, como anticipo al resto del libro, dos mensajes claros. El primero es la importante heterogeneidad que existe entre los países de la región. Esto es cierto tanto en términos de la importancia del gasto como en términos de la cobertura y calidad de las prestaciones. El segundo es que la brecha del gasto en pensiones y salud que existe entre los países de la región y los más desarrollados no responde exclusivamente a que la población latinoamericana sea joven, sino también, en una parte importante, a la calidad y cobertura del aseguramiento prestados. Esto implica retos de cobertura o de tamaño de las prestaciones que varían de un país a otro y que, junto a los cambios demográficos que se avecinan, demandan acciones. Los capítulos sucesivos ahondan en estos retos y en los márgenes de acción para enfrentarlos.

Protección social: nivel socioeconómico y su impacto distributivo

El gasto en salud y pensiones puede tener como motivación un fin distributivo. En qué medida el gasto redistribuye en la práctica es una pregunta que no resulta fácil de responder. Una primera aproximación consiste en explorar cómo es el acceso a estos programas según el nivel socioeconómico. Los Gráficos 1.10 y 1.11 cumplen esta función para el caso de las pensiones y la salud, respectivamente.

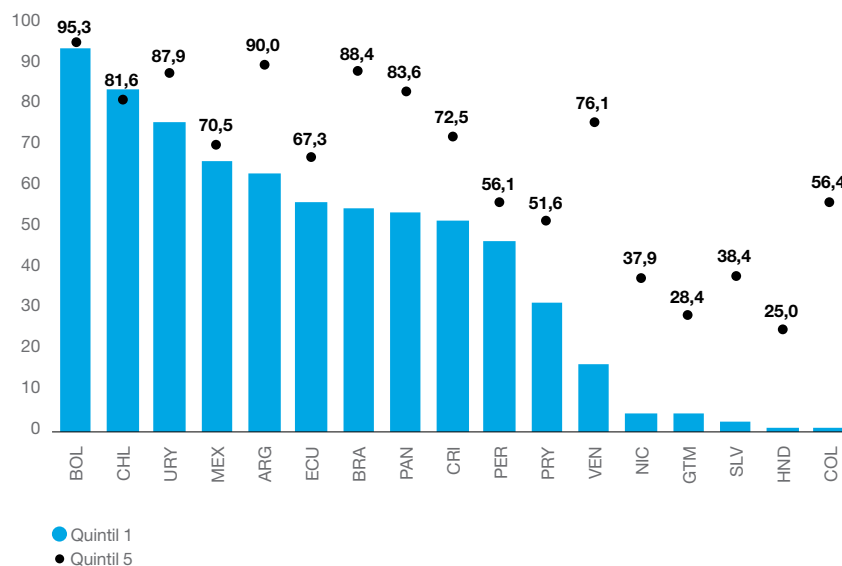
Específicamente, el Gráfico 1.8 muestra la proporción de adultos mayores que recibe algún tipo de pensión (panel A), pensiones contributivas (panel B) y pensiones no contributivas (panel C). Por su parte, el Gráfico 1.9 ilustra la fracción de personas que tiene acceso a un seguro privado, al sistema de salud contributivo (de seguridad social) o al sistema no contributivo (universal). En ambos gráficos, se presenta la información tanto para el 20 % más pobre de la población (Q1), como para el 20 % más rico (Q5).

Gráfico 1.8

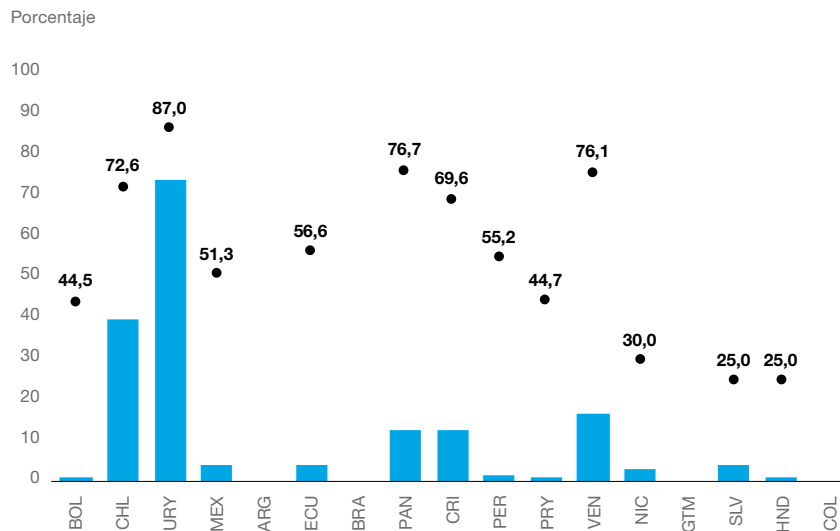
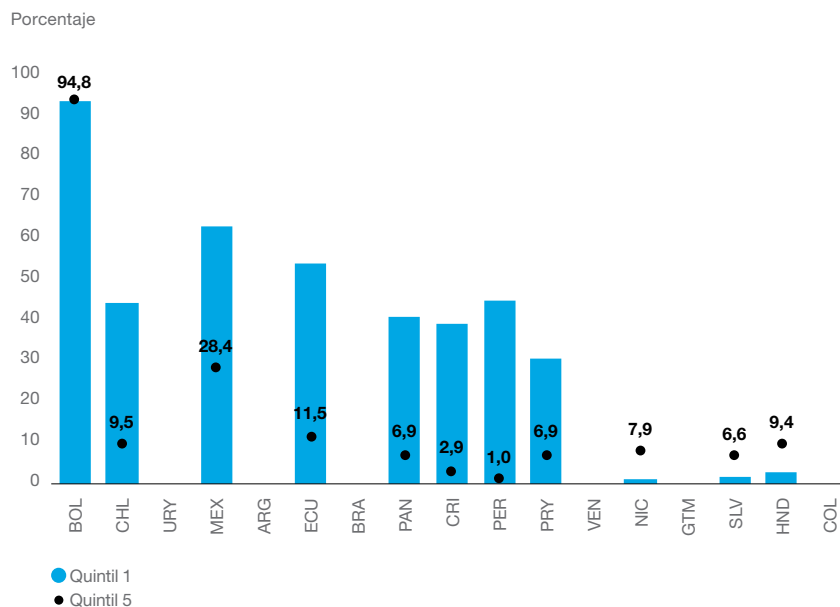
Cobertura de las pensiones según el nivel de ingreso y el tipo de pensión

Panel A. Conjunto de las pensiones

Porcentaje



Continúa en la página siguiente →

Panel B. Pensiones contributivas**Panel C. Pensiones no contributivas**

Notas: Para El Salvador, las coberturas del sistema contributivo y no contributivo son del 2017 (CEDLAS, 2020) y la cobertura total es del 2015 (CEPAL, 2018). Para Nicaragua, las coberturas contributiva y no contributiva son del 2014 (CEDLAS, 2020) y la cobertura total se calcula como la suma de la contributiva y la no contributiva. Para Honduras, la no contributiva es de 2017 (CEDLAS, 2020) y la contributiva y la total son de 2015 (CEPAL, 2018). Para Uruguay, la contributiva es de 2017 (CEDLAS, 2020) y la total es de 2015 (CEPAL, 2018). Para Argentina, Guatemala, México y Venezuela, los datos son de 2014; y para el resto de los países son de 2015 (CEPAL, 2018).

Fuente: Elaboración propia con base en el Cuadro I.3. de CEPAL (2018) y CEDLAS (2020).

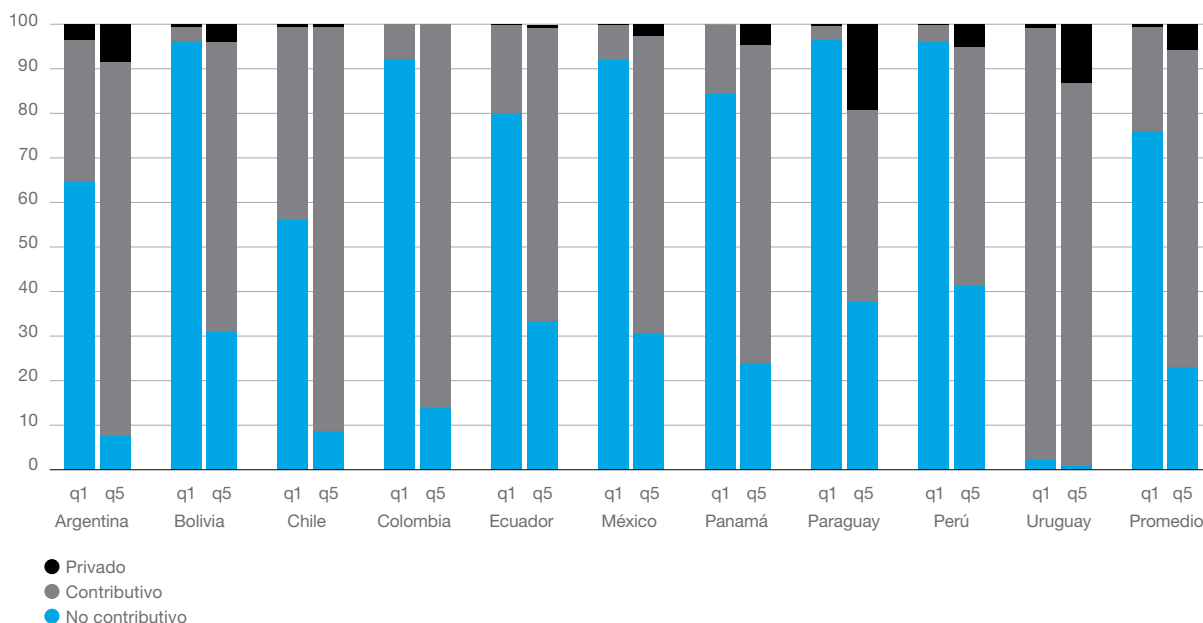
En el Gráfico 1.8 se observa que las familias más pobres tienen menos presencia en el sistema de pensiones contributivas y más presencia en las no contributivas. Si se toma como ejemplo el caso de Panamá, se observa que dentro del 20 % más pobre, solo el 13 % de los adultos mayores tiene acceso a una pensión contributiva;

en contraste, entre el 20 % más rico, el 77 % de los adultos mayores es beneficiario del sistema contributivo. Por su parte, el 41 % de los adultos mayores del grupo más pobre recibe una pensión no contributiva, mientras que esta cifra es inferior al 7 % para el grupo más rico.

Gráfico 1.9

Cobertura del sistema de salud por tipo de seguro, según nivel socioeconómico

Porcentaje de la población



Notas: El esquema no contributivo incluye a los que manifiestan no tener seguro de salud. Los datos corresponden a los siguientes años: Nicaragua y Guatemala (2014); Paraguay (2015); Chile, Costa Rica, Ecuador, Honduras, El Salvador y Uruguay (2017); Argentina, Bolivia, Colombia, México, Panamá y Perú (2018).

Fuente: Cálculos propios con base en CEDLAS (2020).

De forma similar, el Gráfico 1.9 muestra que las familias más pobres tienen menos cobertura de un seguro privado o del sistema de salud contributiva, lo que equivale a que las familias más pobres dependen más fuertemente del sistema de salud pública gratuita. Si se toma nuevamente a Panamá como ejemplo, dentro del 20 % más rico, el 24 % depende del sistema de salud pública gratuito y universal. En contraste, dentro del grupo más pobre, el 84 % de los hogares únicamente está amparado por el sistema de salud pública.

Las familias más pobres dependen más fuertemente del sistema de salud pública gratuita.

Como se mencionó en el apartado anterior, las pensiones contributivas son más generosas que las no contributivas, mientras que los sistemas de salud contributivos suelen estar asociados a mayor gasto por cliente y, por ende, ser de mayor calidad. Así pues, esta primera aproximación nos dice que las familias pobres tienen menos presencia en los segmentos más atractivos de los sistemas de pensiones y de salud.

Esta situación se combina con otras vulnerabilidades que también suelen estar presentes con más frecuencia en los grupos de población más pobres, combinación que reviste fuertes riesgos en situaciones como la experimentada en 2020 con la pandemia del COVID-19 (ver Recuadro 1.2)

Recuadro 1.2

Poca protección y alta vulnerabilidad: una combinación nefasta

Las familias más pobres no solo tienen mayor dependencia del sistema de salud no contributivo, típicamente más susceptible a la congestión y de menor calidad; también suelen ser más vulnerables a situaciones de pandemia como la vinculada al COVID-19. De especial preocupación resulta la situación de los adultos mayores, a quienes esta enfermedad ataca con más severidad.

La mayor vulnerabilidad tiene diferentes dimensiones. Por un lado, los más pobres podrían tener peores condiciones de salud por muchos factores, que incluyen, problemas de nutrición, poca inversión en prevención y la presencia de ciertos hábitos no saludables. Esto puede ser determinante en la probabilidad de muerte en el caso de resultar contagiado. Por otro lado, otros factores pueden hacer que las familias pobres sean más propensas al contagio. Algunos de estos factores se vinculan al entorno habitacional; por ejemplo, limitaciones en el servicio de agua potable o la cohabitación con un mayor número de personas. Otros, se asocian a la situación laboral, combinada con débiles instituciones de protección social, en particular, la ausencia de seguros de desempleo. Tal es el caso de los trabajadores informales cuyo número es muy importante en la región (ver Capítulo 2) y para quienes el flujo de consumo depende vitalmente de seguir trabajando.

La evidencia para los países en desarrollo sobre la prevalencia de enfermedades y las condiciones de riesgo según el nivel socioeconómico es aún incipiente y no del todo conclusiva. Sin embargo, en algunos casos, hay pruebas de una mayor prevalencia de problemas de salud entre los más pobres. Por ejemplo, un estudio reciente encuentra que la presencia de obesidad entre las personas de ambos sexos en Argentina y las mujeres en Venezuela y México es mayor cuando sus niveles socioeconómicos son más bajos (Jiwani *et al.*, 2019). Otro estudio —que incluye a Argentina, Brasil, Colombia y Chile— sobre la incidencia de un evento cardíaco mayor (muerte, accidente cerebrovascular, infarto y fallas del corazón) encuentra que la razón de riesgo entre las personas sin primaria y con educación superior era de 1,23 en países desarrollados, 1,59 veces en países de ingreso medio y hasta 2,23 veces en países de ingreso bajo (Rosengren *et al.*, 2019).^a Finalmente, para México se encuentra que las personas con educación superior tienen menos del 20 % de riesgo que aquellas con educación primaria de tener diabetes; mientras que personas del grupo que reúne al 40 % de población más rico tienen un 73 % de incidencia de casos de diabetes con relación al 60 % más pobre (Córdova, 2019).

Asimismo, el análisis de la ECAF 2019, presentado en el Cuadro 1, señala que las familias de menor nivel socioeconómico, medido tanto por nivel de ingreso, de educación o de formalidad laboral, suelen manifestar un estado de salud más deteriorado (razón de oportunidades mayor a 1). También, tienen visitas médicas preventivas con muy poca frecuencia en comparación con los grupos de mayor nivel socioeconómico. Los trabajadores informales y los que no tienen educación superior tienen mayor probabilidad de fumar que el resto. Similarmenete, el consumo de alcohol excesivo y de comida rápida es más común entre los trabajadores informales que entre los formales; mientras que es más probable la ausencia de actividad física regular entre personas con ingresos más bajos. Estas últimas son más propensas a tener interrupciones del servicio de agua, a vivir hacinadas y en compañía de un adulto mayor. Finalmente, el hacinamiento y el congestionamiento del hogar son también más frecuentes entre personas del nivel socioeconómico más bajo (por las tres medidas).

Cuadro 1

Percepción de salud, hábitos saludables y condiciones de la vivienda (razón de oportunidades)

	Bajo ingreso vs. el resto	Sin vs. con educ. univ.	Empleo informal vs. informal
Percibe tener (muy) mala salud	3,453***	3,045***	3,502***
Consultas médicas preventivas infrecuentes	1,707***	1,748***	2,448***
Fuma	1,009	1,749***	1,412***
Alto consumo de alcohol	1,116	1,005	1,527**
Alto consumo de comida rápida	0,931	1,368	1,386**
Ausencia de actividad física regular	1,266*	1,144	0,989
Interrupción del servicio de agua	1,255**	0,927	1,055
Alta congestión en el hogar (6 o más personas)	1,665***	2,293***	1,437***
Hogar hacinado (más de 2 personas por habitación)	3,050***	4,406***	1,724***
Adulto mayor (65 y más años) en hogar hacinado	2,347**	1,732	0,896

Notas: Los números que se muestran son razones de oportunidades (*odd ratios*, en inglés) resultantes de regresiones logit que incluyen controles de edad, sexo y ciudad. Por ejemplo, tener un bajo ingreso incrementa la probabilidad de tener (muy) mala salud por un factor de 3,45. Bajo ingreso está definido como el 25 % más pobre. El estado de salud fue dividido entre los que reportaron “mala” o “muy mala” y los que reportaron “regular”, “buena” o “muy buena” salud. La frecuencia de las visitas médicas preventivas fue dividida entre el grupo con 3 años o menos desde su último chequeo, y el que no. El consumo de alcohol fue dividido entre el grupo que consume al menos “3 o 4 días a la semana”, y el que no. El consumo de comida rápida fue dividido entre el grupo que consume al menos “3 a 6 veces a la semana”, y el que no. Se considera que se tiene poca actividad física si habitualmente tiene menos de tres días de actividad a la semana, de menos de 30 minutos.

* denota significancia estadística al 10 %, ** al 5 % y *** al 1 %, respectivamente.

Fuente: Cálculos propios con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

Por otra parte, un estudio reciente aborda algunas vulnerabilidades vinculadas a la situación laboral (Berniell y Fernández, 2020). Explotando información de la ECAF 2019, los autores encuentran que personas sin educación secundaria completa y trabajadores informales tienen mucha menos posibilidad de hacer teletrabajo (tanto por las características de sus ocupaciones como por restricciones vinculadas al acceso a internet, el espacio físico y las restricciones del cuidado de niños). En cuanto a los patrones de movilidad para acudir al trabajo, el estudio encuentra que las personas con secundaria incompleta tienen más probabilidad de necesitar un transporte público y los informales, una menor probabilidad.

Esta combinación de poca protección social con alta vulnerabilidad y poca prevención puede ser responsable de una mayor mortalidad de las personas con niveles socioeconómicos más bajos, y especialmente de adultos mayores, en situaciones de pandemias y en particular la del COVID-19. En efecto, aunque el fenómeno de la COVID-19 está en pleno desarrollo, ya comienza a emerger evidencia indicativa de que, al igual que otras enfermedades y otras pandemias del pasado, existe un gradiente socioeconómico, con las familias más desfavorecidas sufriendo con mayor severidad la enfermedad. Por ejemplo, para el Reino Unido se encuentra que las mujeres de sectores más desfavorecidos tenían 133 % más probabilidad de morir de COVID-19, que las mujeres de los sectores menos desfavorecidos (Stafford y Deeny, 2020). Evidencia para los Estados Unidos también confirman la asociación de factores socioeconómicos y tasas de mortalidad (Ahmad *et al.*, 2020).

La discusión previa resalta no solo la importancia de incorporar la dimensión social en las estrategias de atención de este tipo de crisis; sino también, más allá de la coyuntura, de contar con un sistema de protección social inclusivo.

a. Para los países de ingreso medio y bajo también se encontraron diferencias significativas entre el grupo con educación secundaria y aquellos con educación superior. El estudio analiza conjuntamente factores como la edad, el género, la región (urbana o rural), el factor de riesgo, el índice de riqueza y el nivel educativo.

Otros trabajos profundizan en el análisis distributivo de la gestión fiscal y, en particular, del gasto social, calculando los coeficientes de concentración de diferentes programas²⁶ y estimando el cambio en la distribución del ingreso debido a la gestión fiscal (Lustig, 2018). Si bien estas metodologías presentan algunas limitaciones, ofrecen una aproximación contable útil de cómo las diversas transferencias, y en particular aquellas vinculadas a las pensiones y la salud, afectan la distribución del ingreso corriente.²⁷

El Cuadro 1.4 se basa en datos vinculados a un proyecto que precisamente aplica este tipo de metodologías para un importante conjunto de países (Lustig, 2018). La información corresponde a los países de la región incluidos en el proyecto. En particular, el cuadro muestra los coeficientes de concentración para las pensiones contributivas y no contributivas y para el gasto público en salud. Como referencia, también se incluye el coeficiente de concentración del gasto en educación y los coeficientes de concentración para transferencias condicionadas y para el gasto en educación, ambos con una fuerte orientación redistributiva. El cuadro muestra igualmente el Gini de la distribución del ingreso de mercado y de la distribución del ingreso de mercado más las pensiones contributivas.

Las pensiones no contributivas tienen un coeficiente de concentración bajo, típicamente negativo, indicando que este instrumento es “propobre”.

Como era esperar, las pensiones no contributivas tienen un coeficiente de concentración bajo, típicamente negativo, indicando que este instrumento es “propobre”, aunque menos que las transferencias condicionadas, altamente focalizadas en los pobres. Solo en los casos de Guatemala y Bolivia son positivos, aunque cercanos a cero, mostrando una distribución equitativa entre la población. En contraste, los coeficientes de concentración para pensiones contributivas presentan valores altos, especialmente en Colombia, México, Panamá y Paraguay (todos por encima de 0,67). En efecto, en estos países, el Gini del ingreso incluyendo las pensiones es superior al Gini del ingreso de mercado sin pensiones; esto es, las pensiones contributivas son ligeramente regresivas. Países como Argentina, Chile y Uruguay tienen los coeficientes de concentración de pensiones contributivas más bajos. Dichos coeficientes son considerablemente inferiores al Gini del ingreso, lo que les confiere el carácter de transferencia con progresividad relativa.

Cabe destacar que, en promedio, el coeficiente de Gini del ingreso en la región es similar a su coeficiente de Gini del ingreso más pensiones; mientras que, en Estados Unidos y Europa, el Gini cae considerablemente al incluir las pensiones.²⁸

El gasto en salud es ligeramente “propobre” (es decir, tiene un coeficiente de concentración negativo), aunque mucho menos que el de educación. En algunos países, es ligeramente positivo, pero muy por debajo del Gini de distribución del ingreso.

26. El coeficiente de concentración es una herramienta común en el análisis de incidencia distributiva del gasto fiscal. Se calcula de forma análoga al coeficiente de Gini, pero empleando la curva de concentración (en vez de la curva de Lorenz), que refleja la proporción acumulada de las transferencias o del gasto (en vez de la proporción acumulada del ingreso). A diferencia del coeficiente de Gini, el coeficiente de concentración puede ser negativo, en cuyo caso el programa se define como progresivo en términos absolutos o “propobre”. Si el coeficiente es positivo, pero menor al coeficiente de Gini, se considera que el programa o transferencia es progresivo en términos relativos.

27. Dentro de las limitaciones más importantes están la ausencia de efectos de equilibrio general y la naturaleza estática de los cálculos de incidencia, que deja a un lado el carácter intemporal de las relaciones Estado-ciudadano, especialmente importante para el caso de la seguridad social contributiva. También desconoce las ineficiencias que pueden surgir en la calidad del gasto, que suelen ser regresivas al ser mayores en los servicios dirigidos a los más pobres.

28. Para Estados Unidos, el Gini pasa de 0,48 a 0,45, mientras que en Europa cae de 0,46 a 0,35.

Cuadro 1.4

Impacto en la pobreza y la desigualdad de la asistencia social frente a la seguridad social
(coeficientes de concentración)

País	Componentes del gasto					Gini	
	Transferencia condicional	Pensiones		Educación	Salud	Ingreso	
		No contributivas	Contributivas			Mercado	Mercado + pensiones
Argentina (2012)		-0,34	0,39	-0,05	-0,20	0,502	0,475
Bolivia (2009)		0,01		-0,02	-0,04	0,503	0,503
Brasil (2009)	-0,60	-0,46	0,61	-0,14	-0,12	0,593	0,573
Chile (2013)		-0,30	0,39	-0,17	-0,10	0,503	0,494
Colombia (2014)			0,75	-0,21	0,12	0,575	0,575
Costa Rica (2010)		-0,47	0,59			0,512	0,508
República Dominicana (2013)	-0,24		0,53	-0,21	-0,25	0,517	0,517
Ecuador (2011)			0,61	-0,23	-0,13	0,482	0,479
El Salvador (2011)	-0,47	-0,31		-0,14	0,12	0,437	0,440
Guatemala (2011)	-0,36	0,09	0,66	-0,02	0,28	0,511	0,513
Honduras (2011)				0,02	-0,03	0,561	0,564
México (2014)	-0,52	-0,21	0,69	-0,06	0,06	0,528	0,528
Nicaragua (2009)				-0,01	0,03	0,482	0,482
Panamá (2016)	-0,68	-0,37	0,72	-0,10	-0,08	0,555	0,557
Paraguay (2014)			0,67	-0,08	-0,18		0,522
Perú (2011)	-0,69		0,61	-0,21	0,05	0,474	0,473
Uruguay (2009)	-0,61	-0,51	0,45	-0,16	-0,10	0,544	0,505
Venezuela (2013)		-0,14	0,53	-0,20	-0,10	0,411	0,401
Promedio	-0,52	-0,27	0,59	-0,12	-0,04	0,51	0,51

Fuente: Elaboración propia con base en CEQ (2019).

Los cálculos del Cuadro 1.4 están vinculados a las transferencias corrientes. Sin embargo, los programas de protección social, especialmente las pensiones, son programas de naturaleza intertemporal, que implican trasferencias desde el individuo al Estado durante la etapa laboral y transferencias desde el Estado a las personas durante su retiro y hasta la muerte. Así pues, idealmente, la evaluación del papel distributivo de estos programas debe hacerse teniendo este elemento en cuenta. Los sistemas de pensiones podrían tener una orientación a favor de los niveles socioeconómicos bajos en la medida que impongan pisos y topes de beneficios, o en la medida que la contribución crezca fuertemente con el ingreso, o los beneficios no crezcan tan fuertemente con los aportes. Por otra parte, la mayor longevidad de los ricos hace que reciban la pensión más tiempo y, por tanto, introduce un sesgo regresivo en los esquemas de pensiones.

La mayor longevidad de los ricos hace que reciban la pensión más tiempo, introduciendo un sesgo regresivo en los esquemas de pensiones.

En el Capítulo 3 se aborda la sostenibilidad financiera de los sistemas de pensiones contributivos, mediante un ejercicio de simulación que calcula la razón entre el valor presente esperado de las pensiones recibidas y el valor presente esperado de las contribuciones realizadas. En la medida que este cociente supere la unidad, el régimen aparecería como intertemporalmente deficitario, lo que implica una transferencia hacia el trabajador.²⁹ A mayor cociente, mayor será la transferencia.

En consecuencia, se podría utilizar este mismo indicador para comparar la magnitud de transferencia implícita para diferentes niveles socioeconómicos y, así, evaluar la orientación redistributiva del régimen contributivo desde un enfoque intertemporal. El Cuadro 1.5 ofrece información al respecto. En particular, presenta la división o razón entre el cociente para los trabajadores sin educación secundaria completa y el cociente para los trabajadores con terciaria completa. Así pues, un valor del indicador del cuadro mayor a 1 implicará que la transferencia implícita es mayor para el grupo menos educado.

En el cuadro, el indicador se presenta separadamente para hombres y mujeres, así como para un escenario donde los aportes se realicen durante toda la vida laboral o según los aportes promedio de un trabajador con esas características de educación y género. En el caso de que estos aportes promedio no superen el mínimo legal, se considera este mínimo para aspirar al régimen contributivo. La simulación se realiza para dos escenarios alternativos de esperanza de vida. En el primero, se asume una esperanza de vida uniforme para los dos niveles de educación, la cual es equivalente a la esperanza de vida (medida a la edad mínima de jubilación de cada país) para el género correspondiente en el país respectivo. En el segundo escenario, se impone una brecha de 5 años³⁰ entre educados y no educados que parece razonable según la información disponible sobre esperanza de vida en función del nivel educativo en distintos países (ver gráfico A.1.3 en el Apéndice).

Varias conclusiones se desprenden del cuadro. En primer lugar, en ausencia de diferencias en la esperanza de vida, los sistemas contributivos suelen favorecer más, desde la perspectiva intertemporal, a los menos educados. Es decir, la razón entre el valor presente esperado de las pensiones con relación a las contribuciones es mayor para los menos educados. En el escenario más representativo de cotizaciones promedio, la razón es mayor que uno en todos los países con la excepción de Ecuador. En segundo lugar, esta orientación redistributiva es más fuerte para las mujeres y entre quienes no contribuyen de forma continua durante toda su vida laboral.

Finalmente, la brecha en la esperanza de vida reduce de forma significativa la orientación redistributiva implícita en el sistema contributivo, con caídas en el ratio que se ubican en torno a los 20 puntos porcentuales. Sin embargo, solo en algunos casos, por ejemplo, para los hombres en Argentina que contribuyen durante toda la vida laboral, dicha caída alcanza para colocar el ratio por debajo de uno. Es decir, asumiendo que se logran las cotizaciones para la elegibilidad de

29. En caso contrario, si esta razón es menor a 1, el sistema no tendrá problemas de sostenibilidad y existiría, desde el punto de vista intertemporal, una transferencia desde el trabajador al sistema.

30. Específicamente, a los más educados se les atribuye una esperanza de vida igual a la media incondicional a la educación más 2,5 años, mientras que a los menos educados se le imponen 5 años menos que a los más educados.

los sistemas contributivos, estos parecen tener una inclinación redistributiva, aun imponiendo una brecha razonable en la esperanza de vida.³¹

Cuadro 1.5

Orientación redistributiva de los sistemas contributivos: una perspectiva intertemporal

País	Contribuye durante toda la vida laboral				Cotizaciones promedios			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Esperanza de vida uniforme	Brecha de 5 años	Esperanza de vida uniforme	Brecha de 5 años	Esperanza de vida uniforme	Brecha de 5 años	Esperanza de vida uniforme	Brecha de 5 años
Argentina	1,05	0,89	1,36	1,19	1,09	0,93	1,40	1,22
Brasil	1,16	1,01	1,29	1,13	1,68	1,46	3,35	2,91
Chile	1,50	1,31	1,15	1,01	1,31	1,14	3,01	2,67
Colombia (BD)	0,73	0,64	0,93	0,83	1,33	1,16	1,34	1,19
Colombia (CD)	2,27	2,00	3,61	3,22	4,32	3,81	4,56	4,07
Ecuador	0,88	0,77	0,93	0,82	0,94	0,83	0,88	0,78
México	1,67	1,43	2,33	2,02	3,06	2,62	2,83	2,42
Panamá	1,46	1,28	1,67	1,50	1,88	1,65	1,97	1,77
Perú (BD)	2,04	1,74	2,03	1,73	1,89	1,62	1,07	0,91
Perú (CD)	1,00	0,86	1,38	1,18	2,08	1,79	2,17	1,86
Uruguay	1,03	0,91	1,10	0,97	1,09	0,97	1,40	1,23
Promedio	1,34	1,17	1,62	1,42	1,88	1,64	2,18	1,91

Nota: Para Colombia y Perú se realizan cálculos separados para sistemas de beneficio definido (BD) y contribución definida (CD).

Fuente: Elaboración propia con base en Allub, Alves y López (2020).

En síntesis, la relativamente baja presencia de los más pobres en los esquemas de pensiones y salud contributivos pareciera poner el peso de la redistribución en los esquemas de pensiones no contributivos y en los servicios de salud gratuitos y universales, al menos, hasta que la economía logre un mayor nivel de formalización laboral. Sin embargo, los bajos montos (o la ausencia) de las pensiones no contributivas, que en algunos casos no superan la línea de pobreza, y la baja calidad del sistema de salud universal en algunos países (ver Capítulo 4) son desafíos que hay que encarar para que el sistema de seguridad social logre una protección efectiva para todos los adultos mayores.

31. Esta orientación promedio del sistema podría no operar al comparar entre trabajadores cuyas pensiones superen los pisos (elementos que introducen progresividad), pero tengan diferencias considerables de esperanza de vida. A esto parece apuntar un trabajo realizado dentro del contexto de este reporte (Edwards, Soto y Zurita, 2020). Enfocándose en trabajadores chilenos cuya riqueza acumulada en el fondo de pensiones les permitía acceder a una anualidad superior a la pensión básica solidaria (alrededor de USD 160 mensuales), estos autores encuentran que, a la edad de retiro, existe una brecha en la esperanza de vida de tres años entre los más ricos y los más pobres. Esta brecha, al no incorporarse en el cálculo de pensiones introduce un elemento de regresividad dentro de este grupo de trabajadores. Para ilustrar este punto, los autores calculan el capital necesario para financiar la pensión de una persona. El trabajo encuentra que, en virtud de esta brecha en esperanza de vida, las tablas oficiales subestiman el valor para los pensionados más ricos (en 9 % en hombres solteros, por ejemplo) y sobrestima este valor para los más pobres (en 3 % para hombres solteros, por ejemplo).

Envejecimiento: un desafío común

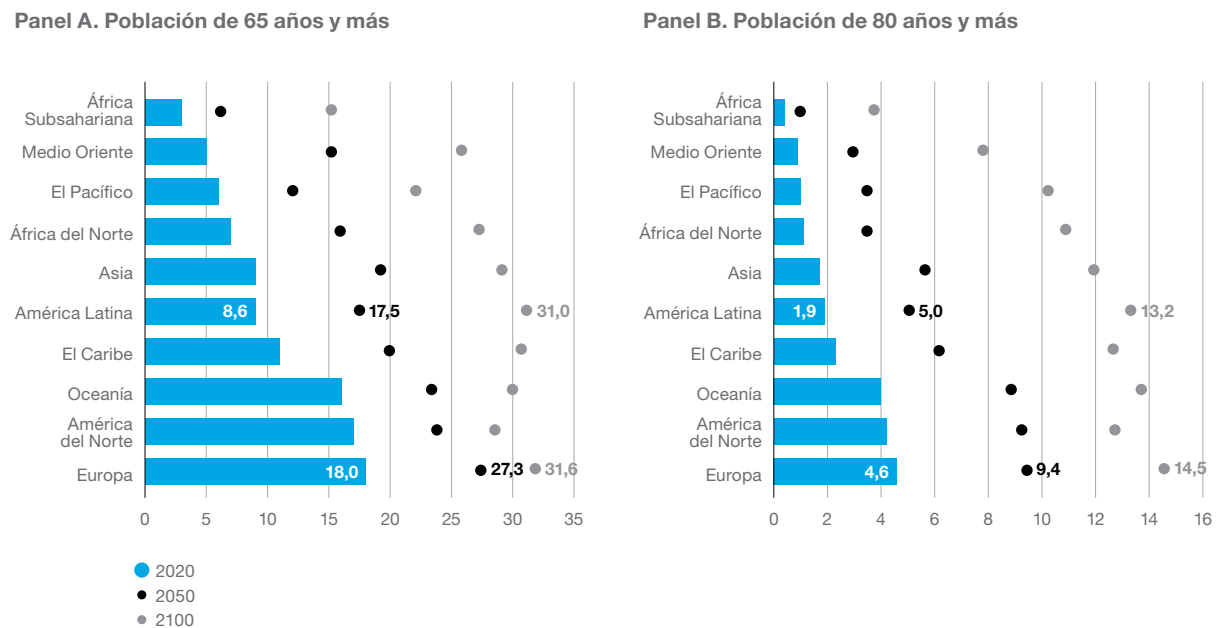
En la actualidad, un poco más del 8 % de la población en América Latina tiene 65 años o más. Para 2050, la cifra más que se duplica.

América Latina es aún una región relativamente joven, pero no por mucho tiempo. En la actualidad, apenas un poco más del 8 % de la población tiene 65 años o más, muy por debajo del 18 % de Europa. En contraste, para 2050, la cifra más que se duplica, hasta alcanzar el 17,5 %, nivel similar al actual de Europa, y, para finales de siglo, superará el 30 %. Un patrón similar es seguido por la población de 80 años o más, que representará el 5 % de la población latinoamericana en 2050 y más del 13 % a finales de siglo (ver Gráfico 1.10).

Obviamente, América Latina es actualmente muy heterogénea en cuanto a la distribución de edades en la población. Uruguay es el país con mayor proporción de adultos con 65 años o más (15 %), no muy lejos del promedio de Europa. Le siguen Chile, Argentina y Costa Rica, todos con una proporción de adultos mayores de 65 años superior al 10 %. En el resto de los países, la proporción no alcanza los dos dígitos (Gráfico 1.11). Aun en el caso de los países más envejecidos, como Uruguay y Chile, se espera que la proporción de adultos mayores aumente a más del doble para finales de siglo. Este envejecimiento es una tendencia común para los países de la región y, como se verá a continuación, ocurrirá con relativa rapidez.

Gráfico 1.10

Porcentaje de población de 65 años y más, actual y futura, por regiones del mundo

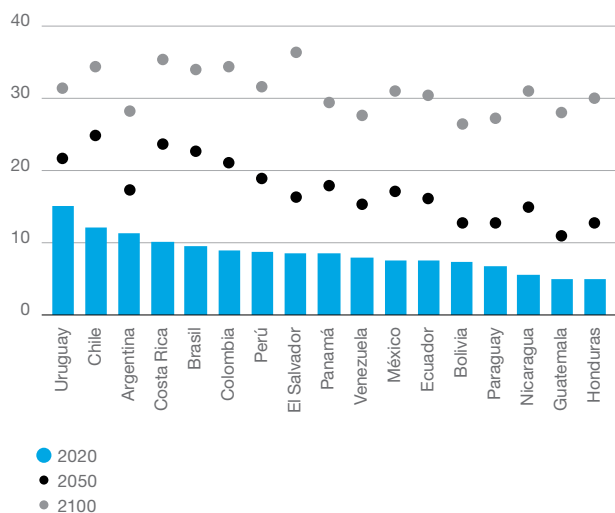


Fuente: Cálculos propios con base en Naciones Unidas (2019b).

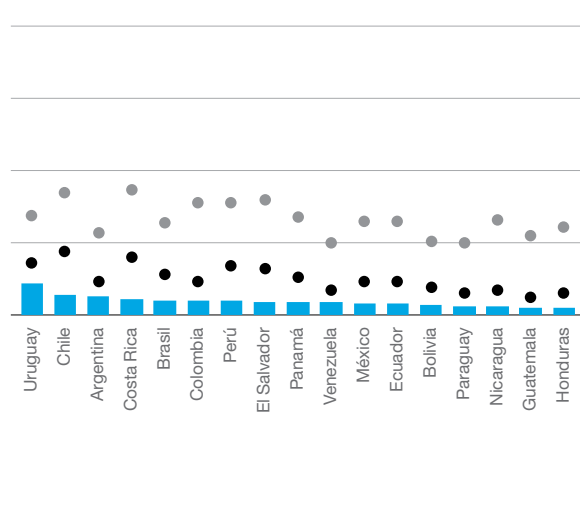
Gráfico 1.11

Porcentaje de población de 65 y más años, actual y futura, por países de América Latina

Panel A. Población de 65 años y más



Panel B. Población de 80 años y más



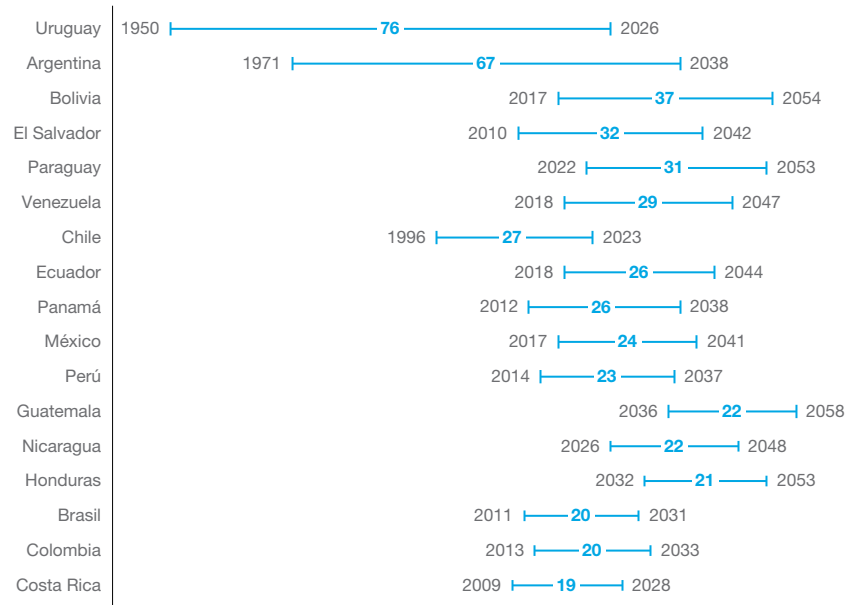
Fuente: Cálculos propios con base en Naciones Unidas (2019b).

El cambio en la proporción de adultos mayores es un resultado de la importante caída de las tasas de mortalidad y fecundidad, fenómeno conocido como transición demográfica. Un reciente trabajo explora las transiciones demográficas a lo largo del tiempo y entre países (Delventhal, Fernández-Villaverde y Guner, 2019). Entre otros hallazgos, los autores encuentran que la velocidad de la transición ha sido mayor en aquellos países donde ocurrió más recientemente. En general, los países de la región empezaron más tarde la transición, por lo que suele ser más rápida. En efecto, Francia y Suecia requirieron 115 y 85 años, respectivamente, para experimentar un aumento del 7 % al 14 % de su población de 65 años y más (Aranco, Stampini, Ibarrarán y Medellín, 2018). En contraste, en América Latina, la cifra aumentará más del doble en los próximos 30 años.

Las diferencias en la velocidad del envejecimiento entre transiciones recientes y antiguas también se notan al interior de la región. El Gráfico 1.12 muestra la cantidad de años que se requirió o se requerirá para que los adultos mayores (65 años y más) pasen de ser el 7 % de la población total, a representar el 14 % en diversos países de la región. Mientras que este proceso ha sido paulatino en Uruguay y Argentina (ha requerido 76 y 67 años, respectivamente), en la mayoría de los países demandará tan solo entre 20 y 30 años.

Gráfico 1.12

Número de años para que la población de 65 y más años pase del 7 % al 14 % de la población total



Notas: El cálculo se hace descartando años con valores menores al 7 % y mayores al doble del valor del año inicial. Solo Uruguay se aleja del 7 % puesto que, en 1950, la proporción ya era del 8,2 %.

Fuente: Cálculos propios con base en Naciones Unidas (2019b).

El crecimiento de la población de adultos mayores no será a expensas de la población menor de 15 años, exclusivamente.

El crecimiento de la población de adultos mayores será a expensas no solo de la población menor de 15 años, que pasará, en promedio, de más del 25 % en 2020 a menos del 14 %, sino también del grupo de población entre 15 y 65 años. En efecto, en promedio, la proporción de la población entre 15 y 64 años en la región pasará de ser casi el 66 % al 55 % del total a finales de siglo (ver Gráfico 1.13 para el promedio de América Latina y el Gráfico A 1.1 del Apéndice para información a nivel de país).

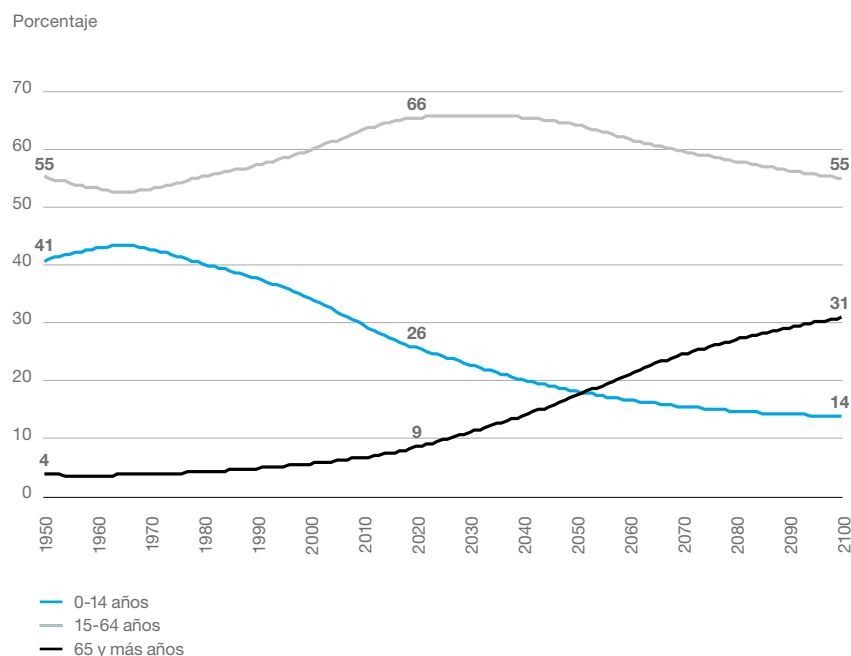
Un indicador muy utilizado para sintetizar la distribución de edades es la relación de dependencia, o su recíproco, la relación de apoyo potencial. En su connotación estrictamente demográfica, la relación de dependencia mide el número de personas menores de 15 años y mayores de 65 años como proporción de las personas entre 15 y 64 años. De manera análoga a la tasa de dependencia global, existe la tasa de dependencia infantil —menores de 15 años con relación a personas entre 15 y 64 años— y la tasa de dependencia adulta —personas de 65 años o más, por persona entre 15 y 64 años—.

Las cifras del Gráfico 1.13 sugieren un importante cambio en las tasas de dependencia para lo que queda de siglo. Actualmente, en América Latina, por cada 100 personas entre 15 y 64 años, hay en promedio 52 fuera de este rango, de

las cuales 13 tienen al menos 65 años. Para 2100, la región tendrá, por cada 100 personas de 15 a 64 años, 81 fuera de ese grupo, de las cuales 56 serán mayores de 65 años. La implicación de esta tendencia es clara: el número de trabajadores con relación al número de adultos mayores decrecerá, lo que impone un desafío para la provisión de protección social; en particular, en sus componentes de pensiones y de salud.

Gráfico 1.13

Estructura poblacional de América Latina por grupos de edad, 1950-2100



Fuente: Cálculos propios con base en Naciones Unidas (2019b).

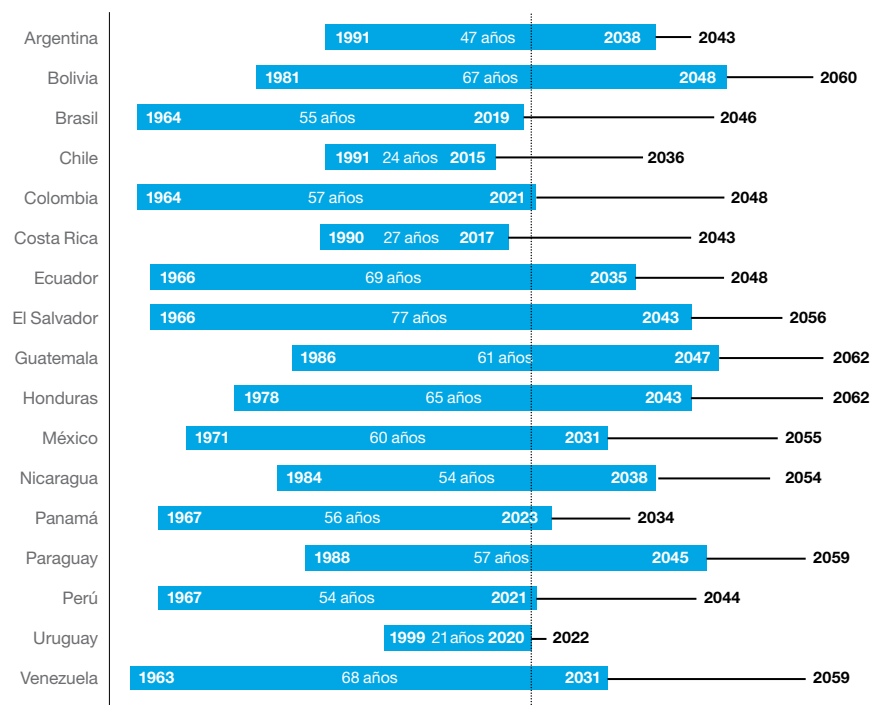
La transición demográfica implica un comportamiento en forma de U de la tasa de dependencia. En promedio, la región está acercándose a su mínimo en la tasa de dependencia, la cual comienza a crecer a partir de 2023.³² Sin embargo, aún faltan 40 años para que la región alcance la tasa promedio actual de la OCDE. La mayoría de los países de la región se encuentra aún con tasas de dependencia

32. En su versión más simple, la fase decreciente de la tasa de dependencia determina la duración del primer bono demográfico —potencial crecimiento del producto por habitante vinculado al cambio en la distribución de edades de la población, dada la productividad del trabajo (es decir, a medida que el tamaño relativo de la fuerza laboral de un país aumenta, la producción por habitante del país se expande porque simplemente hay más personas trabajadoras y productoras con relación a la población total)—. Al final del capítulo, se retoma con más detalle el tema del bono demográfico y se presentan algunas estimaciones que incorporan los patrones de participación laboral, ingreso y consumo durante el ciclo de vida, además de los cambios en la estructura de edades.

decreciente, aunque algunos, como Chile, ya salieron o están por salir (Colombia y Perú). En contraste, en otros países, como Bolivia, Guatemala y Paraguay, la tasa de dependencia estará en su fase decreciente hasta al menos el año 2045 (ver Gráfico 1.14).³³

Gráfico 1.14

Ventana temporal con tasa de dependencia decreciente:
países de América Latina



Notas: Las líneas horizontales negras se refieren al periodo en que la tasa de dependencia está en ascenso, desde su mínimo, hasta el nivel promedio de los países de la OCDE en 2020 (55,4). La tasa de dependencia tiene como base la población en los siguientes rangos de edad: (0-14 y 65+) / 15-64 años. La línea punteada vertical señala el año 2020.

Fuente: Cálculos propios con base en Naciones Unidas (2019b).

33. El Gráfico A 1.6 del Apéndice muestra la dinámica de la tasa de dependencia a nivel de país para el periodo en que hay datos disponibles (1950-2100). La situación particular de Argentina y Uruguay conviene ser comentada. En estos países, la usual forma de U de la tasa de dependencia no se nota con claridad en el periodo mencionado. Para el caso de Uruguay, el mínimo de la tasa de dependencia ocurre en el año 2020, pero la caída entre 1950 y esta fecha es bastante modesta. Pareciera entonces que Uruguay, antes de 1950, experimentó la caída relevante en la tasa de dependencia. En Argentina, la caída es ligeramente mayor, pero aún por debajo de los promedios de la región. Además, en el caso de Argentina la tasa de dependencia se mantuvo muy cerca de este mínimo por un tiempo prolongado.

Procesos demográficos en América Latina

El cambio en la distribución de edades y, por ende, en las tasas de dependencia, señalados en el apartado anterior, es el resultado de tres procesos: la mortalidad, la fecundidad y las migraciones. A continuación, se revisan sucintamente estos tres procesos en la región.

Mortalidad y esperanza de vida

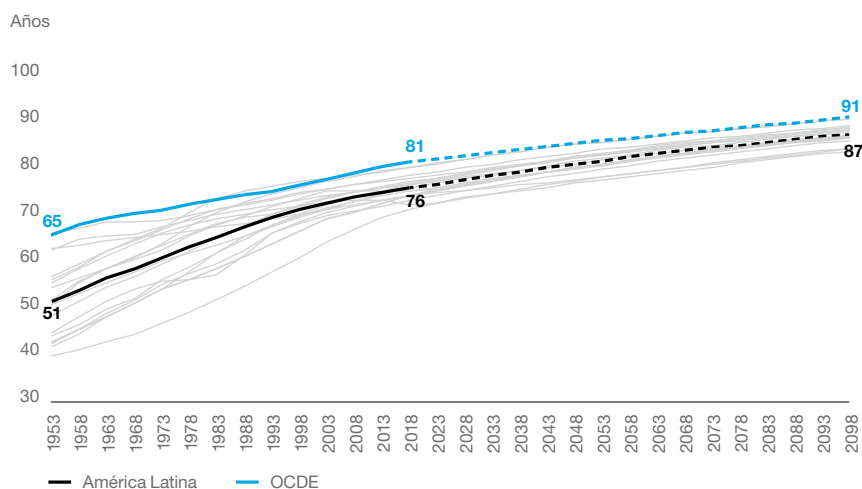
El término esperanza de vida refleja una estimación del número de años que vivirá una persona de una población determinada. Comúnmente, para estimar esta medida, se toman las tasas de mortalidad por edad observadas en un periodo dado, por lo que el indicador refleja la duración esperada de la vida si los patrones de mortalidad por edad se mantienen como los del periodo en cuestión.

Entre 1950 y 2018, la región sumó casi 25 años a su esperanza de vida, disminuyendo la brecha respecto al promedio de los países de la OCDE en aproximadamente dos tercios, desde 14,8 a 5,4 años (Gráfico 1.15).³⁴ Se espera que en los próximos 80 años la brecha se reduzca aún más y que la esperanza de vida al nacer promedio de América Latina y de la OCDE alcancen 87 y 91 años, respectivamente.

Entre 1950 y 2018, la región sumó casi 25 años a su esperanza de vida.

Gráfico 1.15

Esperanza de vida al nacer en América Latina y OCDE, 1953-2098



Notas: Las líneas discontinuas corresponden a valores proyectados. Las líneas grises representan 17 países de América Latina. Los valores que se muestran son de 1953, 2018 y 2098.

Fuente: Cálculos propios con base en Naciones Unidas (2019b).

34. Las líneas grises del gráfico, correspondiente a los diferentes países de la región, muestran una suerte de convergencia con los países que inicialmente tenían menos esperanza de vida al nacer, mostrando ganancias más importantes.

El incremento en la esperanza de vida al nacer se explica por el descenso de la mortalidad en todos los rangos de edad, aunque para algunos países, las ganancias son mayores en unos rangos que en otros. El Cuadro 1.6 descompone las ganancias en esperanza de vida al nacer entre 1958 y 2018 según la reducción de la mortalidad en cada grupo de edad. Las cifras representan el porcentaje de años ganados gracias a la menor mortalidad del grupo correspondiente.

Cuadro 1.6

Descomposición de los cambios en la esperanza de vida al nacer por grupos de edad, 1958-2018

País	Rango de edad					
	0-9	10-19	20-39	40-59	60-79	80+
Argentina (12)	17,6	6,9	16,3	28,5	29,2	1,5
Bolivia (30)	37,8	12,6	16,3	15,8	17,0	0,6
Brasil (23)	27,5	8,8	19,6	22,5	20,3	1,3
Chile (24)	21,6	9,0	19,9	26,1	22,1	1,2
Colombia (21)	23,6	9,7	16,6	23,7	25,2	1,1
Costa Rica (21)	22,3	7,1	15,6	25,6	27,7	1,6
Ecuador (25)	30,5	9,8	17,4	20,5	20,6	1,2
El Salvador (25)	34,9	8,7	15,9	20,5	19,4	0,6
Guatemala (28)	34,0	12,5	18,2	19,6	15,2	0,6
Honduras (30)	32,9	11,3	19,8	20,6	14,8	0,7
México (20)	31,4	11,5	21,0	19,3	15,5	1,3
Nicaragua (29)	29,9	14,3	21,1	19,1	15,1	0,6
Panamá (19)	19,7	8,1	15,9	25,7	28,5	2,2
Paraguay (11)	26,9	4,1	7,0	22,5	37,3	2,1
Perú (30)	34,5	12,1	16,9	18,0	17,9	0,6
Uruguay (11)	12,9	4,1	12,4	30,4	36,8	3,5
Venezuela (14)	23,1	5,9	19,9	29,9	20,0	1,2
Estados Unidos (9)	7,4	3,1	9,1	33,6	43,6	3,2
Alemania (12)	9,5	5,7	11,5	27,4	43,0	2,9

Notas: Para cada país se muestra la contribución porcentual de cada grupo de edad a la diferencia en la esperanza de vida al nacer alcanzada en el periodo 1958-2018. Los números entre paréntesis que aparecen junto al nombre del país reflejan los años totales ganados en esperanza de vida, en ese mismo periodo.

Fuente: Cálculos propios con base en Naciones Unidas (2019b).

En la mayoría de los países de América Latina, las grandes ganancias en esperanza de vida se logran por la reducción de la mortalidad infantil.

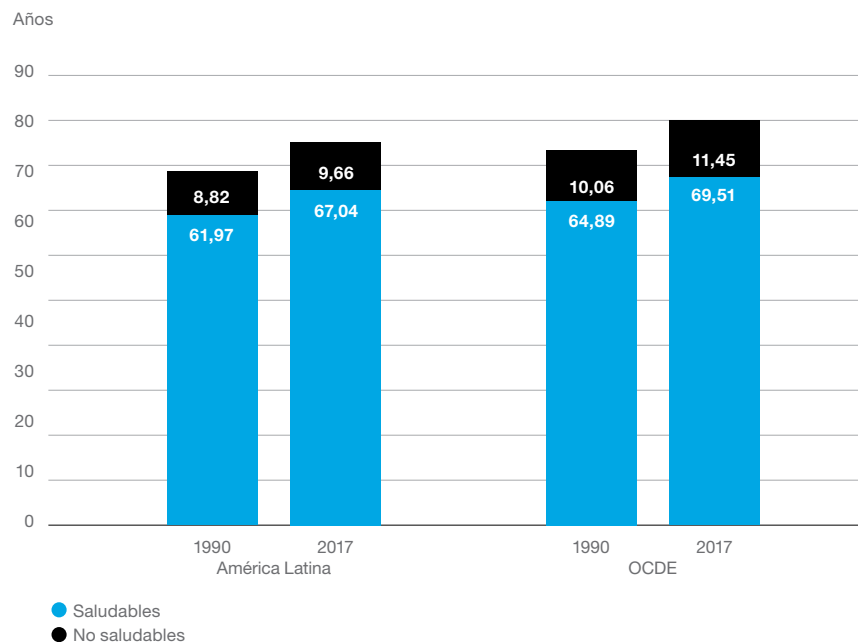
Como se puede observar, en la mayoría de los países de América Latina, las grandes ganancias en esperanza de vida se logran por la reducción de la mortalidad infantil, lo cual no ocurre en los países más desarrollados, como Estados Unidos o Alemania. En general, las ganancias asociadas al grupo en edad adolescente (10-19 años) son relativamente modestas en todos los países. Finalmente, los avances en esperanza de vida para los adultos mayores (60 años o más) son en general importantes, especialmente en los países de alto nivel de ingreso, en los cuales suele ser la fuente fundamental de ganancias. Por ejemplo, en Alemania, representa el 46 % de los años ganados entre 1958 y 2018 y en Estados Unidos, el 47 %. Dentro de la región, ocurre algo similar, aunque en menor magnitud, en los casos de Uruguay y Paraguay.

Combinar las tasas de mortalidad con la incidencia de enfermedades permite explorar no solo cómo ha cambiado la esperanza de vida, sino también la relación entre la esperanza de vida y las buenas condiciones de salud. A este respecto, cabe destacar que el incremento de la esperanza de vida de adultos mayores ha implicado un aumento del tiempo que las personas disfrutaran de una vida sana, pero también un incremento en el tiempo de vida con algún tipo de discapacidad. En promedio, el número de años de vida sana en América Latina ha crecido desde 62 hasta 67, mientras que el de años de vida con discapacidad ha pasado de 8,8 a 9,7; es decir, una relación favorable de 5 a 1 (ver Gráfico 1.16 para promedios regionales y el Gráfico A 1.7 para información por países). Si América Latina sigue el camino de los países de la OCDE, es de esperar que los años de vida no saludable sigan creciendo conforme la población envejece.

El incremento de la esperanza de vida ha implicado un aumento del tiempo que las personas disfrutaran de una vida sana, pero también en el tiempo de vida con algún tipo de discapacidad.

Gráfico 1.16

Esperanza de vida al nacer: años de vida saludable y con discapacidad, 1990-2017



Notas: La esperanza de vida saludable ajusta la esperanza de vida convencional por años perdidos debido a muertes prematuras y años vividos con discapacidad. Las causas de discapacidad incluyen condiciones que van desde la otitis media (con una duración de días) hasta la epilepsia (una condición que puede durar toda la vida). En el cálculo de los años perdidos por discapacidad, las distintas condiciones se reflejan con pesos que representan las preferencias sociales por cada estado de salud relativas al ideal social de buena salud; los pesos se obtienen por medio de encuestas realizadas al público general. El *Global Burden of Disease Study 2017*, en el que se basa el cálculo, considera 359 condiciones y lesiones.

Fuente: Cálculos propios con base en IHME (2017).

El crecimiento conjunto en los años de vida sana y de vida no saludable implica mayores gastos en salud y cuidados para la vejez. A la vez, abre una ventana de oportunidad para financiar esos gastos extendiendo la edad de retiro, un tema que se encuentra en el debate público y que enfrenta desafíos de economía política

(ver los Capítulos 3 y 5). Al respecto, un trabajo reciente estima, para un conjunto de países desarrollados, cuántos años adicionales la población puede trabajar antes de jubilarse dadas las mejores condiciones de salud de los adultos mayores. Bajo uno de sus escenarios, se calculan 5,5 años de capacidad de trabajo adicional por las mejoras de salud (reflejadas en menores tasas de mortalidad) entre 1977 y 2010 (Coile, Milligan y Wise, 2016). El Capítulo 2 ofrece un análisis para explorar hasta qué punto es viable incrementar la oferta de trabajo de los adultos mayores dentro de la región (ver apartado “La participación laboral: brechas de género y actividad en la adultez”).

Un elemento final a destacar es el gradiente socioeconómico que existe en torno a la esperanza de vida. Si bien ha habido una reducción de la mortalidad y, con ello, un aumento de la esperanza de vida para todos los niveles socioeconómicos, persisten grandes diferencias. Algunas fuentes reportan una brecha en la OCDE (circa 2016) de 5,6 años en la esperanza de vida (a los 30 años) entre la población con educación terciaria y secundaria (OCDE, 2019b). El país con la menor diferencia resultó ser Turquía, con 2,66 años de brecha, y el de mayor, Eslovaquia, con casi 10 años. De la región, México tiene una diferencia de 5 años (ver Gráfico A 1.3 en el Apéndice).

En el contexto de este reporte, se comisionó un estudio con base en pensionados del sistema chileno, cuya riqueza acumulada en el fondo de pensiones les permitía acceder a una anualidad superior a la pensión básica solidaria (alrededor de USD 160 mensuales). Por su naturaleza, la muestra excluye a los más pobres. Aun así, se consiguen diferencias de alrededor de 3 años de vida entre los pensionados más pobres y los más ricos (Edwards *et al.*, 2020).³⁵ Esta brecha en la esperanza de vida a favor de los más ricos, como se comentó en el apartado “Protección social: nivel socioeconómico y su impacto distributivo”, es una fuente de potencial regresividad en los sistemas de pensiones.

Fecundidad

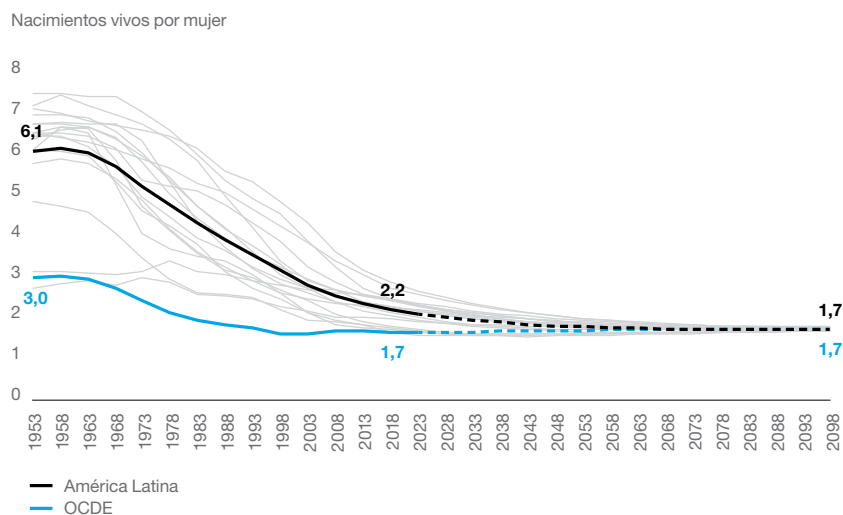
Entre 1950 y 2020, la tasa de fecundidad en la región ha caído desde 6,1 a 2,2 niños nacidos vivos por mujer.

Además de una reducción en las tasas de mortalidad, la transición demográfica se ha caracterizado por una fuerte reducción en las tasas de fecundidad. Entre 1950 y 2020, la tasa de fecundidad en la región ha caído desde 6,1 a 2,2 niños nacidos vivos por mujer.³⁶ Aún es mayor que en los países de la OCDE, pero la brecha se ha cerrado. Ya para finales de siglo, se espera una fecundidad en América Latina de 1,7 niños por mujer, virtualmente el mismo valor que el proyectado para la OCDE (ver Gráfico 1.17).

35. Los autores construyen tres grupos de pensionados para dos enfoques: uno basado en el valor mensual de las pensiones y el otro, en la riqueza acumulada. Para el primer enfoque, el grupo más pobre se definió como aquel con pensiones mensuales por debajo de 5 unidades de fomento (UF) y el más rico como aquel que recibe por encima de 10 UF. Para el segundo enfoque, el grupo más pobre se definió como aquel con riquezas menores a 1.200 UF y el más rico, como aquellos pensionados con riquezas por encima de 2.400 UF. En ambos casos, la brecha entre el grupo más pobre y el más rico era similar, tres años. La unidad de fomento es una unidad de cuenta indexada a la inflación; a la fecha del trabajo, su valor aproximado era de USD 40.

36. Solo Uruguay y Chile tenían tasas (2,7 y 3,2, respectivamente) que se sitúan por debajo y ligeramente por arriba de la que registraba la OCDE (3,0) a inicios de la década de los 50.

Gráfico 1.17
Fecundidad total en América Latina y en países de la OCDE



Notas: Las líneas discontinuas corresponden a valores proyectados. Las líneas grises representan 17 países de América Latina. Los valores que se muestran son de 1953, 2018 y 2098.

Fuente: Cálculos propios con base en Naciones Unidas (2019b).

Estas tendencias en la fecundidad obedecen a múltiples razones. Los cambios en las normas sociales, la demanda de capital humano en un contexto en el que la familia decide entre calidad y cantidad de hijos, la reducción de la mortalidad infantil, los cambios tecnológicos y hasta la oferta de pensiones, son algunas de las razones presentadas en diferentes trabajos sobre el tema (Greenwood, Guner y Vandenbroucke, 2017).

Un mecanismo central en la teoría económica de la fecundidad se asocia al balance entre calidad y cantidad en la decisión de tener hijos, postulado originalmente por Becker (1960). En la teoría de Becker, la felicidad de los padres depende (positivamente) tanto del número de hijos (cantidad) como del gasto en ellos (calidad). Sin embargo, obtener más calidad (o aumentar el gasto por hijo) incrementa el costo de una mayor cantidad (número de hijos). Bajo este conflicto, y con una fuerte valoración por la calidad respecto a la cantidad, la teoría es capaz de producir una relación negativa entre ingreso y fecundidad.^{37, 38}

37. La relación negativa entre ingreso y fertilidad es un hecho robusto que se verifica tanto entre países (Manuelli y Seshadri, 2009) como dentro de cada país, incluso en los países desarrollados. Por ejemplo, Jones y Tertilt (2008) calculan, para Estados Unidos, la elasticidad ingreso de la fertilidad (o la variación de la fertilidad frente a los cambios en los niveles de ingreso de los consumidores) en $-0,38$ para un grupo de cohortes. Aunque esta elasticidad ha caído en el tiempo, sigue siendo significativa.

38. Al subir el ingreso y con ello la demanda por calidad, se encarece el costo por hijo, efecto que motiva la reducción en la cantidad de hijos.

La menor fecundidad puede conllevar a un mayor gasto en educación por estudiante e incrementar la productividad. También puede, en principio, facilitar la participación laboral de la mujer y así cerrar la brecha de género en participación respecto a los países más desarrollados (ver Capítulo 2). Sin embargo, las esperables crecientes demandas de cuidado de adultos mayores, juega, fuertemente, en sentido opuesto ya que, como se expone en el Capítulo 4, la mujer se involucra más activamente en estas actividades.

Migraciones

La migración puede afectar la distribución de las edades de la población por una razón: el migrante es relativamente joven.³⁹ Por ello, los países desarrollados pueden ver en la inmigración una oportunidad para hacer frente al envejecimiento de la población y favorecer la sostenibilidad de sus sistemas de protección social.⁴⁰ La situación para la región es diferente: en términos migratorios, somos un origen, no un destino.

El proceso de envejecimiento que enfrentará América Latina se debe muy poco a los flujos migratorios esperados.

En 2019, la cifra de migrantes a nivel global superaba los 271 millones de personas, equivalente al 3,5 % de la población mundial (OIM, 2019). De ese grupo, 30,3 millones tuvieron como punto de partida América Latina y 9,9 millones tuvieron como destino esa misma región (Naciones Unidas, 2019a). Este saldo negativo, sumado a la juventud del migrante, implica que los flujos migratorios esperados podrían, en teoría, ser responsables del deterioro en la tasa de dependencia para la mayoría de los países de la región. No obstante, como se verá, el proceso de envejecimiento que enfrentará América Latina se debe muy poco a los flujos migratorios esperados.

Obviamente, la migración es un fenómeno que muestra diferentes matices dentro de la región. México es, de lejos, el país con mayor emigración: casi 12 millones de mexicanos residían en el resto del mundo en 2019. A bastante distancia, le siguen Colombia y Venezuela, con 2,8 y 2,5 millones, respectivamente.⁴¹ Como porcentaje de la población, resaltan más bien países pequeños, como Nicaragua, Uruguay, Paraguay y, especialmente, El Salvador (Gráfico 1.18). Precisamente, es en estos países donde la migración es más relevante como porcentaje de la población y donde la distribución de edades tendría mayor posibilidad de cambiar.

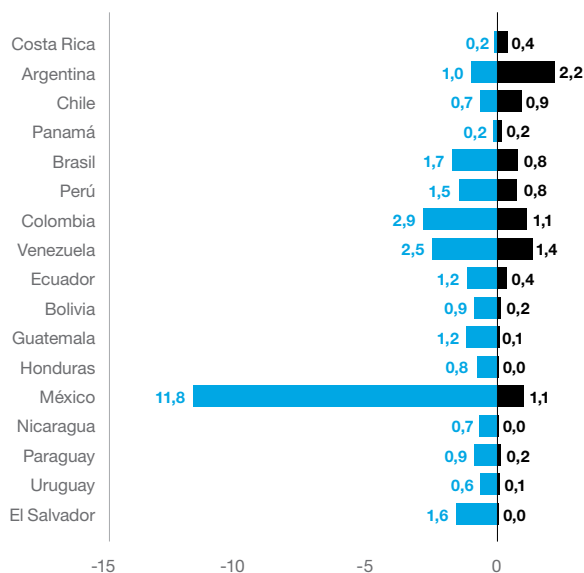
39. Para el año 2000, de los nuevos inmigrantes que entraron en Estados Unidos (definidos como aquellos con menos de 1,5 años en el país), solo el 2,3 % tenía al menos 65 años. Aunque la brecha entre la edad del nuevo migrante y el nativo se ha reducido entre 2000 y 2017 —de 9,7 años, a 6,8 años—, el migrante sigue siendo considerablemente más joven (Camarota y Zeigler, 2019).

40. Algunas estimaciones señalan que los niveles de inmigración necesarios para mantener constantes las tasas de reemplazo en estos países superan los niveles esperados (y los históricos) (Naciones Unidas, 2001). Aun así, la inmigración se perfila como un apoyo indispensable para los sistemas de protección social de los países desarrollados (Pritchett, 2020).

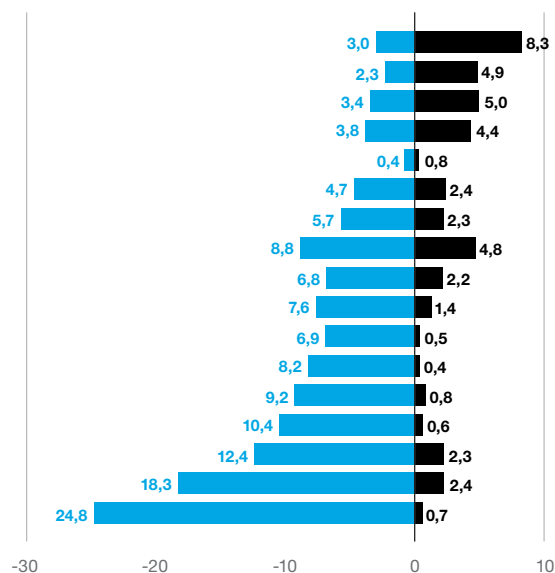
41. Estas cifras están basadas en estadísticas oficiales. En algunos casos pueden estar, por lo tanto, subestimadas. Por ejemplo, en marzo de 2020, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) estimaba en 4,7 millones el número de migrantes que habían salido de Venezuela (OIM, 2020).

Gráfico 1.18
Migraciones en América Latina, 2019

Panel A. Migración en términos absolutos



Panel B. Migración en términos relativos



● Emigrantes (millones de personas)
● Inmigrantes (millones de personas)

● Emigrantes (porcentaje de la población)
● Inmigrantes (porcentaje de la población)

Notas: Ordenado por migración neta como porcentaje de la población, de mayor (Costa Rica) a menor (El Salvador).

Fuente: Cálculos propios con base en Naciones Unidas (2019a).

El Gráfico 1.18 también muestra que la gran mayoría de los países tienen más emigrantes que inmigrantes. Solo Argentina, Costa Rica y Chile tienen un saldo neto favorable en su flujo migratorio. El caso de Costa Rica es el que presenta un saldo neto más favorable dado el tamaño de su población. En este país, el saldo neto de migrantes representa más del 5 % de su población total.

La pregunta relevante en el contexto de este reporte es en qué medida el flujo migratorio esperado contribuye a explicar el envejecimiento de la región en los próximos años. Una forma de abordar esta pregunta es proyectando la estructura de la población en un escenario contrafactual de migración neta igual a cero. Bajo este ejercicio, el panorama no cambia sustancialmente y el envejecimiento seguiría siendo un grave problema puesto que, en 2050, la proporción de adultos sería el 17,35 % (en vez del 17,5 %), mientras que, para el año 2100, llegaría al 29,49 % (y no al 31 %).

Como era de esperar, El Salvador es el país donde se aliviaría relativamente más el envejecimiento esperado si la migración neta fuera cero a partir del 2020. Sin embargo, incluso en este país, el panorama tampoco sería muy diferente: entre

2020 y 2050, la proporción de adultos mayores pasaría del 8,7 % al 15,2 % (en vez del 16,3 %) y para 2100 llegaría al 31,1 % (en vez del 36,4 %).

La emigración de países como El Salvador puede incrementar las tasas de dependencia y, con ello, hacer un poco más cuesta arriba el sostenimiento de los programas públicos de protección social. No obstante, suele tener como contrapartida un importante apoyo por transferencias intrafamiliares en forma de remesas. El Gráfico 1.1 (pág. 24) es elocuente: en El Salvador, las transferencias privadas son casi tan importantes como las públicas para el financiamiento del déficit de consumo de los adultos mayores.

Dinámica demográfica, situación fiscal y crecimiento

La transición demográfica puede tener importantes implicaciones para la economía. En este apartado se señalan dos de las más importantes: una vinculada al desafío fiscal y la otra, a las oportunidades de crecimiento.⁴²

El desafío más importante que impone el envejecimiento tiene que ver con la provisión de una protección social de calidad y con su incidencia fiscal.

Se podría argumentar que el desafío más importante que impone el envejecimiento tiene que ver con la provisión de una protección social de calidad y, en particular, con su incidencia fiscal. Este tema, que ya fue anticipado parcialmente, suscita especial interés para este reporte. En efecto, el Capítulo 3 presenta proyecciones para el ingreso y el gasto del sistema de pensiones, y el Capítulo 4 hace lo mismo para el sistema de salud. En uno de los escenarios se explora el efecto vinculado al envejecimiento si la cobertura y las transferencias por beneficiario se mantuvieran según las condiciones actuales de los sistemas.⁴³ El Gráfico 1.19 presenta esa proyección y, en particular, muestra el incremento de la variable del gasto público en pensiones y salud como proporción del PIB entre 2015 y 2065 que resultaría de los cambios demográficos esperados.

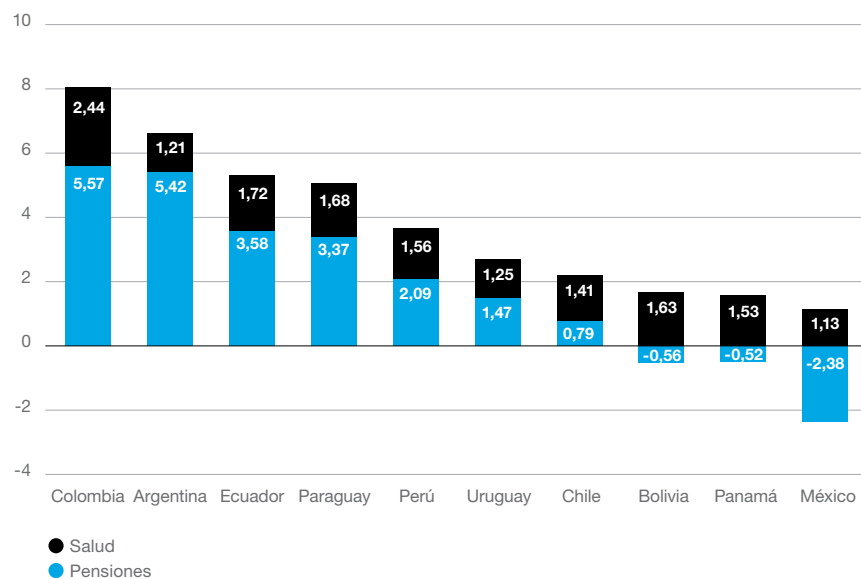
Los impactos varían notablemente entre países debido, fundamentalmente, al componente de pensiones. Para Colombia y Argentina el crecimiento del gasto en pensiones y salud supera los 6 puntos porcentuales. En la mayoría de los países, el componente de pensiones es el que más crece, con la excepción de aquellos que, como Chile, tienen regímenes de capitalización o aquellos que están en transición a esquemas de capitalización o mixtos. La situación fiscal es incluso más desafiante considerando que algunos países muestran, además, retos en materia de cobertura y suficiencia de las pensiones, así como de baja calidad en materia de salud (ver los Capítulos 3, 4 y 5 para más detalle sobre este y otros escenarios).

42. También se han mencionado implicaciones para la tasa de interés real, la composición de la demanda y, por ende, el comportamiento cíclico de la economía y el rol de los mecanismos de transición de la política monetaria, en particular, un fortalecimiento del canal vinculado al efecto riqueza (Mester, 2017).

43. En algunos países como México, estas condiciones actuales implican una transición a sistemas de capitalización o mixtos. Para más detalle, ver Capítulo 3.

Gráfico 1.19

Variación del gasto en pensiones y salud como proporción del PIB, 2015-2065



Fuente: Elaboración propia con base en IERAL (2020) para el gasto en pensiones y OMS (2019b), Crosta, Porto, Carella y Cerimelo (2019), de la Mata y Valdés (2020), Buitrago y Torres (2020) y Naciones Unidas (2019b) para el gasto en salud.

Las dinámicas demográficas no solo traen retos; también ofrecen oportunidades. En particular, pueden favorecer el crecimiento del producto por habitante, en lo que se conoce como los bonos o dividendos demográficos.

Las dinámicas demográficas pueden favorecer el crecimiento del producto por habitante.

El origen de este potencial crecimiento es diverso. Algunos mecanismos son un resultado mecánico de los diferentes patrones de comportamiento que tienen las personas según su edad. Por ejemplo, los individuos trabajan más en unas etapas de sus vidas que en otras.⁴⁴ Otros mecanismos se asocian con cambios en estos patrones; por ejemplo, el cambio demográfico puede hacer que las mujeres trabajen más (o menos) independientemente de su edad.

Respecto a los canales que intervienen, suelen mencionarse tres. El primero de ellos está vinculado con la oferta de trabajo. La participación laboral varía a lo largo del ciclo de vida; por ello, a medida que aumenta la importancia del grupo con mayor participación, crece la oferta de trabajo. Esta también puede cambiar como resultado de alteraciones en los patrones de participación. Otros ejemplos

44. Nótese que existen diferencias relevantes incluso entre los grupos de edad que se suelen considerar para medir las tasas de dependencia. Por ejemplo, no es lo mismo el ingreso (y por ende la contribución a la seguridad social) de un trabajador de 25 años que el de uno de 40 años. Tampoco es igual el gasto médico de un adulto de 66 años y el de uno de 80. De allí la importancia de tener esta información más detallada para estudiar las implicaciones de los cambios de edad.

comunes son una mayor participación laboral de la mujer estimulada por el descenso de la fecundidad y un comportamiento en sentido opuesto influido por la demanda de cuidados de adultos mayores. Cambios en la longevidad y en el estado de salud de los adultos mayores también pueden inducir variaciones en la oferta de trabajo para la población de mayor edad.

El segundo canal se asocia con el ahorro. La propensión a ahorrar varía con la edad. En particular, la etapa del retiro se caracteriza por ser un periodo donde el consumo supera los ingresos. Igualmente, el ahorro de un joven que comienza su etapa laboral es muy diferente al de una persona con una experiencia laboral importante. Por ello, nuevamente una variación en la distribución de edades cambia el ahorro agregado. Pero las tendencias demográficas también modifican el comportamiento respecto al ahorro. La longevidad incrementa las demandas de acumulación de activos para financiar un retiro más largo. Cambios en el tamaño de las familias pueden influir en la importancia de las transferencias intrafamiliares (por ejemplo, reducirlas) para financiar los gastos de vejez y, con ello, afectar los patrones de ahorro (aumentándolo). El crecimiento del ahorro, en la medida que se traduce en incremento de capital, genera un aumento de la productividad del trabajo y del producto interno bruto.⁴⁵

El último canal se asocia con el capital humano. La reducción en la fertilidad puede favorecer una mayor inversión de los padres en los hijos (en línea con el balance calidad-cantidad mencionado anteriormente). Por su parte, el incremento en la esperanza de vida favorece la acumulación de capital humano. Por ejemplo, Jayachandran y Lleras-Muney (2009) encuentran que la reducción en la mortalidad materna y su consecuente incremento en la esperanza de vida de la mujer aumentó la tasa de alfabetización y los años de educación en las mujeres.

Un estudio reciente cuantifica la importancia de algunos de estos canales para un conjunto amplio de países de diferentes regiones, América Latina incluida (Mason, Lee, Abrigo y Lee, 2017).

El estudio distingue entre el primer bono demográfico, vinculado al crecimiento económico inducido por el efecto en la oferta de trabajo (dada la productividad del trabajo y los patrones de participación, consumo e ingreso a lo largo del ciclo de vida) y el segundo bono demográfico, vinculado al potencial crecimiento de la productividad del trabajo originado por un mayor ahorro para financiar los gastos de vejez. El Cuadro 1.7 muestra las magnitudes de ambos bonos para diferentes ventanas de tiempo y para un conjunto de países de la región. El Apéndice presenta algunos aspectos metodológicos detrás de las mediciones.

45. En una economía abierta, parte del ahorro puede tener la forma de activos foráneos, lo que reduciría el impacto sobre el crecimiento del PIB, aunque igualmente incrementaría el ingreso nacional por los retornos de los activos externos.

Cuadro 1.7

Bonos demográficos en diferentes periodos

País	Bono 1					Bono 2		
	1950-2020	2021-2060	2061-2100	Inicio	Final	1950-2020	2021-2060	2061-2100
Argentina	0,01	-0,05	-0,16	1992	2037	0,60	0,66	0,36
Bolivia	0,19	0,30	-0,05	1977	2063	0,72	0,77	0,49
Brasil	0,34	-0,34	-0,16	1967	2024	0,68	0,84	0,19
Chile	0,30	-0,39	-0,13	1969	2020	0,81	0,78	0,20
Colombia	0,32	-0,24	-0,18	1968	2024	0,95	1,05	0,30
Costa Rica	0,33	-0,35	-0,15	1966	2023	0,73	0,83	0,19
Ecuador	0,25	0,09	-0,14	1972	2048	0,61	0,84	0,42
Guatemala	0,14	-0,09	-0,34	1990	2033	0,36	0,90	0,49
Honduras	0,28	-0,15	-0,32	1978	2033	0,32	1,13	0,37
México	0,38	0,01	-0,22	1976	2041	0,48	0,87	0,34
Nicaragua	0,38	0,18	-0,21	1979	2046	0,96	1,16	0,40
Panamá	0,33	-0,03	-0,13	1970	2032	0,55	0,56	0,29
Perú	0,27	-0,14	-0,25	1971	2028	0,65	0,89	0,39
Paraguay	0,39	0,26	-0,10	1950	2051			
El Salvador	0,24	-0,15	-0,31	1970	2033	0,52	0,85	0,31
Uruguay	0,02	-0,16	-0,18	1993	2027	0,49	0,55	0,27
Venezuela	0,44	-0,01	-0,24	1970	2042	0,63	0,76	0,38
América Latina	0,27	-0,07	-0,19			0,63	0,84	0,34

Notas: Para cada país se calcula el promedio del dividendo para el rango de años indicado. El dato de América Latina es un promedio simple de los promedios por rangos ya calculados. Paraguay no tiene dato para el segundo bono. Los números representan el crecimiento del producto por consumidor efectivo (ver Apéndice).

Fuente: Cálculos propios con base en datos de Mason *et al.* (2017).

Según esos cálculos, en los próximos 40 años, el primer bono podría conllevar, en promedio, un retroceso del producto del 0,07 % por año. Dicho retroceso es resultado de la caída esperada en la oferta de trabajo respecto a la población debido al envejecimiento. El decrecimiento vinculado a esta caída relativa de la oferta de trabajo es aún mayor en la segunda mitad del siglo. Para algunos países, como Bolivia y Paraguay, los próximos 30 años ofrecen un primer bono demográfico nada despreciable.

Por su parte, el segundo bono tiene el potencial de aportar un crecimiento de hasta 0,84 % anual en los próximos 30 años y alrededor del 0,34 % anual en los últimos 40 años del siglo.⁴⁶

Cabe destacar que estos números deben ser interpretados con mucha cautela pues son el resultado de algunos supuestos importantes. Además, representan un potencial de crecimiento cuyo aprovechamiento depende de que existan unas condiciones que pueden no cumplirse plenamente en la región (Recuadro 1.3). Aun así, el ejercicio ofrece algunas lecciones generales a destacar.

Es poco el provecho que se puede sacar a la dinámica demográfica si se mantiene constante la productividad del trabajo.

En primer lugar, la ventana de oportunidades se cierra puesto que ambos bonos se reducen notablemente en la segunda mitad del siglo. En segundo lugar, es poco el provecho que se puede sacar a la dinámica demográfica si se mantiene constante la productividad del trabajo. Esto, en esencia, es recogido por el primer bono demográfico, cuya magnitud es modesta. Más aún, el crecimiento vinculado al cambio mecánico en la oferta de trabajo (primer bono) de aquellos países en los que todavía exista, se revierte posteriormente y se transforma en un retroceso, en línea con la forma de U de la tasa de dependencia. En contraste, las ganancias de productividad originadas en la demografía (segundo bono) tienen mayor permanencia.

En resumen, en los próximos años, la población de los países de América Latina envejecerá fuertemente y ello ejercerá una importante presión fiscal. El crecimiento mecánico vinculado al canal de la oferta de trabajo —dada la productividad— es modesto y reversible y, aunque la demografía ofrece espacios para ganancias de productividad vía un mayor ahorro e inversión, no parece que las economías de la región cumplan las condiciones para aprovechar al máximo estas ganancias. Una agenda que promueva el crecimiento y las ganancias de productividad, originadas o no en la dinámica demográfica, serán sin duda un aliado indispensable para hacer sostenible una protección social de calidad para todos.

46. Estas cifras representan una situación optimista. Por un lado, asumen que todo el incremento en las necesidades de consumo para la vejez es financiado con acumulación de capital y que este se usa eficientemente. No solo existe ineficiencia en la asignación de capital en los países en desarrollo (ver Hsieh y Klenow, 2009), sino que, además, los déficits pueden financiarse mediante transferencias intergeneracionales. Más aún, otra variable del ajuste puede ser una reducción en los niveles de consumo en la etapa adulta.

Recuadro 1.3

Desafíos para aprovechar los bonos demográficos

Para aprovechar al máximo las oportunidades de crecimiento que ofrece la dinámica demográfica, algunos ámbitos de la economía deben funcionar apropiadamente. Lamentablemente, algunos países de la región aún muestran desafíos en la mayoría de esos ámbitos.

La estructura demográfica puede impulsar el crecimiento, no solo por el tamaño de la fuerza de trabajo, sino también por su calidad. Los dos primeros ámbitos tienen que ver con los espacios tradicionales de acumulación de capital humano: la salud y la educación. Es bien conocida la importancia de la inversión en salud en la etapa temprana del individuo, incluida la fase de gestación, para la acumulación de habilidades para el trabajo (CAF, 2016). Así pues, las mujeres y la población infantil constituyen un foco muy importante de la política de salud. Indicadores presentados en este reporte señalan un rezago en esta materia para algunos países de la región (ver Cuadro A 1.2 del Apéndice). En temas de educación, aunque la región ha tenido notables mejoras en materia de acceso, quedan deudas importantes en lo que respecta al acceso a la educación terciaria, así como a la calidad y la pertinencia (CAF, 2016).

El tercer ámbito corresponde al mercado de trabajo. De nada sirve tener una fuerza de trabajo en cantidad y calidad si no existen empleos de calidad y si el mercado no asigna apropiadamente esta fuerza de trabajo. Lamentablemente, aquí también hay fallas. La región se caracteriza por la presencia de un importante número de empresas de baja calidad, que ofrecen empleos precarios, y por una ineficiente asignación del factor trabajo, que incluye, entre otras manifestaciones, la informalidad, una brecha de participación de género y el problema de emparejamiento entre las habilidades de los trabajadores y las tareas que deben cumplir (CAF, 2018).

Parte de las oportunidades de crecimiento vinculadas al envejecimiento se asocian con la generación del ahorro y su canalización hacia los mejores usos productivos. Explotar este canal precisa un buen sistema financiero. Indicadores como el bajo crédito como proporción del PIB, los altos diferenciales entre las tasas de interés activas y pasivas, el relativamente bajo número de adultos con cuentas de ahorro y la alta proporción de empresas con limitaciones de acceso al crédito, señalan problemas en este ámbito (CAF, 2018). De particular interés son el acceso a formas de financiamiento para empresas jóvenes y el desarrollo de los mercados de bonos y bursátiles.

Finalmente, un ámbito transversal tiene que ver con el de las capacidades del Estado para mejorar la eficiencia del gasto en educación y salud, y el diseño e implementación de las políticas públicas en los ámbitos previos. La evidencia muestra que aún existen retos en materia de transparencia en la gestión pública (CAF, 2019).

Listar las políticas para mejorar en estos ámbitos escapa del alcance de este reporte. Esa lista es extensa y forma parte de la agenda de desarrollo y aumento de la productividad que deben adoptar los países de América Latina. Sin embargo, los puntos que se mencionan señalan claros desafíos para poder capitalizar las oportunidades de crecimiento que ofrece la dinámica demográfica.

Claves para entender los desafíos de la protección social para el adulto mayor en América Latina

- 1** La protección social es un importante instrumento para el desarrollo que permite proteger a las personas frente a determinados riesgos y promover la inclusión y la igualdad. Su implementación reviste desafíos: tanto el financiamiento como la presencia de aseguramiento afectan la conducta de las personas y pueden llevar a comportamientos y resultados no deseados. Por tanto, un buen diseño del sistema es clave.
- 2** Un desafío adicional para la protección social, y en particular para los sistemas de pensiones y salud, tiene que ver con el envejecimiento poblacional. En los próximos 30 años, la proporción de adultos de al menos 65 años se duplicará, para alcanzar casi un 18 %, mientras que la población de 80 años y más pasará de representar menos del 2 % al 5 % de la población. Este envejecimiento ocurre con mucha más rapidez en la región que en economías desarrolladas que experimentaron un proceso similar en el pasado.
- 3** El gasto en pensiones y salud es muy diferente entre países. En la mayoría de los países de la región, estos gastos como proporción del PIB son menores que en los países más desarrollados. El hecho de que actualmente la población sea relativamente joven en la región explica solo parcialmente el bajo nivel de estos gastos. En general, también son importantes elementos relativos a la arquitectura de los sistemas. En consecuencia, muchos enfrentan retos de cobertura y calidad (lo que incluye suficiencia de las pensiones), además del desafío del envejecimiento.
- 4** El envejecimiento tendrá una importante incidencia fiscal aun manteniendo las condiciones actuales. El gasto como proporción del PIB entre 2015 y 2065 podría superar los 6 puntos porcentuales en casos como Colombia y Argentina. El componente de pensiones es el que más crece, con la excepción de aquellos que tienen, o transitan hacia, regímenes de capitalización.
- 5** En general, el gasto en pensiones no contributivas y en salud universal tienen un rol igualador. Brechas de calidad entre sistemas contributivos y no contributivos, junto con la baja participación de las familias pobres en los esquemas contributivos, merman la capacidad del sistema de protección social de promover la igualdad y reducir la pobreza. En efecto, en algunos países, como Colombia y Perú, el monto de las pensiones no contributivas es inferior a la línea de pobreza.
- 6** La dinámica demográfica también ofrece potenciales oportunidades. Explotar los bonos demográficos al máximo depende de condiciones que no se cumplen plenamente en la región y que incluyen un mejor funcionamiento de los sistemas educativos, del mercado de trabajo y de los sistemas financieros.

Apéndice

Nota metodológica sobre los bonos demográficos

El primer bono demográfico, se asocia con el crecimiento de la tasa de apoyo; y el segundo, con los cambios en la productividad del trabajo vinculados a factores demográficos.

Más allá de su interpretación estrictamente demográfica, la tasa de apoyo, según la concepción de Mason *et al.* (2017), se puede definir como la razón entre el número efectivo de trabajadores L_t y el número efectivo de consumidores, N_t . Para obtener el número efectivo de trabajadores, básicamente se pondera la población de edad x , por el ingreso de este grupo edad, normalizado por el ingreso de personas representativas en el grupo de edad 30-49. De manera similar se procede para obtener el número efectivo de consumidores. Así pues, la tasa de apoyo es:

$$TA_t = \frac{L_t}{N_t} = \frac{\sum_{x=0}^{\infty} (y(x)/y_{30-49}) \times P(x,t)}{\sum_{x=0}^{\infty} (c(x)/c_{30-49}) \times P(x,t)}$$

Obsérvese que el producto por consumidor $\frac{Y_t}{N_t}$ se puede escribir como la multiplicación de la tasa de apoyo (TA) y el producto por trabajador $\frac{Y_t}{L_t}$ (productividad del trabajo). Así pues, la tasa de crecimiento del producto por consumidor será la suma del crecimiento de la tasa de apoyo más la tasa de crecimiento de la productividad del trabajo.

Existen diversos canales que asocian los cambios demográficos con un incremento en el producto por trabajador. Mason *et al.* (2017) exploran uno de ellos: la acumulación de capital. Conforme las sociedades envejecen, crece la necesidad de transferencias y acumulación de activos para financiar las necesidades durante la vejez. Es este incremento de activos lo que favorece la acumulación de capital y, con ello, el producto por trabajador.

Para avanzar en la cuantificación de los bonos, el autor asume una función de producción tipo *Cobb-Douglas* con una fracción de capital de 1/3. En ese caso, el crecimiento de la productividad del trabajo será equivalente a 0,5 de la tasa de crecimiento de la razón capital-producto. Los autores, bajo ciertos supuestos, aproximan el crecimiento del acervo de capital al crecimiento de la “riqueza para el retiro”, que es la demanda de riqueza para financiar las necesidades materiales durante la etapa de adulto mayor W_R . Esta la estiman a partir de la brecha entre el valor presente del consumo y el valor presente del ingreso para todos los adultos mayores a una edad crítica (para detalles, ver Mason *et al.*, 2017). Así pues, se tiene que:

$$\left(\frac{\hat{Y}}{\hat{N}} \right) = \hat{TA} + 0,5 \left(\frac{\hat{W}_R}{\hat{Y}} \right)$$

Gráficos y cuadros adicionales

Cuadro A 1.1

Análisis estadístico del Recuadro 1.1, “descontando” el factor demográfico en el gasto de salud

	Gasto GG (% PIB)		Gasto GG per cápita	
	(1)	(2)	(3)	(4)
Argentina	-0,862*	0,106	-1316,8*	-1048,1*
	(0,007)	(0,735)	(0,000)	(0,000)
Bolivia	-2,825*	-1,121*	-2033,3*	-1560,1*
	(0,000)	(0,001)	(0,000)	(0,000)
Brasil	-2,410*	-0,825*	-1737,1*	-1296,9*
	(0,000)	(0,013)	(0,000)	(0,000)
Chile	-2,827*	-1,681*	-1633,6*	-1315,4*
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Colombia	-1,262*	0,362	-1715,2*	-1264,2*
	(0,000)	(0,279)	(0,000)	(0,000)
Costa Rica	-0,919*	0,585	-1571,9*	-1154,3*
	(0,004)	(0,076)	(0,000)	(0,000)
Ecuador	-3,196*	-1,457*	-1929,0*	-1446,2*
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
El Salvador	-1,618*	-0,0540	-1931,8*	-1497,5*
	(0,000)	(0,871)	(0,000)	(0,000)
Guatemala	-3,897*	-1,885*	-2068,4*	-1509,6*
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Honduras	-2,845*	-0,782*	-2082,5*	-1509,7*
	(0,000)	(0,027)	(0,000)	(0,000)
México	-3,333*	-1,626*	-1808,7*	-1334,7*
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Nicaragua	-2,635*	-0,641	-2059,5*	-1506,0*
	(0,000)	(0,068)	(0,000)	(0,000)
Panamá	-1,539*	0,0631	-1534,4*	-1089,5*
	(0,000)	(0,850)	(0,000)	(0,000)
Paraguay	-3,746*	-1,887*	-1987,8*	-1471,5*
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Perú	-3,383*	-1,697*	-1960,5*	-1492,2*
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Uruguay	-0,829*	-0,513	-1377,4*	-1289,6*
	(0,009)	(0,088)	(0,000)	(0,000)
Venezuela	-3,219*	-1,418*	-1801,2*	-1301,2*
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Pob. > 65 años (%)		0,176*		48,97*
		(0,000)		(0,000)
Constante	5,298*	2,786*	1573,2*	875,6*
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Observaciones	896	896	896	896

Notas: El periodo de la muestra es 2000-2017. Los números que se muestran son los coeficientes calculados a partir de regresiones de mínimos cuadrados ordinarios y se interpretan como la diferencia entre el gasto del país en cuestión y el gasto del país promedio OCDE, descontando el efecto de la estructura de edades en la población (representada por una variable para personas con 65 y más años). Para las columnas (1) y (2) la diferencia está medida en puntos porcentuales y para las columnas (3) y (4) en USD corrientes. Por ejemplo, con respecto a la OCDE, el gasto de Bolivia es 2,8 puntos porcentuales menor. El gasto del gobierno general en salud se refiere específicamente al gasto doméstico. El gasto per cápita está valorado en USD corrientes, a PPA. Las regresiones incluyen efectos fijos de años. Entre paréntesis se muestran los p-valores. El * denota significancia estadística al 5 %.

Fuente: Cálculos propios con base en datos del Banco Mundial (2020), para el gasto en salud, y de Naciones Unidas (2019b), para la población.

Cuadro A 1.2

Indicadores de cobertura de la Organización Mundial de la Salud

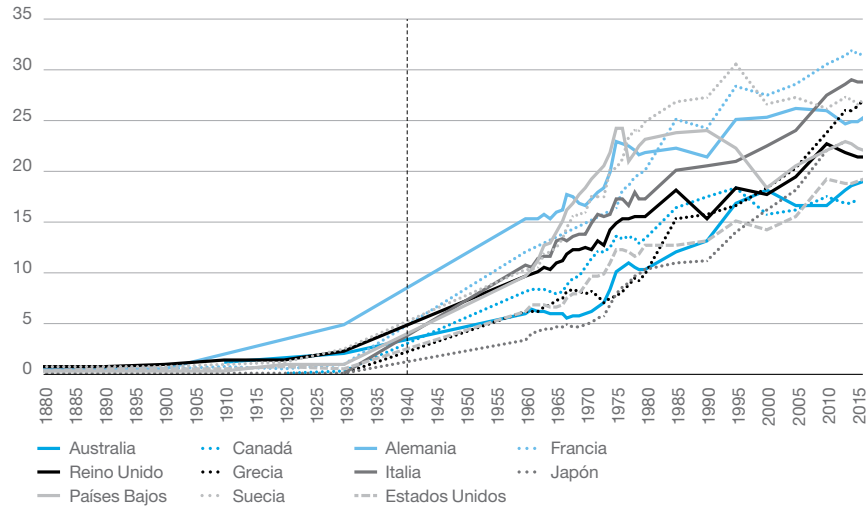
País	Índice de cobertura de servicios de salud				(Ausencia de protección financiera)
	Materno infantil	Enfermedades infecciosas	Capacidades	Promedio	
Argentina	88	64	89	79,4	16,9
Bolivia	70	49	82	65,5	6,0
Brasil	77	70	99	81,1	25,6
Chile	92	74	94	86,2	14,6
Colombia	82	61	85	75,2	8,2
Costa Rica	87	68	77	76,9	9,8
Cuba	95	77	100	90,1	n.d.
Ecuador	81	64	86	76,4	10,3
El Salvador	82	66	79	75,3	1,7
Guatemala	71	56	32	50,3	1,4
Honduras	79	66	45	61,7	1,1
México	83	71	80	77,8	1,6
Panamá	83	65	89	78,3	3,3
Paraguay	85	58	63	67,7	7,1
Perú	75	69	81	74,8	9,2
República Dominicana	83	63	75	73,2	17,7
Trinidad y Tobago	80	67	78	74,8	3,9
Uruguay	93	68	94	84,1	4,5
Venezuela	76	67	75	72,6	n.d.
Promedio ALAT	82,2	65,4	79,1	74,8	8,4
Promedio OCDE	91,5	77,3	96,0	87,8	6,9

Notas: El componente de atención reproductiva, maternal e infantil mide, entre otros aspectos, el porcentaje de niños que recibieron tres dosis de la vacuna DTP y el porcentaje de niños que, bajo sospecha de neumonía, son atendidos en un centro médico. El componente de tratamiento de enfermedades infecciosas incluye, por ejemplo, la fracción de casos de tuberculosis que son detectados y tratados satisfactoriamente, así como el porcentaje de personas con VIH que reciben terapia antirretroviral. El componente de capacidades del sistema recoge, entre otros aspectos, el número de camas y de trabajadores de la salud (para más detalles, ver OMS, 2019d). n.d. indica que el dato no está disponible.

Fuente: Cálculos propios con base en OMS (2019d).

Gráfico A 1.1

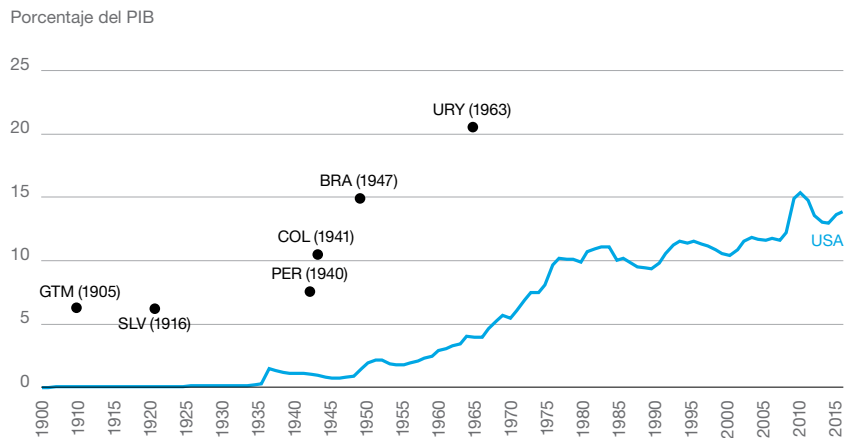
Perspectiva histórica del gasto público social como porcentaje del PIB en los países desarrollados, 1880-2016



Fuente: Ortiz-Ospina (2016) con base en OCDE (1985) y Lindert (2004).

Gráfico A 1.2

Perspectiva histórica del gasto público social como porcentaje del PIB en América Latina y Estados Unidos

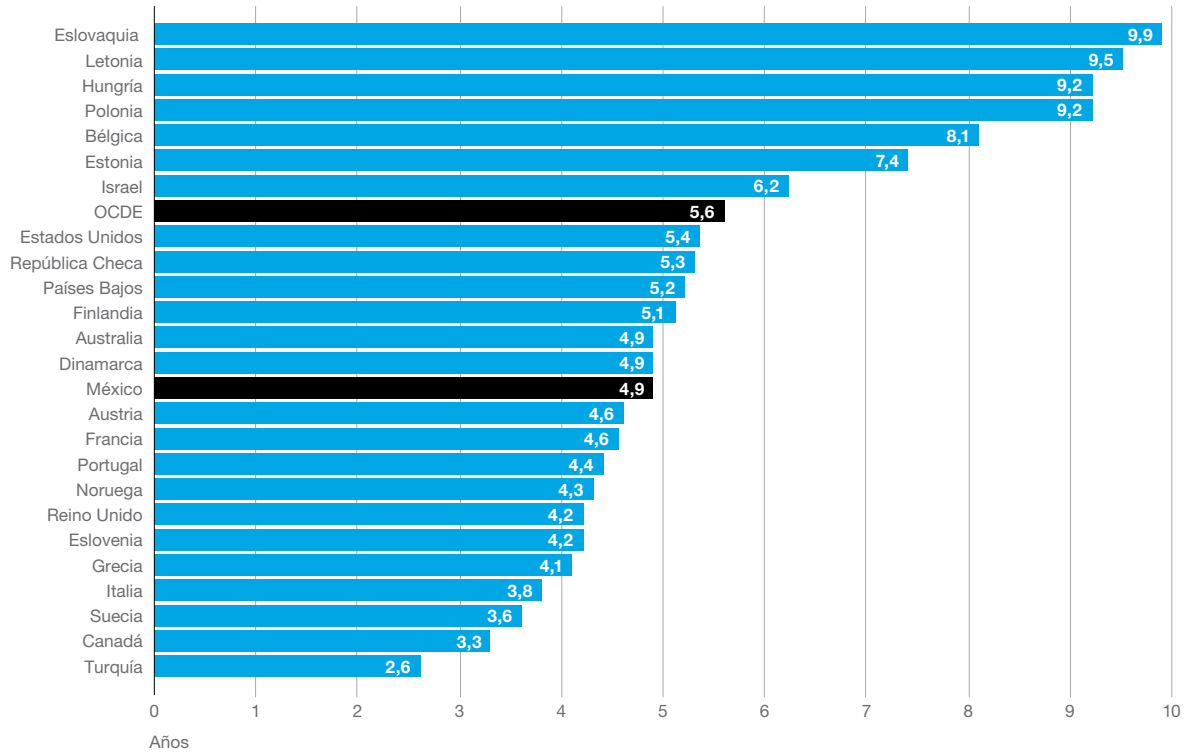


Notas: Para los países de América Latina se muestra el valor del gasto público en el año 2016 y entre paréntesis, el año en que su PIB per cápita constante es similar al de Estados Unidos. La línea azul refleja el gasto público de Estados Unidos. El gasto es central (i.e. federal) para Estados Unidos y central + fondos de seguridad social para América Latina. Por ejemplo, Brasil tiene un gasto del 14,9 % del PIB en 2016. Cuando Estados Unidos tenía un PIB per cápita similar al de Brasil en 2016 (eso ocurrió en 1947), Estados Unidos tenía un gasto de 1,5 % de su PIB.

Fuente: Cálculos propios con base en datos de gastos provenientes de OCDE y CGLU (2020), para América Latina, y USGS (2020), para Estados Unidos. Los datos históricos del PIB per cápita valorados en USD PPA son de Inklaar et al. (2018).

Gráfico A 1.3

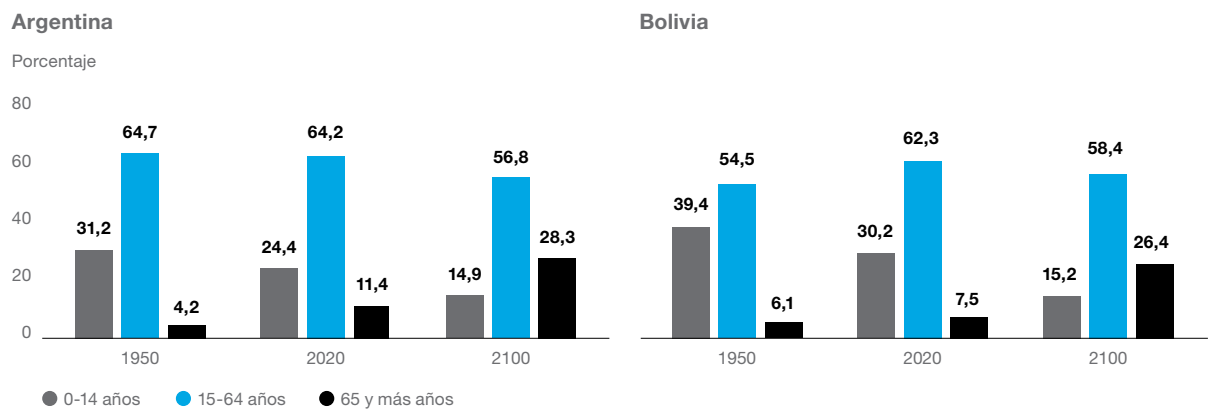
Brecha en la esperanza de vida a los 30 años entre la población con educación terciaria y secundaria completa, circa 2016



Fuente: Cálculos propios con base en OCDE (2019b).

Gráfico A 1.4

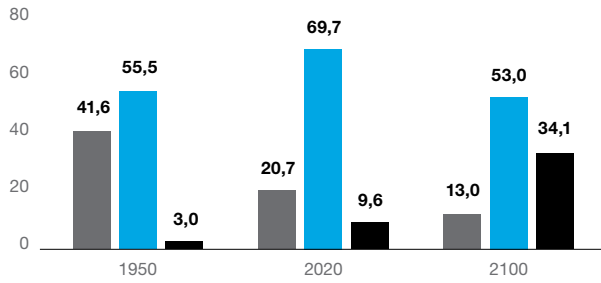
Estructura poblacional por grupos de edad en países de América Latina, 1950, 2020 y 2100



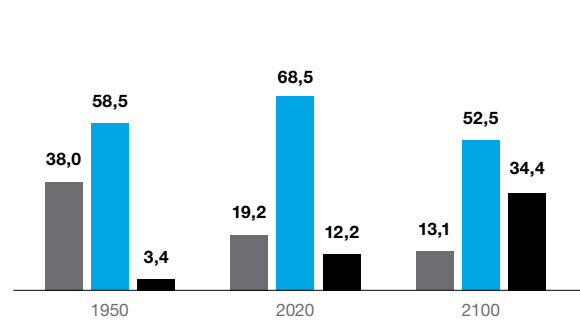
Continúa en la página siguiente →

Brasil

Porcentaje

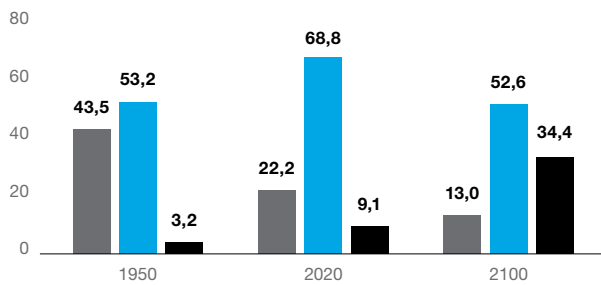


Chile

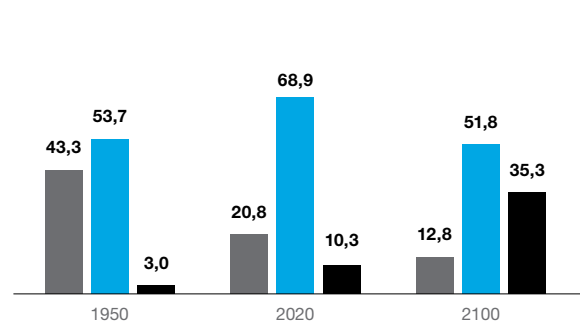


Colombia

Porcentaje

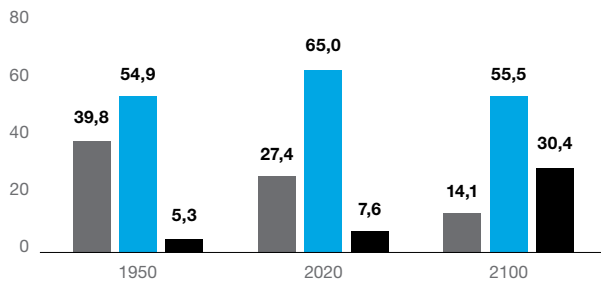


Costa Rica

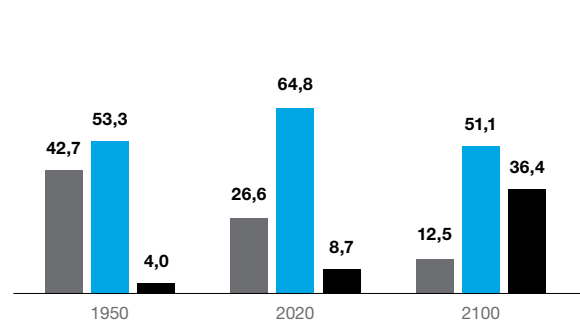


Ecuador

Porcentaje

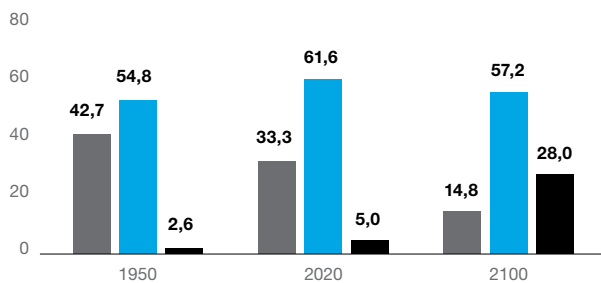


El Salvador

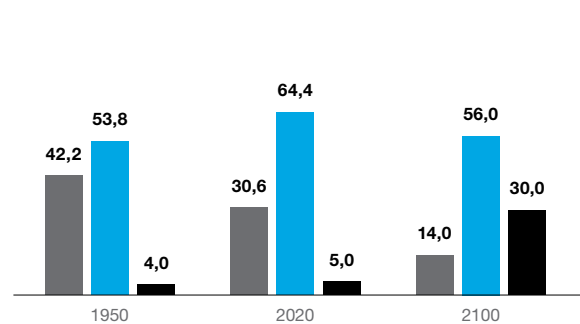


Guatemala

Porcentaje



Honduras

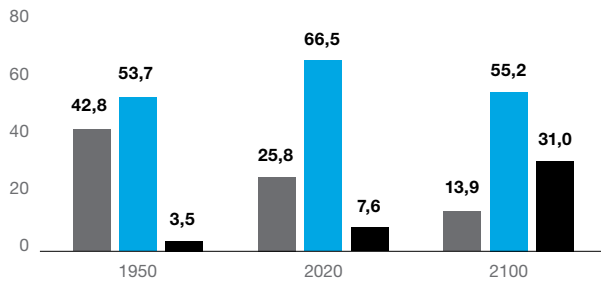


● 0-14 años ● 15-64 años ● 65 y más años

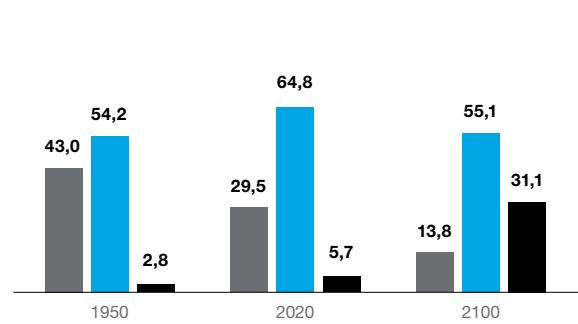
Continúa en la página siguiente →

México

Porcentaje

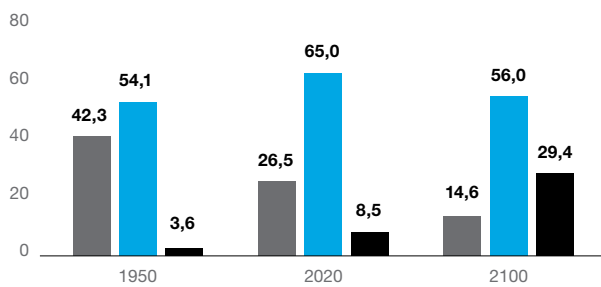


Nicaragua

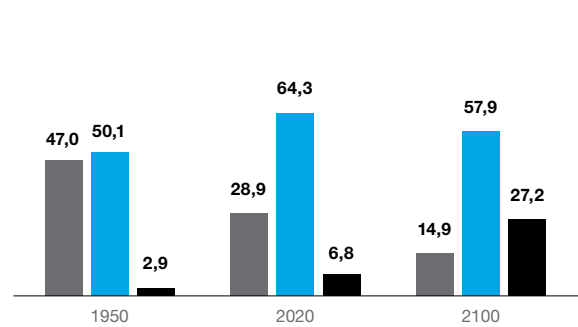


Panamá

Porcentaje

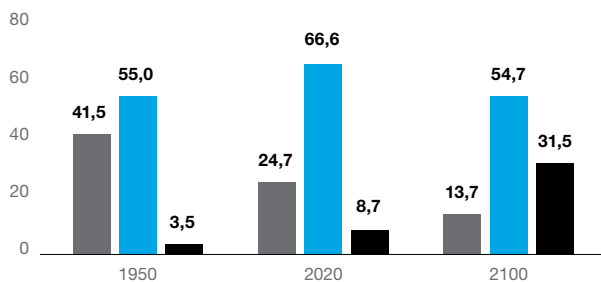


Paraguay

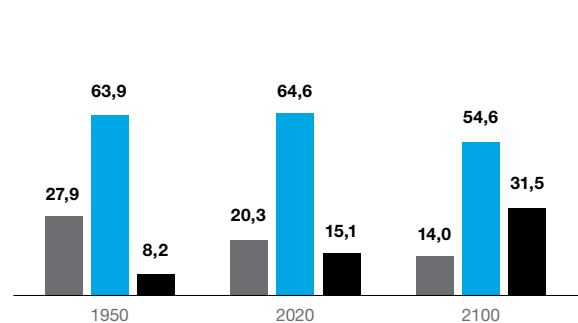


Perú

Porcentaje

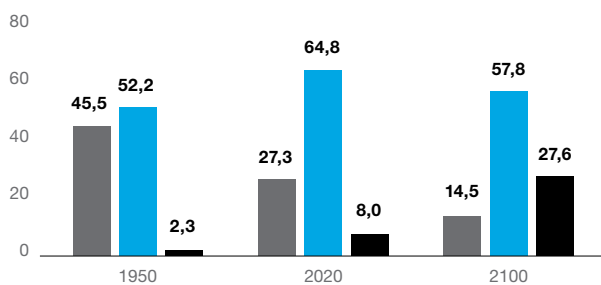


Uruguay

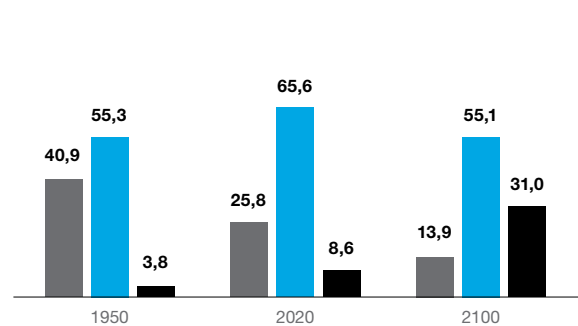


Venezuela

Porcentaje



América Latina

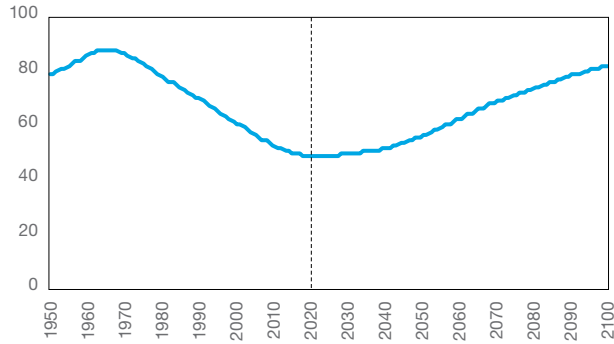
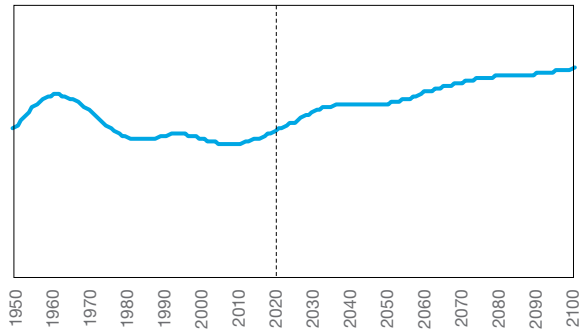
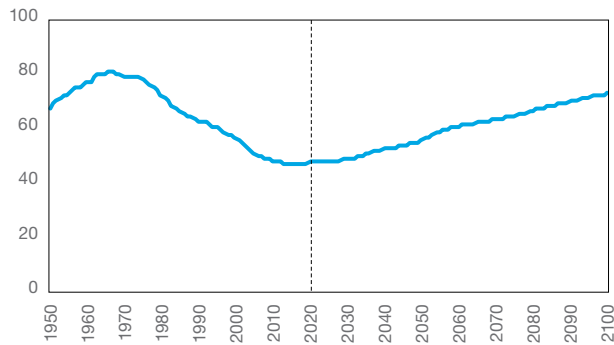
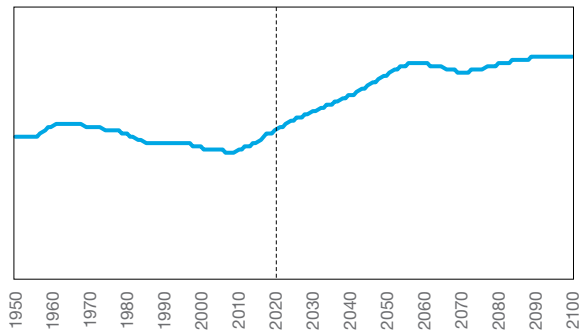
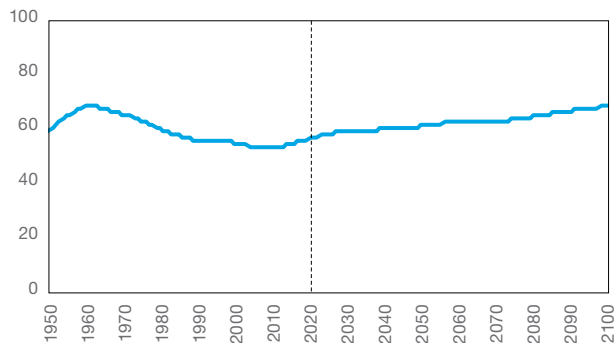
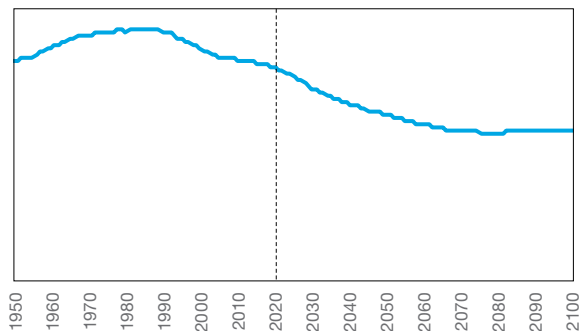


● 0-14 años ● 15-64 años ● 65 y más años

Fuente: Cálculos propios con base en Naciones Unidas (2019b).

Gráfico A 1.5

Tasa de dependencia en regiones del mundo, 1950-2100

América Latina y el Caribe**América del Norte****Asia****Europa****Oceania****África**

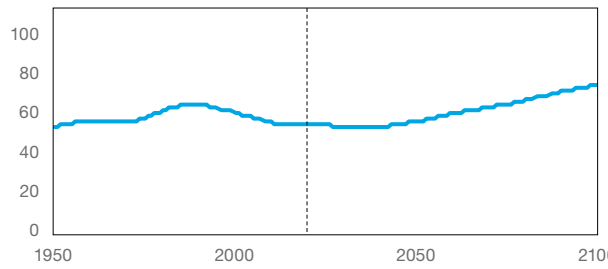
Notas: La tasa de dependencia tiene como base la población en los siguientes rangos de edad: (0-14 y 65+)/ 15-64 años. La línea vertical señala el año 2020.

Fuente: Cálculos propios con base en Naciones Unidas (2019b).

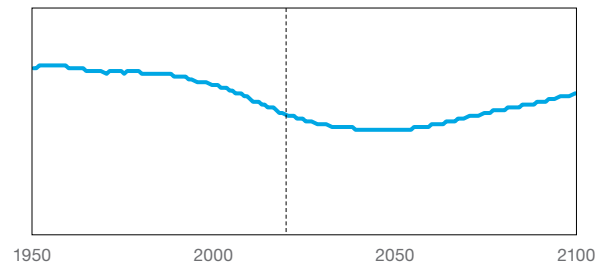
Gráfico A 1.6

Tasa de dependencia en países de América Latina, 1950-2100

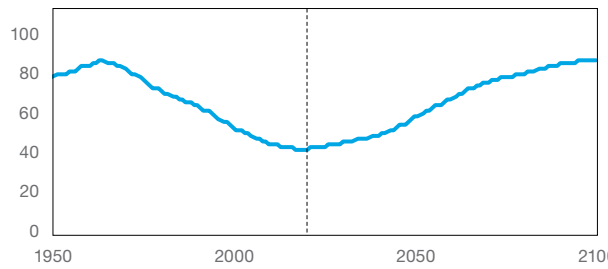
Argentina



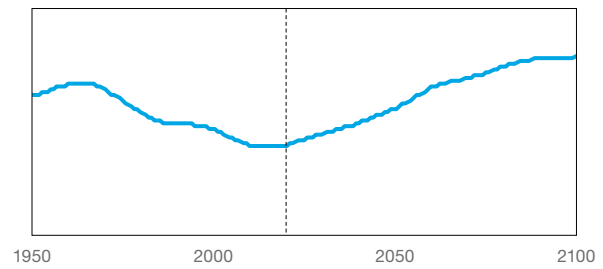
Bolivia



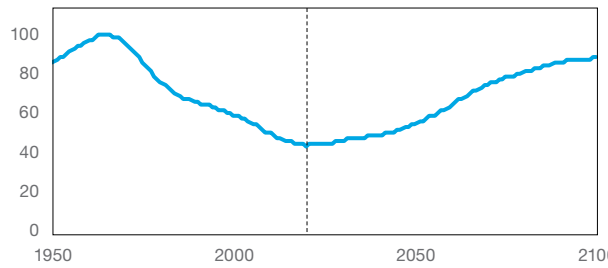
Brasil



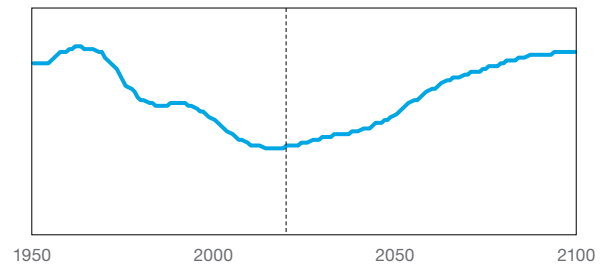
Chile



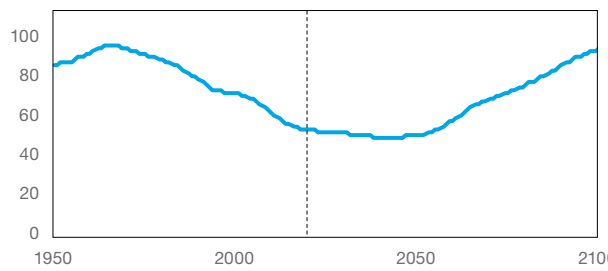
Colombia



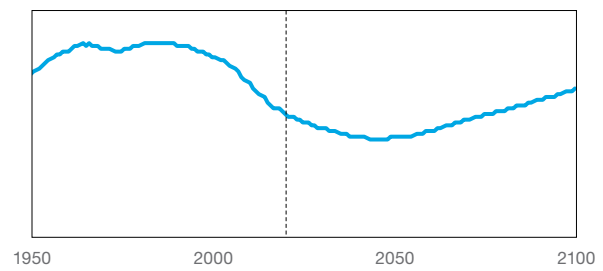
Costa Rica



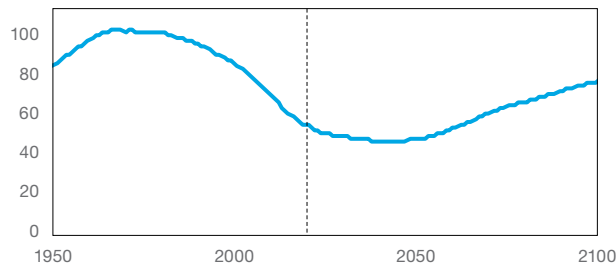
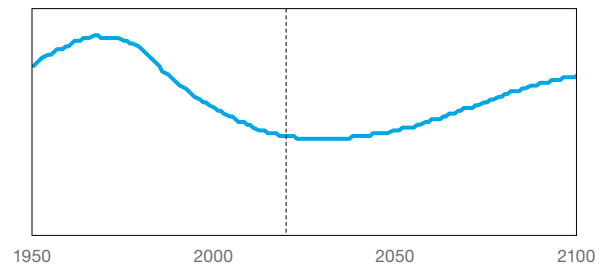
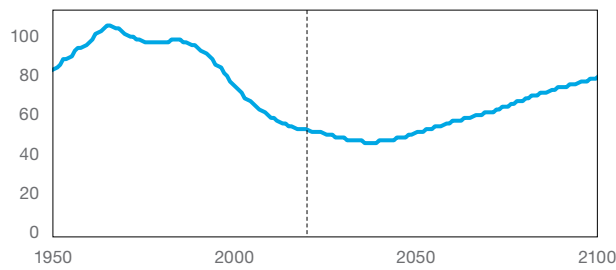
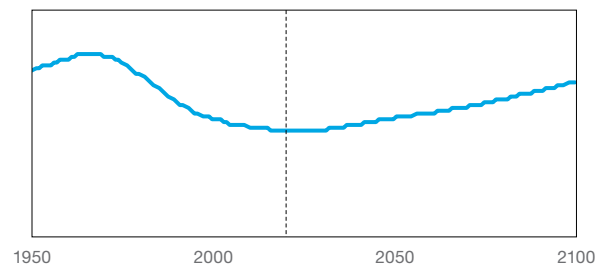
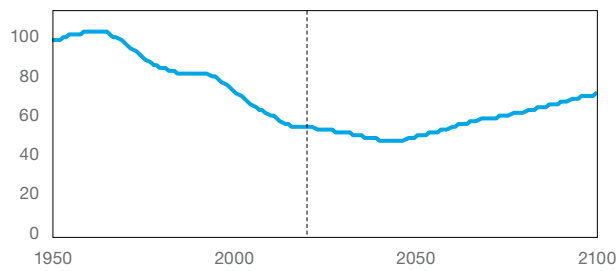
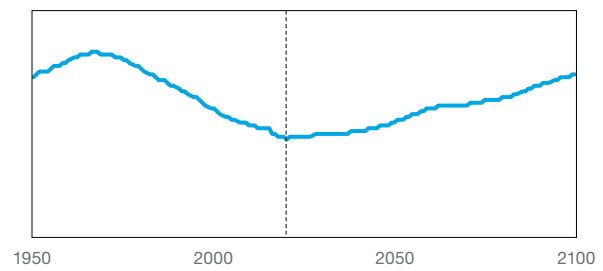
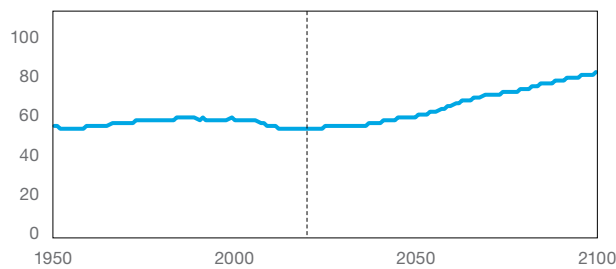
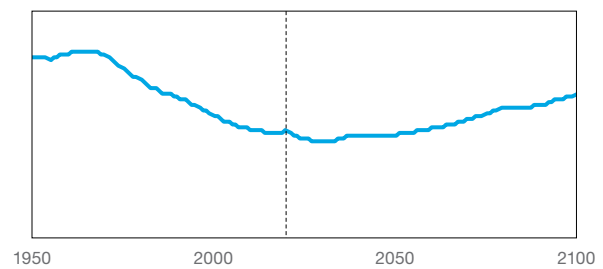
El Salvador



Guatemala



Continúa en la página siguiente →

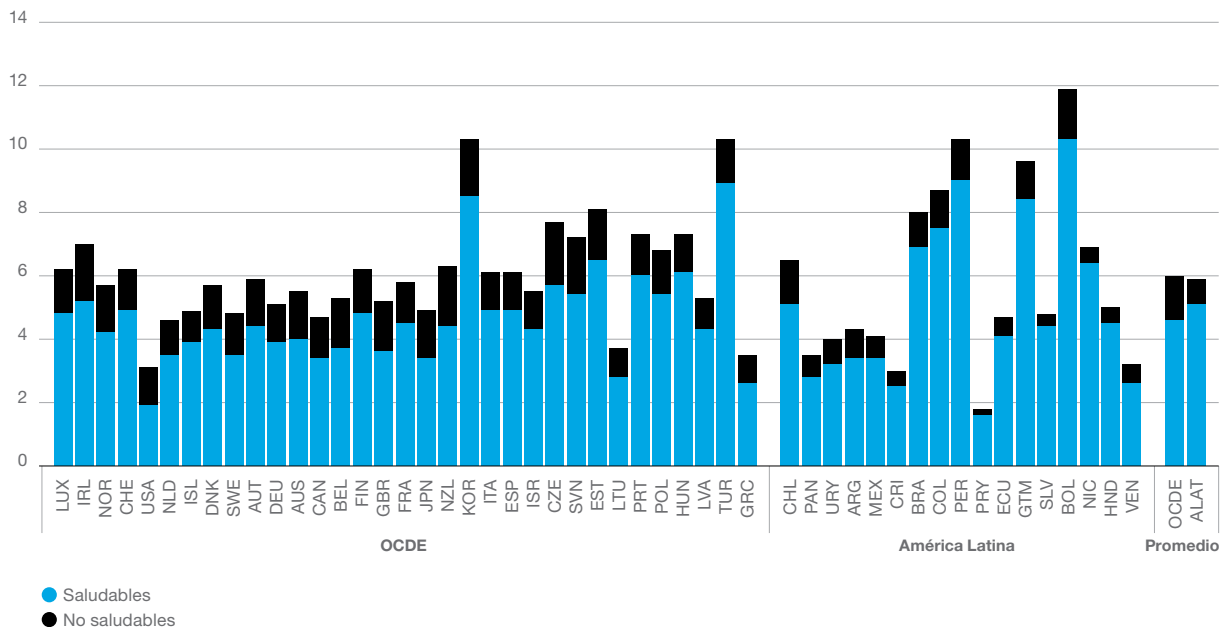
Honduras**México****Nicaragua****Panamá****Paraguay****Perú****Uruguay****Venezuela**

Notas: La tasa de dependencia tiene como base la población en los siguientes rangos de edad: (0-14 y 65+) / 15-64 años. La línea vertical señala el año 2020.

Fuente: Cálculos propios con base en Naciones Unidas (2019b).

Gráfico A 1.7

Años ganados en esperanza de vida: saludables y con discapacidad, países seleccionados, 1990–2017



Notas: Las barras están ordenadas según el PIB per cápita constante (PPA, 2011) de 2017; excepto Venezuela, país para el que no hay dato disponible. La esperanza de vida saludable ajusta la esperanza de vida convencional por años perdidos debido a muertes prematuras y años vividos con discapacidad. Las causas de discapacidad incluyen condiciones que van desde la otitis media (con una duración de días) hasta la epilepsia (una condición que puede durar toda la vida). En el cálculo de los años perdidos por discapacidad, las distintas condiciones se reflejan con pesos que representan las preferencias sociales por cada estado de salud relativas al ideal social de buena salud; los pesos se obtienen por medio de encuestas realizadas al público general. El *Global Burden of Disease Study 2017*, en el que se basa el cálculo, considera 359 condiciones y lesiones.

Fuente: Cálculos propios con base en IHME (2017).

Cuadro A 1.3
Listado de códigos de países

Código	País	Código	País
ARG	Argentina	ISL	Islandia
AUS	Australia	ISR	Israel
AUT	Austria	ITA	Italia
BEL	Bélgica	JAM	Jamaica
BOL	Bolivia	JPN	Japón
BRA	Brasil	KOR	Corea del Sur
BRB	Barbados	LTU	Lituania
CAN	Canadá	LUX	Luxemburgo
CHE	Suiza	LVA	Letonia
CHL	Chile	MEX	México
COL	Colombia	NIC	Nicaragua
CRI	Costa Rica	NLD	Países Bajos
CUB	Cuba	NOR	Noruega
CZE	República Checa	NZL	Nueva Zelanda
DEU	Alemania	PAN	Panamá
DNK	Dinamarca	PER	Perú
DOM	República Dominicana	POL	Polonia
ECU	Ecuador	PRT	Portugal
ESP	España	PRY	Paraguay
EST	Estonia	SLV	El Salvador
FIN	Finlandia	SVK	Eslovaquia
FRA	Francia	SVN	Eslovenia
GBR	Reino Unido	SWE	Suecia
GRC	Grecia	TTO	Trinidad y Tobago
GTM	Guatemala	TUR	Turquía
HND	Honduras	URY	Uruguay
HTI	Haití	USA	Estados Unidos
HUN	Hungría	VEN	Venezuela
IRL	Irlanda		

Notas: Elaboración con base en códigos ISO de 3 caracteres.

**La informalidad
laboral y el cambio
tecnológico:
viejos y nuevos
retos para la
protección social**

2

La informalidad laboral y el cambio tecnológico: viejos y nuevos retos para la protección social¹

El sistema de protección social busca proteger a las familias contra determinados riesgos, como el desempleo, la enfermedad y la pobreza en la vejez, así como proveer un mecanismo de transferencia de ingresos y consumo entre el presente y el futuro. La instrumentación de sistemas para el logro de estos objetivos y, por lo tanto, su eficacia, está estrechamente vinculada a la situación del mercado de trabajo. Tanto el acceso a los beneficios como el financiamiento del sistema dependen del tipo de inserción laboral del trabajador. En general, la cobertura toma la forma de diversas prestaciones para los trabajadores en relación de dependencia y se financia principalmente con contribuciones de empleadores y trabajadores.

Los mercados de trabajo en América Latina se destacan por aspectos estructurales, como la alta proporción de empleo sin relación de dependencia y mayormente informal, la elevada informalidad entre los asalariados y la baja participación laboral femenina, que limitan la efectividad de los esquemas de protección social para brindar cobertura a la población en edad activa. Desde una perspectiva del ciclo de vida, se produce una elevada rotación entre situaciones con cobertura y sin cobertura. Dicha rotación condiciona la capacidad de los trabajadores de acumular suficientes años de contribución para acceder a una pensión a la edad de retiro o para asegurarse un nivel de prestaciones que les permita escapar de la pobreza en la vejez. En definitiva, estas características estructurales plantean desafíos tanto para la sostenibilidad financiera de los sistemas como para la cobertura y suficiencia de los beneficios.

Estas características interactúan con las tendencias demográficas y tecnológicas, presentando nuevos desafíos, pero también oportunidades de reforma. El aumento continuo de la longevidad sumado a la caída en las tasas de natalidad a medida que los países atraviesan la fase final del bono demográfico tiende a deteriorar aún más la sostenibilidad financiera de los sistemas de seguridad social. Los efectos de los avances tecnológicos sobre el mercado laboral podrían acentuar los desbalances existentes si no son contrarrestados con las políticas adecuadas. Las nuevas tecnologías de la digitalización, la automatización y la inteligencia artificial tienen el potencial de aumentar la productividad e impulsar el crecimiento económico, pero también pueden generar disrupciones en los mercados de trabajo, afectando a las oportunidades de empleo y generación de ingresos —y, por lo tanto, la trayectoria de las contribuciones— de trabajadores con distintos niveles

1. La elaboración de este capítulo fue responsabilidad de Pablo Brassiolo y Manuel Toledo, con la asistencia de investigación de Matías Italia y Julián Martínez-Correa.

de habilidad. Asimismo, estas nuevas tecnologías facilitan la generación de oportunidades de empleo en modalidades diferentes a las tradicionales, planteando nuevos desafíos para el diseño de esquemas de protección social.

En este capítulo se repasan las características estructurales de los mercados laborales en el contexto de la evolución demográfica y los avances tecnológicos. Luego se estiman las ganancias potenciales que tendría para la sostenibilidad de los sistemas de protección social mejorar los niveles de cobertura de la población activa. Esto podría lograrse fundamentalmente a partir de una mayor formalización de las relaciones laborales y de un aumento de la participación laboral femenina. Finalmente, se concluye con un repaso de algunos lineamientos de política que podrían contribuir al logro de estas mejoras de cobertura, así como evitar posibles disrupciones causadas por los avances tecnológicos.

Características estructurales de los mercados laborales en América Latina y cobertura de la población en edad activa

Una característica central de los esquemas de protección social en la mayoría de los países de la región es que tanto el acceso a los beneficios como el financiamiento están estrechamente vinculados a la situación laboral del trabajador. En general, los sistemas de protección social cubren a los trabajadores en relación de dependencia, que tienen derecho a una serie de beneficios sociales (entre los que destacan el seguro de salud y las pensiones para la vejez), financiados primordialmente con contribuciones de empleadores y empleados. Este paquete de beneficios y la forma de financiamiento es lo que se denomina protección social contributiva. En algunos países, la cobertura se extiende a trabajadores que no tienen una relación de dependencia con un empleador —típicamente trabajadores por cuenta propia— y a empleadores, en cuyo caso el financiamiento de los beneficios suele provenir de contribuciones obligatorias o voluntarias de estos mismos agentes, como se verá más adelante.

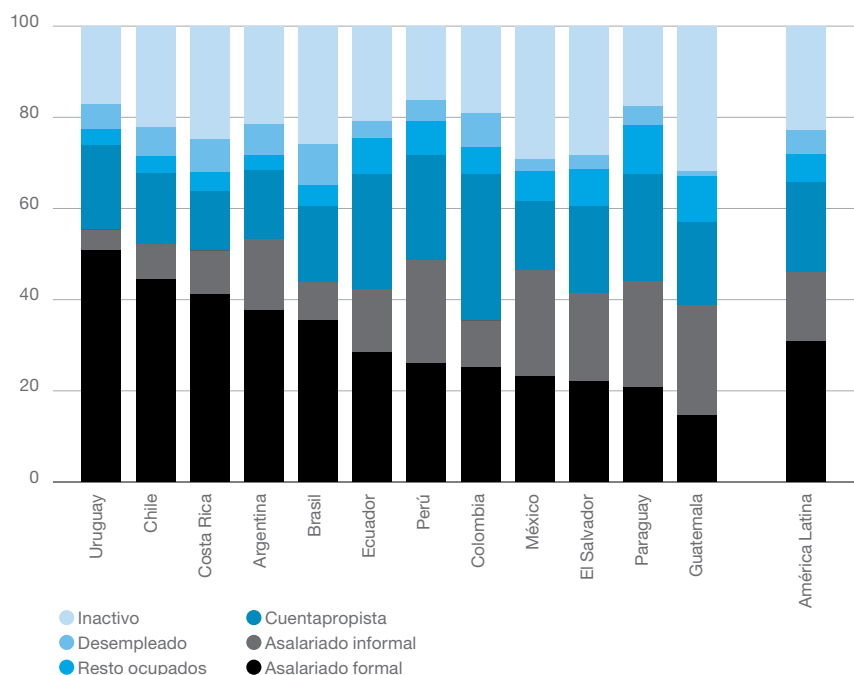
De toda la población entre 25 y 64 años, solo el 31 % tiene una relación laboral asalariada con derecho a beneficios de la seguridad social (asalariado formal).

Esta configuración de los sistemas de protección social, sumada a características estructurales de los mercados de trabajo latinoamericanos, lleva a que una proporción relativamente baja de las personas en edad de trabajar esté cubierta por esos esquemas. De toda la población entre 25 y 64 años, solo el 31 % tiene una relación laboral asalariada con derecho a beneficios de la seguridad social (asalariado formal). El resto son trabajadores asalariados (informales) no cubiertos por las regulaciones laborales (15 %), trabajadores por cuenta propia y otros ocupados que pueden estar o no cubiertos (20 % y 6 %, respectivamente), desocupados (5 %) y personas inactivas (23 %). La cantidad de personas en este rango de edad con un empleo asalariado formal varía entre el 51 % en Uruguay y el 15 % en Guatemala (Gráfico 2.1).

Gráfico 2.1

Población entre 25 y 64 años según su situación laboral, 2018

Porcentaje de población 25-64



Notas: El dato de América Latina es el promedio simple de los países incluidos en el gráfico. Los trabajadores asalariados se clasifican entre formales e informales según tengan o no derecho a los beneficios de la seguridad social. La categoría denominada resto de ocupados incluye a empleadores y trabajadores sin remuneración.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de LABLAC (CEDLAS y Banco Mundial, 2020).

Una mayor cobertura de la seguridad social puede lograrse mediante una combinación de un mayor grado de participación laboral de la población (menor tasa de inactividad), menores niveles de desempleo y mayores tasas de formalidad de la población ocupada. Las características estructurales de los mercados laborales de la región son relevantes, además, para determinar la suficiencia de los beneficios y la sostenibilidad financiera de los sistemas. En particular, son importantes los niveles salariales porque son la base del cálculo del monto de las contribuciones laborales. Asimismo, el grado de movilidad laboral entre los segmentos formal e informal del mercado de trabajo es clave no solo por su efecto en la acumulación de capital humano y en los ingresos laborales, sino también por sus consecuencias para la capacidad de acumular el mínimo de años de contribuciones al sistema requeridos para tener acceso a una pensión jubilatoria.

Una mayor cobertura de la seguridad social puede lograrse mediante una combinación de un mayor grado de participación laboral y menores niveles de desempleo e informalidad laboral.

A continuación se analizan estos determinantes en la región, en el contexto de los cambios demográficos descritos en el Capítulo 1.

La participación laboral: brechas de género y actividad en la adultez

Un primer determinante de la cobertura de los esquemas de protección social es la proporción de población que forma parte de la fuerza laboral. Esto se puede analizar desde la perspectiva del género, la edad y el nivel educativo.

La tasa de participación laboral promedio en América Latina está por encima de la observada en los países de la OCDE.

Cuando se analiza la población en edad de trabajar (de 15 años y más), se observa que la tasa de participación laboral promedio en América Latina está por encima de la observada en los países de la OCDE. Usando el último dato disponible para cada país, el Cuadro 2.1 muestra que la tasa de participación en América Latina es del 64,2 %, mientras que en la OCDE es del 61,7 %, lo que supone una diferencia de 2,5 puntos porcentuales. Sin embargo, si se excluye a los adultos mayores (65 años y más), se observa que América Latina está en promedio 6,3 puntos porcentuales por debajo de los países más desarrollados. Esto obedece fundamentalmente a las diferencias en el porcentaje de personas mayores de 65 años que permanecen activas en el mercado laboral, más significativo en América Latina que en la OCDE, con una diferencia entre ambos de 19 puntos porcentuales.

Cuadro 2.1

Tasa de participación laboral por grupos de edad

País	Año	Porcentaje de la población		
		>15	15-64	>65
Argentina	2019	60,3	69,0	17,4
Bolivia	2018	71,8	74,1	54,3
Brasil	2019	62,6	70,1	15,7
Chile	2019	59,6	67,6	25,3
Colombia	2019	67,5	72,7	28,4
Costa Rica	2019	62,3	69,8	18,2
Ecuador	2019	66,2	69,9	40,7
El Salvador	2018	59,8	64,4	28,9
Guatemala	2017	60,9	63,2	38,7
Honduras	2018	66,5	69,5	41,4
México	2019	60,1	64,5	27,2
Nicaragua	2014	65,0	67,8	34,2
Panamá	2018	64,0	69,7	28,5
Paraguay	2019	72,4	75,8	38,5
Perú	2019	69,4	74,5	30,9
Rep. Dominicana	2018	63,8	68,9	27,2
Uruguay	2019	60,2	70,6	12,7
Venezuela	2012	63,1	66,7	25,0
Promedios:				
América Latina		64,2	69,4	29,6
OCDE		61,7	75,7	11,3

Notas: Se muestra el último año disponible para cada país. El promedio de América Latina corresponde a los países y años mostrados. El promedio de la OCDE excluye a Chile, Colombia y México.

Fuente: Cálculos propios con base en datos de OIT (2020).

Las tasas de participación de los adultos en edad de trabajar no solo son elevadas con relación a la OCDE, sino también con respecto a países de ingreso per cápita similar, como muestra el Gráfico 2.2. De los 18 países de la región incluidos en la muestra, solo tres (Argentina, Chile y México) están por debajo de la línea de regresión; es decir, presentan tasas de participación menores que las del país promedio con iguales niveles de ingresos. El resto de los países de América Latina se encuentran a la altura de esa línea (Costa Rica) o por encima de ella.

Gráfico 2.2

Tasa de participación laboral de la población en edad de trabajar y PIB per cápita



Notas: La línea de estimación corresponde a los valores estimados de un modelo de regresión con efectos fijos por país para el periodo 2000-2018. Está línea, específicamente, es para el efecto fijo promedio. Los puntos mostrados corresponden al último dato disponible para cada país en la muestra: 2018 para todos los países de América Latina, excepto Guatemala (2017), Nicaragua (2014) y Venezuela (2012).

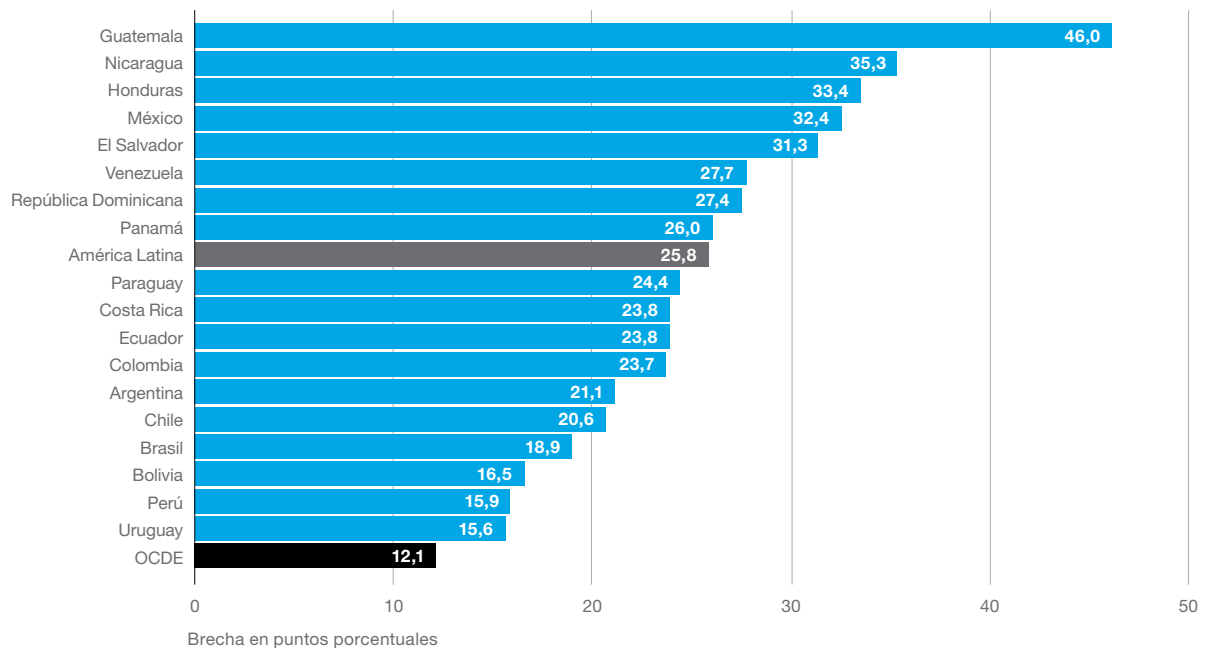
Fuente: Cálculos propios con base en datos de OIT (2020).

Estas tasas de participación agregadas esconden grandes disparidades. Una de ellas es la brecha de participación laboral entre hombres y mujeres. Como muestra el Gráfico 2.3, la brecha de género promedio en América Latina es de casi 26 puntos porcentuales, mientras que en los países de la OCDE es de 12,1 puntos. Esta elevada brecha es el resultado tanto de la baja participación laboral femenina

como de la alta participación de los hombres en la región. Mientras que en la OCDE el 55,8 % de las mujeres y el 67,9 % de los hombres en edad de trabajar participan en el mercado laboral, en América Latina lo hacen el 51,8 % y 77,6 %, respectivamente. Sin embargo, cuando se compara la participación laboral femenina de los países de América Latina con economías de similar ingreso, la región se encuentra ligeramente por encima del promedio (ver Gráfico 2.4).

Gráfico 2.3

Brecha de participación laboral de género en América Latina



Notas: El promedio de América Latina se calcula con los países de la región mostrados en el gráfico, y el promedio de la OCDE excluye a Chile, Colombia y México. Los datos de América Latina son de 2019, excepto Bolivia, El Salvador, Honduras, Panamá y República Dominicana (2018); Guatemala (2017), Nicaragua (2014) y Venezuela (2012).

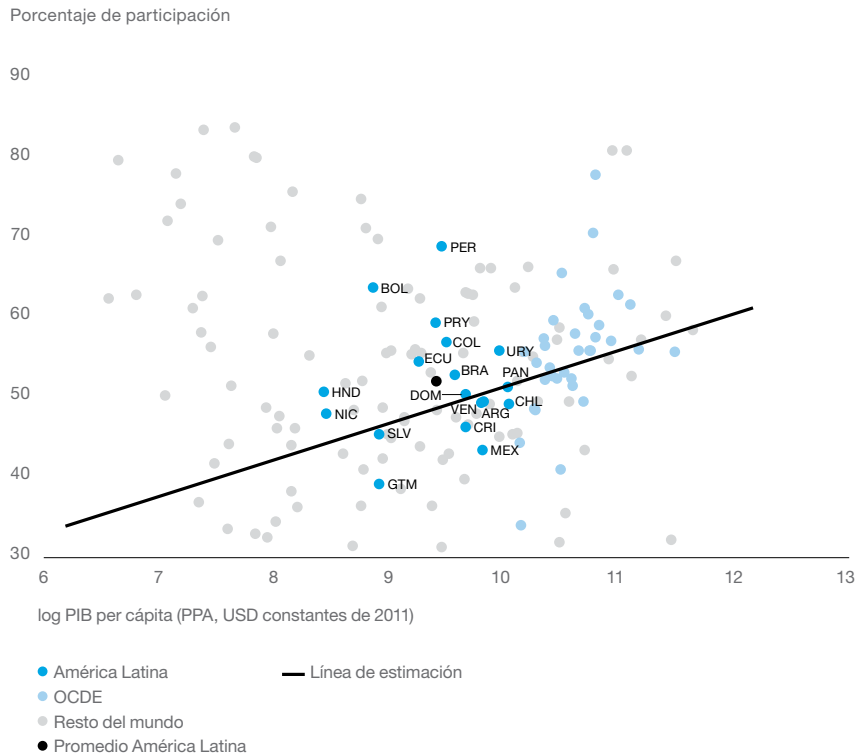
Fuente: Cálculos propios con base en datos de OIT (2020).

El promedio regional de participación laboral femenina oculta una alta heterogeneidad entre países. Por ejemplo, Bolivia y Perú tienen tasas de participación femenina del 64 % y el 69 %, superiores a la de los países de la OCDE, mientras que en Guatemala y México son del 39 % y el 43 %, respectivamente.² En definitiva, los países de la región, en mayor o menor medida, podrían aumentar los niveles de cobertura de la seguridad social fomentando la participación de las mujeres en el mercado laboral.

2. Estos datos son de 2018, excepto el de Guatemala que se refiere a 2017.

Gráfico 2.4

Tasa de participación laboral de las mujeres en edad de trabajar y PIB per cápita



Notas: La línea de estimación corresponde a los valores estimados de un modelo de regresión con efectos fijos por país para el periodo 2000-2018. Esta línea, específicamente, es para el efecto fijo promedio. Los puntos mostrados corresponden al último dato disponible para cada país en la muestra: 2018 para todos los países de América Latina, excepto Guatemala (2017), Nicaragua (2014) y Venezuela (2012).

Fuente: Cálculos propios con base en datos de OIT (2020).

Otra fuente importante de disparidad en los niveles de participación laboral es la educación. El Cuadro 2.2 muestra las tasas de participación laboral para tres niveles educativos: básico (o menos), intermedio y avanzado.³ Allí resalta la relación positiva entre el nivel educativo y la tasa de participación, tanto en América Latina como en la OCDE. Por ejemplo, en la región, en promedio, el 57 % de la población en edad de trabajar que solo tiene el nivel educativo básico participa en el mercado laboral, mientras que para las personas con niveles de educación intermedio y avanzado la

3. Estos niveles de educación se corresponden con las categorías agregadas de educación utilizadas por la OIT. El nivel básico comprende a la enseñanza tanto primaria como secundaria inferior, correspondientes a los niveles 1 y 2 de la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación de 2011 (CINE-11). Así, la población sin escolarización o con educación hasta la primera infancia (preescolar) está incluida en el nivel de educación básico (o menos). El nivel intermedio comprende la educación secundaria superior y la enseñanza postsecundaria no terciaria (niveles 3 y 4 de la CINE-11). Finalmente, el nivel avanzado se refiere a la educación terciaria (niveles 5-8 de la CINE-11).

tasa alcanza el 70 % y el 81 %, respectivamente. Esto implica que aumentos en los niveles de escolaridad podrían venir acompañados de una participación laboral más alta y, por ende, mayores niveles de cobertura del sistema de protección social.⁴

Cuadro 2.2

Participación laboral por nivel educativo

País	Año	Tasa de participación (porcentaje) por nivel educativo		
		Básico	Intermedio	Avanzado
Argentina	2019	47,7	66,4	80,4
Bolivia	2018	71,9	66,7	79,5
Brasil	2019	46,5	74,5	81,4
Chile	2019	44,5	65,5	83,2
Colombia	2019	58,9	72,8	77,1
Costa Rica	2019	56,7	68,9	78,7
Ecuador	2019	61,6	69,3	78,3
El Salvador	2018	55,0	65,9	85,5
Guatemala	2017	58,6	73,1	82,1
Honduras	2018	63,7	73,1	86,3
México	2019	55,4	63,8	77,5
Nicaragua	2014	62,2	67,3	85,6
Panamá	2018	55,3	70,6	82,8
Paraguay	2017	64,9	77,0	86,8
Perú	2019	51,3	70,1	83,7
Rep. Dominicana	2018	56,9	71,1	83,5
Uruguay	2019	58,0	72,0	76,9
Venezuela	2012	60,5	63,0	70,1
América Latina		57,2	69,5	81,1
OCDE		37,6	65,1	78,8

Notas: Se muestra el último año disponible para cada país. El promedio de América Latina corresponde a los países y años mostrados. El promedio de la OCDE excluye a Chile, Colombia y México.

Fuente: Cálculos propios con base en datos de OIT (2020).

Si además se desagregan por sexo, tal como muestra el Cuadro 2.3, es evidente que la mayor brecha de género en la participación laboral en América Latina se explica principalmente por las diferencias observadas entre los trabajadores con menos educación. Para aquellos con un nivel educativo básico, la brecha de género en la región es de 30,7 puntos porcentuales, mientras que en la OCDE es de 17,3 puntos. Para la población con un nivel educativo intermedio, la brecha en América Latina se reduce a 23 puntos porcentuales, la cual está 9,7 puntos por encima

4. Aquí se están obviando efectos de equilibrio general que podrían revertir o cuando menos atenuar este efecto.

de la observada en los países de la OCDE. Finalmente, para los trabajadores con educación avanzada, la brecha en América Latina es casi 10 puntos porcentuales, la cual es 5 puntos más alta que en la OCDE. Así, la brecha de género en América Latina no solo se reduce con el nivel educativo, sino que también se acerca a la observada en los países más desarrollados. Esto sugiere que las causas que determinan la mayor brecha de género en América Latina afectan significativamente más a la población con menores niveles de escolaridad.

Cuadro 2.3

Participación laboral de la población en edad de trabajar por sexo y nivel educativo

País	Año	Tasa de participación (porcentaje) desagregada						Puntos porcentuales		
		Mujeres			Hombres			Brecha de género		
		Básico	Intermedio	Avanzado	Básico	Intermedio	Avanzado	Básico	Intermedio	Avanzado
Argentina	2019	33,4	55,8	76,3	61,8	78,2	86,7	28,5	22,5	10,4
Bolivia	2018	65,1	55,2	72,9	80,2	76,8	87,0	15,1	21,6	14,1
Brasil	2019	33,7	65,8	77,4	59,5	84,2	86,8	25,8	18,3	9,4
Chile	2019	31,4	56,0	78,7	57,6	75,3	87,7	26,3	19,3	9,0
Colombia	2019	42,1	61,0	73,4	75,2	85,5	81,6	33,1	24,5	8,2
Costa Rica	2019	41,0	60,4	74,8	71,3	78,4	83,1	30,3	18,0	8,3
Ecuador	2019	49,3	55,1	74,6	74,5	83,3	82,7	25,3	28,2	8,1
El Salvador	2018	38,7	54,2	83,5	74,9	78,8	87,8	36,2	24,6	4,4
Guatemala	2017	35,5	60,5	74,3	85,0	86,7	88,7	49,5	26,2	14,4
Honduras	2018	45,0	64,5	83,6	83,7	84,3	90,1	38,7	19,8	6,5
México	2019	38,1	50,0	70,7	74,8	79,7	84,4	36,7	29,7	13,8
Nicaragua	2014	41,9	56,0	81,6	82,9	82,7	91,1	41,0	26,7	9,5
Panamá	2018	38,0	59,3	78,3	71,8	83,0	89,9	33,8	23,7	11,5
Paraguay	2017	48,7	64,2	82,7	80,6	88,8	92,4	31,9	24,7	9,6
Perú	2019	45,5	61,0	78,6	59,0	79,1	89,6	13,5	18,0	11,0
Rep. Dominicana	2018	39,1	59,7	79,8	73,5	84,8	90,1	34,4	25,1	10,3
Uruguay	2019	49,6	66,1	73,4	66,7	79,0	82,8	17,1	12,9	9,5
Venezuela	2012	41,4	47,3	66,1	77,5	78,1	75,7	36,1	30,9	9,6
América Latina		42,1	58,5	76,7	72,8	81,5	86,6	30,7	23,0	9,9
OCDE		29,1	58,2	76,5	46,3	71,5	81,5	17,3	13,3	4,9

Notas: Se muestra el último año disponible para cada país. El promedio de América Latina corresponde a los países y años mostrados. El promedio de la OCDE excluye a Chile, Colombia y México.

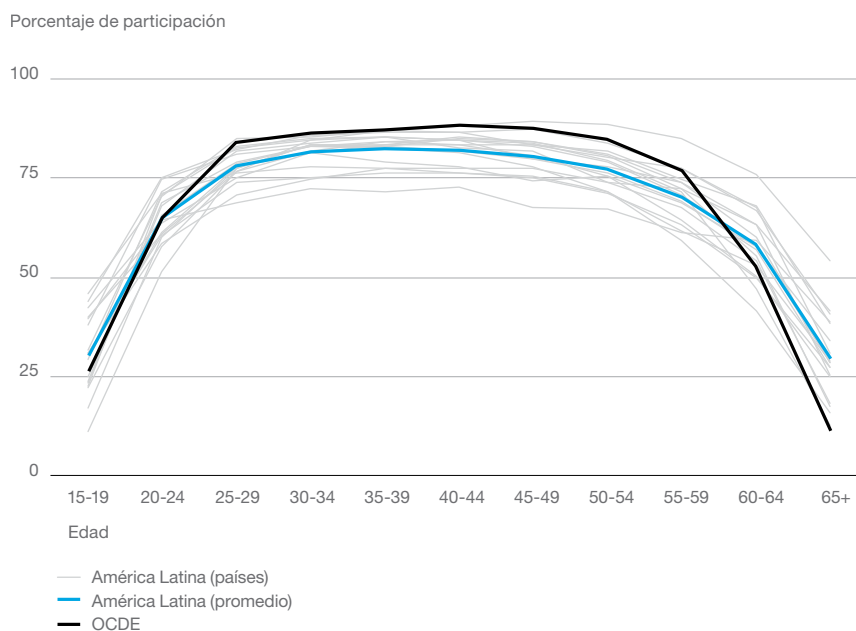
Fuente: Cálculos propios con base en datos de OIT (2020).

Otra manera de analizar la participación laboral es estudiando su evolución durante el ciclo de vida. En América Latina, en promedio, la máxima participación laboral se alcanza entre las edades de 35 y 39 años, lo cual se encuentra aproximadamente 5 años por debajo del promedio de la OCDE, donde el pico se alcanza entre

las edades de 40 y 44 años. Esto se puede apreciar en el Gráfico 2.5. Además, el Cuadro 2.4 muestra que existe una importante heterogeneidad dentro de la región. Bolivia y Perú alcanzan el máximo de participación laboral entre los 45 y 49 años, mientras que Brasil, Chile, Honduras y Nicaragua llegan a su máximo mucho más temprano, entre las edades de 30 y 34 años.

Gráfico 2.5

Tasa de participación por grupos de edad



Notas: El promedio de América Latina incluye: Argentina (2019), Bolivia (2018), Brasil (2019), Chile (2019), Colombia (2019), Costa Rica (2019), Ecuador (2019), El Salvador (2018), Guatemala (2017), Honduras (2018), México (2019), Nicaragua (2014), Panamá (2018), Paraguay (2019), Perú (2019), República Dominicana (2018), Uruguay (2019) y Venezuela (2012). Y el promedio de la OCDE excluye a Chile, Colombia y México.

Fuente: Cálculos propios con base en datos de OIT (2020).

Si bien América Latina en promedio alcanza el pico de participación a una menor edad que los países más desarrollados, su caída hacia finales de la vida laboral es menos abrupta. En consecuencia, entre las edades de 60 y 64 años, la tasa de participación en América Latina es mayor que la observada en la OCDE, con una cifra del 58,3 % y del 52,7 %, respectivamente. Para los mayores de 65 años, esta brecha se incrementa en favor de América Latina, con una participación del 29,6 %, en contraste con el 11,3 % en los países de la OCDE (Gráfico 2.6).

Cuadro 2.4

Edad de participación laboral máxima en 2018

País (año)	Edad	Tasa de participación (porcentaje)	País (año)	Edad	Tasa de participación (porcentaje)
Brasil (2019)	30-34	83,0	Guatemala (2017)	40-44	72,6
Chile (2019)	30-34	83,7	México (2019)	40-44	76,2
Honduras (2018)	30-34	77,8	Panamá (2018)	40-44	85,0
Nicaragua (2014)	30-34	81,3	Paraguay (2019)	40-44	86,8
Colombia (2019)	35-39	85,5	Rep. Dominicana (2018)	40-44	84,8
Costa Rica (2019)	35-39	85,5	Bolivia (2018)	45-49	89,5
El Salvador (2018)	35-39	77,4	Perú (2019)	45-49	87,3
Uruguay (2019)	35-39	85,3			
Venezuela (2012)	35-39	84,1	Promedio:		
Argentina (2019)	40-44	85,7	América Latina	35-39	82,4
Ecuador (2019)	40-44	83,4	OCDE	40-44	88,4

Notas: Se muestra el último año disponible para cada país. El promedio de América Latina corresponde a los países y años mostrados. El promedio de la OCDE excluye a Chile, Colombia y México.

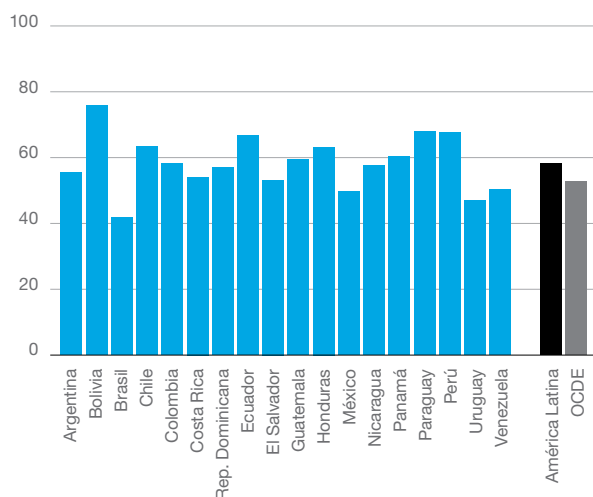
Fuente: Cálculos propios con base en datos de OIT (2020).

Gráfico 2.6

Participación laboral de mayores de 60 años

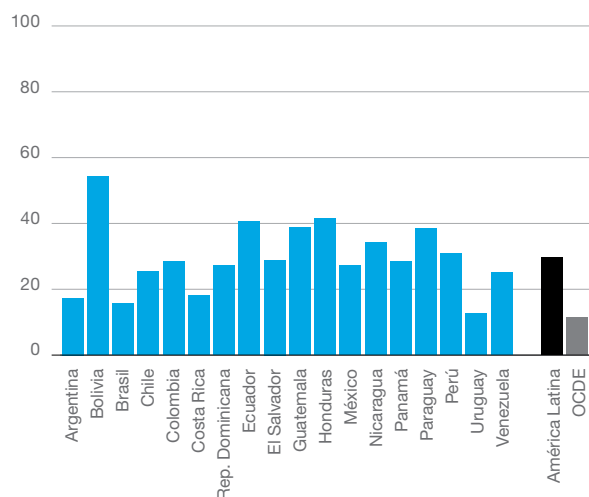
Panel A. Población de 60-64 años

Porcentaje de participación



Panel B. Población de 65 años y más

Porcentaje de participación



Notas: El promedio de América Latina se calcula con los países de la región mostrados en el gráfico y el promedio de la OCDE excluye a Chile, Colombia y México. Los datos son de 2019, excepto para Bolivia, El Salvador, Honduras, Panamá y República Dominicana (2018); Guatemala (2017), Nicaragua (2014), y Venezuela (2012).

Fuente: Cálculos propios con base en datos de OIT (2020).

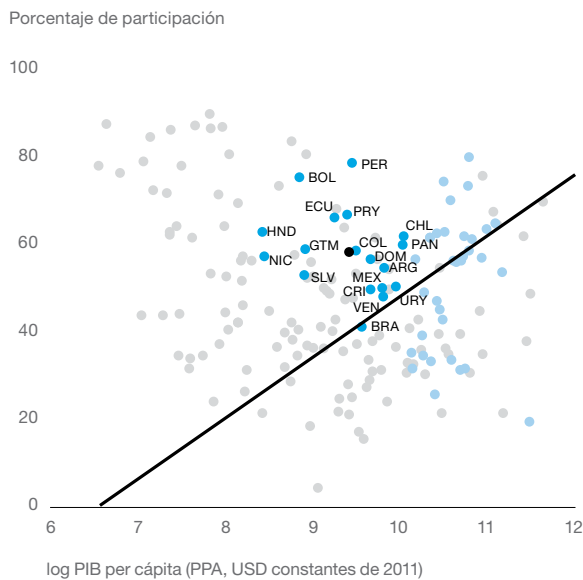
Las tasas de participación alrededor de la edad de jubilación que se observan en América Latina también son altas si se comparan con las de países de ingreso similar.

Las tasas de participación alrededor de la edad de jubilación que se observan en América Latina también son altas si se comparan con las de países de ingreso similar. Esto se muestra en el Gráfico 2.7, donde se aprecia que la mayoría de los países de la región y el promedio de América Latina se encuentran por encima de la línea de regresión, tanto para el grupo de 60-64 años como para el de 65 años y más. Solo Brasil se encuentra por debajo de la línea para ambos grupos de edad, y Argentina, Costa Rica y Uruguay lo están para el grupo de 65 años y más. Esto sugiere que, en general, América Latina tiene poco espacio para aumentar las tasas de participación laboral de los trabajadores de mayor edad, especialmente más allá de los 65 años.

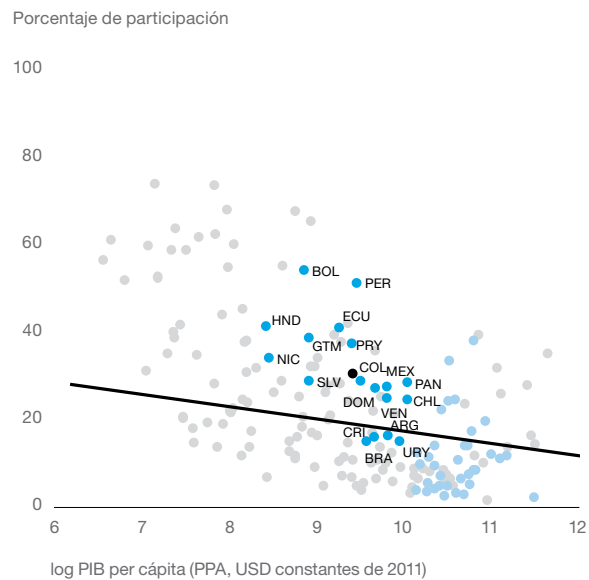
Gráfico 2.7

Participación laboral de mayores de 60 años y PIB per cápita, 2018

Panel A. Personas de 60-64 años



Panel B. Personas de 65 años y más



● América Latina ● Resto del mundo — Línea de estimación
● OCDE ● Promedio América Latina

Notas: La línea de estimación corresponde a los valores obtenidos de un modelo de regresión con efectos fijos por país para el periodo 2000-2018. Está línea, específicamente, es para el efecto fijo promedio. Los puntos mostrados corresponden al último dato disponible para cada país en la muestra. Los datos son de 2018 excepto los de Guatemala (2017), Nicaragua (2014) y Venezuela (2012).

Fuente: Cálculos propios con base en datos de OIT (2020).

El desempleo: diferencias entre países y situación de los jóvenes

Durante las últimas dos décadas, particularmente durante los años 2000, el crecimiento de muchas de las economías latinoamericanas de la mano del *boom* de las materias primas se tradujo en una disminución de los niveles de desempleo. La tasa de desempleo promedio de la región disminuyó al 6 % de la fuerza laboral en 2018, el mismo valor que arrojaba el promedio de los países de la OCDE en ese año (Cuadro 2.5). Entre el año 2000 y 2018, el desempleo cayó en la mayoría de los países hasta el punto de que, al final de ese periodo, la tasa era de solo un dígito en los 18 países analizados, con la excepción de Brasil.

Estas cifras parecieran sacar al desempleo de la lista de los principales determinantes estructurales de la baja cobertura de los sistemas contributivos de protección social. No obstante, esta conclusión podría ser apresurada. El desempleo difiere considerablemente tanto entre países como entre trabajadores de un mismo país.

Con respecto al primer punto, se puede distinguir entre países de desempleo bajo y países de desempleo alto. Entre los primeros se destacan Bolivia, Ecuador, Guatemala, México, Panamá y Perú, con un nivel de desempleo promedio entre 2000 y 2018 cercano o menor al 4 %. Entre los segundos se encuentran Argentina, Brasil, Colombia, Uruguay y Venezuela, con un desempleo promedio durante ese periodo de alrededor del 10 %.

Con respecto a las diferencias en el desempleo según las características del trabajador, una dimensión relevante es la edad. La desagregación de la tasa de desempleo por grupos de edad pone de manifiesto las enormes dificultades de los jóvenes para insertarse en el mercado de trabajo. La tasa de desempleo en América Latina de los jóvenes que tienen entre 15 y 24 años alcanzó el 14,3 %, un valor más de tres veces superior a la tasa de desempleo del grupo de 25 años o más. En algunos países, como Argentina, Brasil, Costa Rica y Uruguay, el desempleo en ese año afectaba al 25 % de los jóvenes de 15 a 24 años de la fuerza laboral.

Si bien este no es un problema exclusivo de la región (países como España, Italia y Grecia tienen niveles de desempleo juvenil aún mayores), la falta de oportunidades de empleo para los jóvenes que se insertan en el mundo del trabajo puede tener consecuencias de largo plazo sobre las trayectorias laborales y su vínculo con la seguridad social; por ejemplo, una mayor probabilidad de volver a pasar por el desempleo, una mayor informalidad o el cobro de salarios más bajos (Cruces, Ham y Viollaz, 2012; Bassi y Galiani, 2009).

La falta de oportunidades de empleo para los jóvenes puede tener consecuencias sobre sus trayectorias laborales y el vínculo con la seguridad social a lo largo de las mismas.

Cuadro 2.5

Tasa de desempleo, 2000 y 2018

	Población mayor de 15 años (porcentaje)				Desempleo según edad (porcentaje), 2018	
	2000	2018	Var. 2000-2018 (puntos porcentuales)	Promedio 2000-2018	15-24 años	25 años o más
Argentina	15,0	9,2	-5,8	10,4	24,0	6,9
Bolivia	2,9	3,5	0,6	2,8	6,8	2,8
Brasil	9,9	12,3	2,4	9,0	28,3	8,9
Chile	10,5	7,2	-3,3	8,5	18,2	6,0
Colombia	20,5	9,1	-11,4	11,6	18,6	7,1
Costa Rica	5,1	9,6	4,6	7,4	25,9	6,8
Rep. Dominicana	6,4	5,7	-0,7	6,3	13,4	4,2
Ecuador	4,8	3,5	-1,3	4,0	7,9	2,6
El Salvador	7,0	4,0	-3,0	5,4	9,5	2,6
Guatemala	2,8	2,4	-0,4	2,9	4,9	1,4
Honduras	3,9	5,6	1,7	4,6	10,6	3,9
México	2,6	3,3	0,7	4,0	6,8	2,5
Nicaragua	7,5	5,2	-2,3	5,9	10,3	3,9
Panamá	3,7	3,9	0,2	3,4	10,4	2,7
Paraguay	9,3	4,5	-4,8	5,7	10,7	2,8
Perú	5,7	3,4	-2,3	4,1	8,6	2,3
Uruguay	12,6	8,3	-4,3	9,8	26,3	5,3
Venezuela, RB	14,0	7,2	-6,8	9,4	16,3	5,8
América Latina ^a	8,0	6,0	-2,0	6,4	14,3	4,4
OCDE ^b	7,8	6,0	-1,7	7,7	13,6	5,2

Notas: ^a Las cifras para América Latina corresponden al promedio simple de los países del cuadro. ^b Los datos para OCDE excluyen a Chile, Colombia y México.

Fuente: Cálculos propios con base en datos de OIT (2020) y CEDLAS (2020).

La informalidad laboral: un problema de larga data

Una de las características más salientes de los mercados laborales de América Latina es la alta informalidad laboral. Esto se traduce en una elevada proporción de ocupados que no están cubiertos por los esquemas de protección social contributivos. Como se observa en el Cuadro 2.6, en promedio, casi el 63 % de las personas ocupadas de la región trabajan en un empleo informal, con tasas de informalidad que oscilan entre aproximadamente el 30 % de Chile y Uruguay, y el 80 % de Bolivia, Guatemala, Honduras y Nicaragua.

La informalidad en los países de la región es alta incluso en comparación con otros países de ingresos per cápita similares. El Gráfico 2.8 muestra que todos los países de América Latina, excepto Uruguay, se encuentran por encima de la línea de regresión allí mostrada, que representa la tasa de informalidad promedio para cada nivel de ingreso. Así, destacan México, Panamá y Paraguay, con tasas de informalidad, respectivamente, 28, 24 y 23 puntos porcentuales más altas de lo esperado dados sus niveles de ingreso per cápita. Otros países, sin embargo, también se encuentran relativamente más alejados de lo que cabría esperar para su nivel de ingreso, como Argentina, Colombia, Ecuador, Perú y República Dominicana, donde las tasas de informalidad son alrededor de 20 puntos porcentuales superiores a lo esperado.

En promedio, alrededor del 60 % de las personas ocupadas de la región trabajan en un empleo informal.

Cuadro 2.6

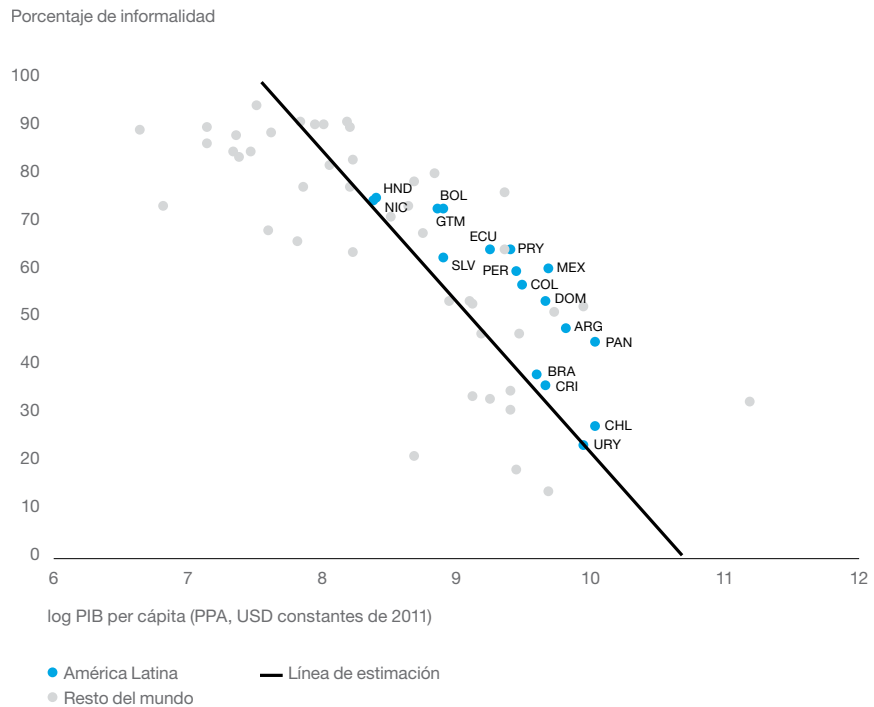
Tasa de informalidad en América Latina

País	Año	OIT ^a (porcentaje)	Año	CEDLAS (porcentaje)
Argentina	2018	48,1	2018 ^b	50,7
Bolivia	2018	73,2	2018 ^c	81,4
Brasil	2015	38,3	2015 ^c	41,1
Chile	2018	27,7	2017 ^c	31,8
Colombia	2018	57,3	2018 ^c	63,2
Costa Rica	2018	36,0	2017 ^c	38,0
Ecuador	2018	64,8	2017 ^b	71,1
El Salvador	2018	62,9	2017 ^c	71,1
Guatemala	2017	72,8	2014 ^c	81,1
Honduras	2017	75,6	2017 ^c	82,4
México	2004	60,7	2018 ^b	72,4
Nicaragua	2012	74,9	2014 ^c	77,6
Panamá	2018	45,3	n.d.	n.d.
Paraguay	2018	64,5	2015 ^c	77,8
Perú	2018	59,8	2018 ^b	79,2
Rep. Dominicana	2018	53,6	2016 ^b	55,2
Uruguay	2018	23,5	2017 ^c	28,6
Promedio		55,2		62,7

Notas: Se muestra el último año disponible de cada fuente. ^a El indicador de la OIT es el empleo informal como porcentaje del empleo no agrícola total. ^b El cálculo considera todos los trabajadores por cuenta propia como informales. ^c El cálculo toma en cuenta que los trabajadores por cuenta propia se clasifican, además, en formales e informales.

Fuente: Cálculos propios con base en datos de OIT (2020) y CEDLAS (2020).

Gráfico 2.8
Tasa de informalidad y PIB per cápita



Notas: La línea de estimación corresponde a los valores estimados de un modelo de regresión con efectos fijos por país para el periodo 2000-2018. Esta línea, específicamente, es para el efecto fijo promedio. Los puntos mostrados corresponden al último dato disponible para cada país en la muestra. Los datos para los países de América Latina son de 2018 excepto los de Brasil (2015), Guatemala (2017), Honduras (2017), Nicaragua (2012) y México (2004).

Fuente: Cálculos propios con base en datos de OIT (2020).

Esta alta incidencia de la informalidad en América Latina es el resultado de muchos factores estructurales de las economías de la región. Uno de ellos es la baja proporción del empleo en relación de dependencia.

Esta alta incidencia de la informalidad en América Latina es el resultado de muchos factores estructurales de las economías de la región. Uno de ellos es la baja proporción del empleo en relación de dependencia —la relación laboral por excelencia en la que se basan los sistemas bismarckianos de bienestar social— en comparación con lo que se observa en economías más desarrolladas. En promedio, el 60 % de los ocupados en la región se clasifican como empleados en relación de dependencia, una cifra menor que el 85 % correspondiente a los países de la OCDE (Cuadro 2.7). La situación apenas ha mejorado en las últimas décadas (aumentó en 3,5 puntos porcentuales entre 2000 y 2016), lo que denota el carácter estructural de esta problemática. La realidad es, además, bastante heterogénea entre países. Mientras que en algunos casos al menos dos de cada tres ocupados tienen un empleo con relación de dependencia (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México y Uruguay), en otros esta proporción es alrededor de la mitad (Colombia, Ecuador y Honduras) y puede llegar a ser tan baja como uno de cada tres (Bolivia).

Cuadro 2.7

Empleo con relación de dependencia

País	Trabajadores con relación de dependencia (porcentaje)		
	Circa 2000	Circa 2016	Diferencia (puntos porcentuales)
Argentina	72,1	74,7	2,6
Bolivia	31	35,2	4,3
Brasil	61,8	68,1	6,2
Chile	74,6	77,6	3
Colombia	49,3	48,7	-0,6
Costa Rica	70,8	76,1	5,3
Ecuador	53,3	51,3	-2
El Salvador	56,7	58,8	2,1
Guatemala	46,7	58,2	11,5
Honduras	45,8	50	4,3
México	65,6	72,6	7
Panamá	66,5	63,4	-3,1
Paraguay	44,9	55,6	10,7
Perú	37,4	44,6	7,2
República Dominicana	56,6	57	0,3
Uruguay	72,8	71,9	-0,9
Venezuela	56,3	58,3	1,9
América Latina	56,6	60,1	3,5
OCDE	82,9	85,1	2,2

Notas: Los trabajadores sin relación de dependencia son empleadores, trabajadores por cuenta propia o trabajadores familiares sin remuneración. Los datos de América Latina son promedios de los países del cuadro. Los datos de la OCDE excluyen a Chile, Colombia y México.

Fuente: Cálculos propios con base en datos de CEDLAS (2020) y OECD Statistics (OCDE, 2020d).

Los tipos de inserción laboral sin relación de dependencia pueden ser muy diversos, incluyendo desde empleadores en empresas grandes y pequeñas, profesionales independientes y trabajadores por cuenta propia de media o baja calificación, hasta trabajadores familiares sin remuneración. De estas categorías, el empleo por cuenta propia es el más numeroso, englobando a cerca del 70 % de los trabajadores sin relación de dependencia.

Esta diversidad no solo se refleja en los resultados laborales, como el nivel de ingresos, sino también en términos del acceso a las prestaciones de la seguridad social. La cobertura de seguridad social para los ocupados sin relación de dependencia suele basarse en regímenes contributivos obligatorios o voluntarios con beneficios dispares, no solo entre países, sino dentro de un mismo país.

En la mayoría de los países, la informalidad en el empleo independiente es muy elevada.

A riesgo de simplificar demasiado, el Cuadro 2.8 presenta información del tipo de cobertura (obligatoria o voluntaria) en un grupo de países para los que se obtuvo información, así como del nivel de informalidad, entendida como la proporción de trabajadores independientes sin aportes a la seguridad social. Como se observa, en la mayoría de los países, la informalidad en el empleo independiente es muy elevada y mayor entre los trabajadores por cuenta propia que entre los empleadores.

Cuadro 2.8
Informalidad en el empleo independiente

País	Tipo de régimen		Sin aportes a la seguridad social (porcentaje)	
	Obligatorio	Voluntario	Empleador	Cuentapropista
Argentina	X		28	66
Bolivia		X	94	97
Brasil	X		28	71
Chile	X		55	82
Colombia	X		79	90
Ecuador	X		56	85
México		X	n.d.	n.d.
Panamá	X		n.d.	n.d.
Paraguay		X	98	99.7
Perú		X	n.d.	n.d.
Uruguay	X		11	67

Notas: Los datos de aportes corresponden a los siguientes años: Argentina, 2015; Bolivia, 2014; Brasil, 2015; Chile, 2015; Colombia 2015, Ecuador 2019, Paraguay 2015 y Uruguay 2015. El dato de Argentina proviene de la Encuesta Nacional de Protección y Seguridad Social (ENAPROSS) y es representativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Gran Buenos Aires y las provincias de Chaco, Catamarca, Corrientes, Jujuy y Río Negro. El dato de Ecuador proviene de la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU). n.d. indica que el dato no está disponible.

Fuente: Elaboración propia según la legislación de cada país, con base en datos de ENEMDU (INEC, 2019), ENAPROSS (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de Argentina, 2015) y CEDLAS (2020).

No solamente los trabajadores sin una relación de dependencia corren el riesgo de no estar amparados por la protección social contributiva. En la práctica, debido a que muchas relaciones laborales ocurren de manera ilegal o informal, muchos trabajadores asalariados no realizan contribuciones y no están cubiertos por los sistemas de protección social. Si bien la proporción de empleados informales se ha reducido en las últimas décadas (cayó casi 9 puntos porcentuales entre 2005 y 2018), todavía es muy elevada. En 2018, la tasa de informalidad asalariada en los países de la región era del 43 % en promedio, y variaba en un rango muy amplio que iba desde apenas el 12 % en el caso de Uruguay hasta valores cercanos o superiores al 60 % en Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Paraguay (Cuadro 2.9).

Cuadro 2.9

Informalidad en el empleo asalariado

País	Asalariados sin aportes a la seguridad social (porcentaje)		
	Circa 2005	Circa 2018	Diferencia (puntos porcentuales)
Argentina	47	33	-14,2
Bolivia	60	53	-7,3
Brasil	35	22	-12,4
Chile	20	16	-4,3
Colombia	44	34	-9,1
Costa Rica	32	25	-7,8
Ecuador	67	45	-22,3
El Salvador	52	52	0,5
Guatemala	62	71	9,3
Honduras	64	66	1,7
México	61	62	1,6
Nicaragua	66	59	-7,0
Paraguay	71	62	-9,4
Perú	70	53	-17,2
República Dominicana	53	21	-32,5
Uruguay	22	12	-10
Promedio	52	43	-8,8

Fuente: Cálculos propios con base en datos de CEDLAS (2020)

Un punto a resaltar es que los países que se destacan por tener menores niveles de desempleo (ver Cuadro 2.5, pág. 100) tienden a tener niveles de informalidad relativamente altos, mientras que los países con mayores tasas de desempleo, en general, presentan niveles de informalidad menores. Ambos fenómenos, desempleo e informalidad, erosionan la base de contribuyentes como proporción de la población en edad de trabajar.

La heterogeneidad en el nivel de informalidad del empleo asalariado no solamente se da entre países, sino también dentro de cada uno de ellos. En efecto, la incidencia de la informalidad varía en función de características demográficas, como el sexo y la edad, y socioeconómicas, como el nivel educativo y de ingresos laborales de los trabajadores, como muestra el Gráfico 2.9.

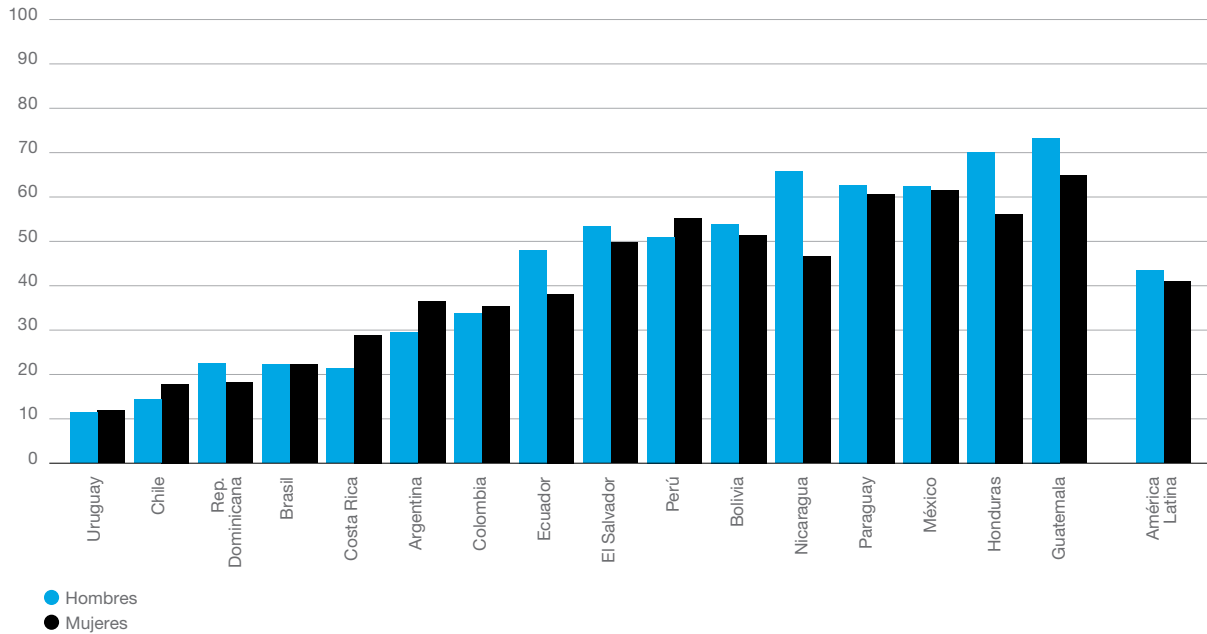
En 2018, la tasa de informalidad asalariada en los países de la región era del 43 % en promedio.

Gráfico 2.9

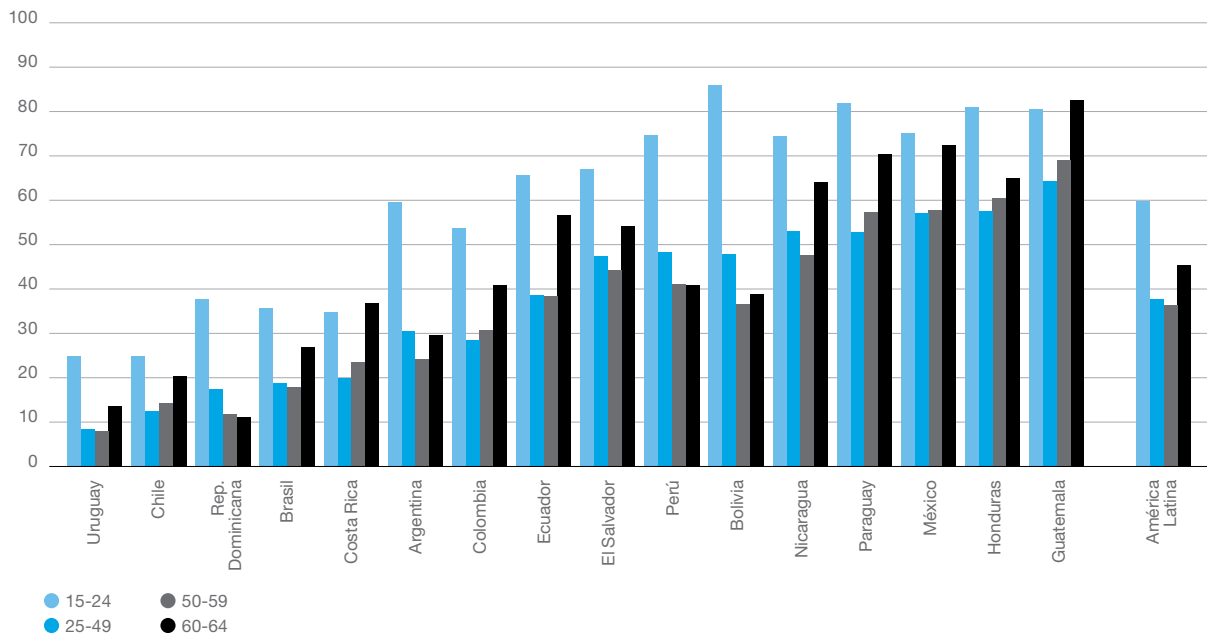
Tasa de informalidad asalariada según características sociodemográficas, circa 2018

Panel A. Tasa según sexo

Porcentaje de asalariados informales

**Panel B. Tasa según edad**

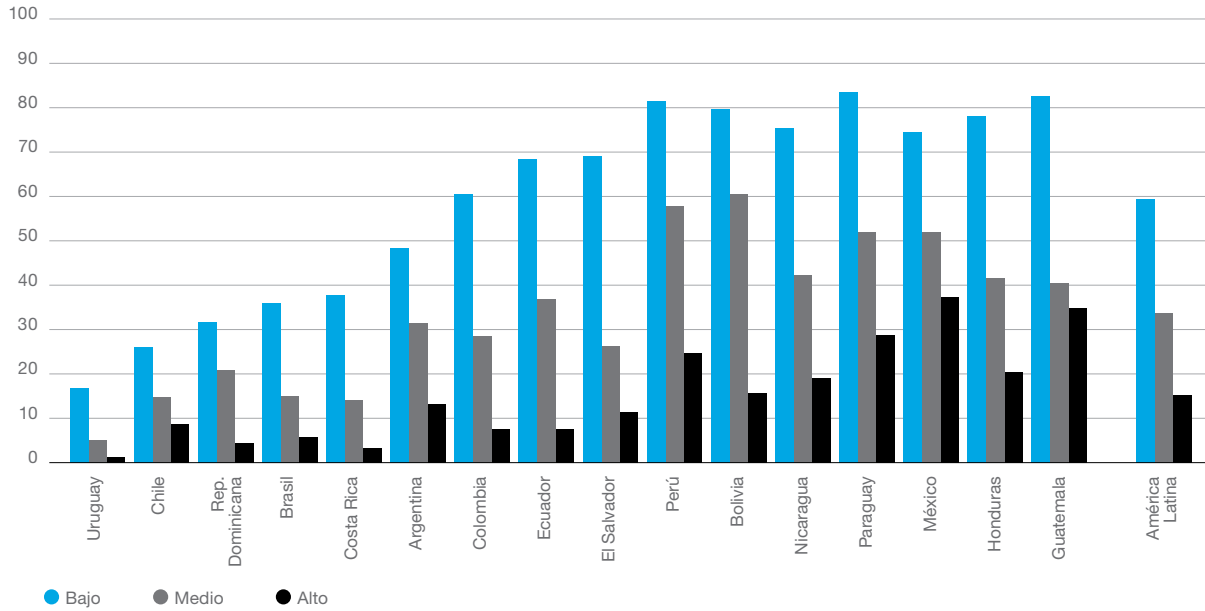
Porcentaje de asalariados informales



Continúa en la página siguiente →

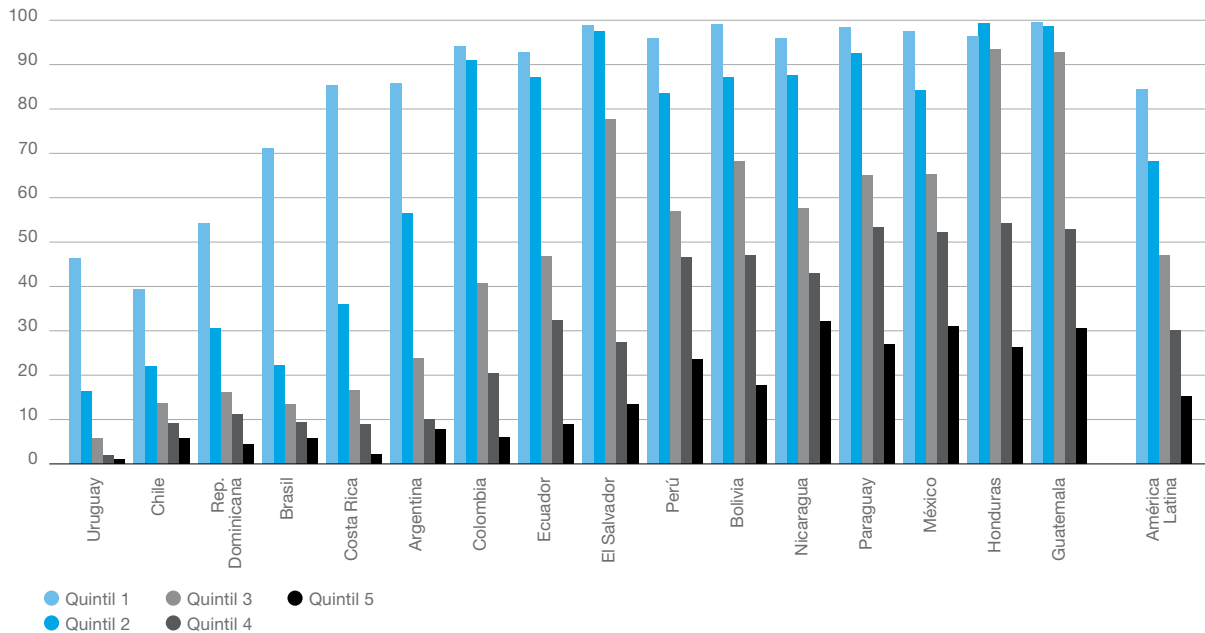
Panel C. Tasa según nivel educativo

Porcentaje de asalariados informales



Panel D. Tasa según ingreso laboral

Porcentaje de asalariados informales



Fuente: Cálculos propios con base en datos de CEDLAS (2020).

Los problemas para la inserción laboral de los jóvenes no solamente se expresan en la falta de oportunidades de empleo, como se vio antes, sino también en la dificultad de conseguir empleos de calidad. En general, los niveles de informalidad con relación a los distintos grupos de edad de los trabajadores tienen una distribución con forma de U, aunque son particularmente altos a edades más jóvenes. La tasa de informalidad de los asalariados de entre 15 y 24 años, que promedia el 60 % en América Latina, se ubica por encima del 80 % en países como Bolivia, Guatemala, Honduras y Paraguay. En cuanto al sexo, el signo y la magnitud de la brecha de las tasas de informalidad entre hombres y mujeres varían entre países. Por ejemplo, mientras que en Costa Rica la tasa de informalidad femenina es 8 puntos porcentuales más alta que la masculina, en Nicaragua es 19 puntos porcentuales más baja.

La informalidad varía con el nivel de educación y el salario del trabajador. Un asalariado con educación superior en América Latina tiene una tasa de informalidad del 15 % en promedio, con variaciones entre países que van desde el 1 % en Uruguay hasta el 37 % en México. En el otro extremo, la tasa de informalidad entre los asalariados con educación secundaria incompleta promedia en la región el 59 %, y en casi la mitad de los países analizados (7 de los 16) supera el 75 % de los asalariados. La relación entre informalidad e ingresos salariales es similar a la que existe con educación, como podría esperarse. La tasa de informalidad en el quintil superior de ingresos promedia el 15 %, y en la mitad de los países de la región es menor al 10 %. En cambio, la informalidad en el quintil de menores ingresos alcanza el 86 % del empleo asalariado en promedio, con países en los que casi la totalidad de los asalariados del quintil más pobre son informales.

Por último, si bien la informalidad laboral se manifiesta con más prominencia en microempresas, también está presente en empresas de mayor tamaño. En América latina, 1 de cada 4 asalariados informales está en empresas de 10 trabajadores o más, mientras que 8 de cada 100 están en empresas de al menos 100 trabajadores. En cuanto a la incidencia por sector de actividad, la informalidad alcanza al 35 % del empleo asalariado en las manufacturas y es mayor en sectores como la agricultura y la construcción, donde más del 60 % de los asalariados son informales.

La dinámica de las contribuciones y el acceso a una pensión en la vejez

El apartado anterior descompone la proporción de la población en edad de trabajar con cobertura del sistema de seguridad social en un momento del tiempo, en términos de la fracción que participa en el mercado de trabajo, el nivel de desempleo y la tasa de formalidad de los ocupados. Aumentar los niveles de cobertura durante la vida activa de las personas es un objetivo de política dado que tiene beneficios fiscales y de aseguramiento contra riesgos contemporáneos como, por ejemplo, perder el trabajo o contraer enfermedades. La cobertura de la población en edad laboral también importa por su incidencia sobre la probabilidad de acceder a una pensión —y a servicios de salud a costos adecuados— al retirarse de la vida activa. En la mayoría de los países de la región, el acceso a los beneficios jubilatorios, así como el monto de las prestaciones, se determina en función de una combinación de requisitos de edad y acumulación de aportes al sistema.

La cobertura de la población en edad laboral también importa por su incidencia sobre la probabilidad de acceder a una pensión al retirarse de la vida activa.

Para analizar la relación entre la cobertura en la etapa activa y el acceso a beneficios jubilatorios, es necesario pasar del enfoque estático del apartado anterior a uno que contemple la dinámica de las contribuciones a lo largo de la trayectoria laboral. Para ver por qué esto es clave, se puede considerar, por ejemplo, el porcentaje de ocupados con cobertura de la seguridad social en los países de la región, que según el Cuadro 2.6 (ver pág. 101) está alrededor del 40 % en promedio. Esa cifra podría ser compatible con diferentes niveles de acceso a beneficios jubilatorios en función del grado de movilidad laboral. En un extremo de segmentación total, en el que el 40 % de los trabajadores pasan la totalidad de sus vidas laborales en puestos con cobertura y el resto lo hace en situaciones sin cobertura, los primeros tendrán acceso a una jubilación y los segundos no. En el otro extremo de movilidad total, en el que un 40 % de trabajadores están cubiertos en cada momento, pero rotan permanentemente entre situaciones con cobertura y sin cobertura, solo aquellos trabajadores que logren acumular los años de contribución requeridos tendrán acceso a beneficios jubilatorios.

Esto se torna particularmente relevante en las economías latinoamericanas, que se caracterizan por la coexistencia de puestos que dan origen a contribuciones a la seguridad social y otros que no lo hacen, como se mostró en el apartado previo, y por una elevada rotación de trabajadores entre situaciones de empleo con y sin cobertura, de desempleo e inactividad, como se expone más adelante. En este contexto, el nivel de cobertura (aportantes) de la población activa en un momento del tiempo es un indicador poco informativo de la proporción de trabajadores que tendrá acceso a beneficios jubilatorios durante el retiro.

El estudio de la movilidad ocupacional entre situaciones con y sin cobertura de los esquemas de protección social contributiva puede abordarse con base en datos de encuestas de hogares que permiten seguir al mismo individuo a lo largo del tiempo (CAF, 2018). Según este tipo de análisis, una proporción relativamente alta de los asalariados formales en un año pasan a una situación laboral sin cobertura al año siguiente (ver Recuadro 2.1). Sin embargo, la corta duración de los paneles de las encuestas de hogares, que generalmente solo permiten seguir a un individuo hasta uno o dos años, impide analizar con precisión la dinámica de contribuciones durante el ciclo de vida.

Recuadro 2.1

Rotación laboral en países de América Latina según encuestas de hogares

Las encuestas de hogares en algunos países permiten observar la situación de un mismo individuo en distintos momentos del tiempo y por tanto arrojan una medida de la movilidad laboral, no solo entre tipos de empleo, sino también entre empleo, desempleo e inactividad. El Cuadro 1 presenta los patrones de movilidad entre categorías ocupacionales con y sin cobertura de programas contributivos para un grupo de países. La categoría con cobertura por excelencia es la de asalariados formales, mientras que las categorías típicamente no cubiertas son los asalariados informales, el resto de ocupados^a y las personas no ocupadas (desempleadas o inactivas). Como se observa, entre el 13 % (Argentina) y el 25 % (México) de los asalariados formales en un año pasan a una categoría ocupacional sin cobertura al año siguiente. Asimismo, entre el 11 % (Perú) y el 29 % (Brasil) de los asalariados informales en un año pasan a ser asalariados formales en el año siguiente. La movilidad desde otras categorías ocupacionales hacia el empleo asalariado formal es similar aunque de menor magnitud.

Cuadro 1

Transiciones anuales entre categorías ocupacionales

	Tasas de transición (porcentaje)				Total
	Asalariado formal	Asalariado informal	Resto de ocupados ^a	No ocupado ^b	
Argentina 2003-2015					
Asalariado formal	87	5	3	5	100
Asalariado informal	14	53	11	22	100
Resto de ocupados ^a	5	12	66	17	100
No ocupado ^b	3	9	5	83	100
Brasil 2009-2015					
Asalariado formal	83	3	4	10	100
Asalariado informal	29	39	11	22	100
Resto de ocupados ^a	10	5	71	14	100
No ocupado ^b	7	4	4	86	100
Chile 2011-2019					
Asalariado formal	84	5	3	9	100
Asalariado informal	26	35	14	26	100
Resto de ocupados ^a	7	7	66	19	100
No ocupado ^b	7	5	6	82	100
Ecuador 2007-2019					
Asalariado formal	82	6	5	7	100
Asalariado informal	15	52	19	14	100
Resto de ocupados ^a	4	10	70	16	100
No ocupado ^b	5	9	14	72	100
Perú 2008-2015					
Asalariado formal	80	9	6	5	100
Asalariado informal	11	52	24	13	100
Resto de ocupados ^a	2	11	77	11	100
No ocupado ^b	3	11	18	67	100
México 2005-2017					
Asalariado formal	75	15	3	7	100
Asalariado informal	15	56	13	17	100
Resto de ocupados ^a	2	14	64	20	100
No ocupado ^b	3	9	9	79	100

Notas: ^a Incluye a los empleadores, autoempleados y trabajadores sin remuneración. ^b Incluye desempleados e inactivos.

Fuente: Cálculos propios con base en datos de CEDLAS (2020) y ENEMDU Matrices de transición de 2007-2019 (INEC, 2019).

Los datos de encuestas de hogares muestran cierta movilidad entre las categorías con y sin cobertura de los esquemas de protección social contributiva. No obstante, la corta duración de los paneles de datos hace que no sea posible extraer conclusiones definitivas sobre la dinámica de contribuciones durante el ciclo de vida.

a. Si bien en algunos países una fracción de estos trabajadores tiene acceso a los beneficios de la protección social por medio de contribuciones obligatorias o voluntarias, se los considera "sin cobertura" debido a que, en general, representan una proporción menor del empleo y a que no se dispone de esa información para todos los países analizados.

Afortunadamente, en los últimos años, un número creciente de países de la región ha puesto a disposición de los investigadores datos de historias laborales provenientes de los registros administrativos de los sistemas de seguridad social. Varios trabajos aprovechan este tipo de datos para estudiar la dinámica de las contribuciones durante la trayectoria laboral y estimar la proporción de trabajadores que, a la edad de retiro, habrá logrado acumular suficientes años de aporte para garantizarse el derecho a recibir una pensión (de Melo *et al.*, 2019; Bucheli, Forteza y Rossi, 2010; Forteza *et al.*, 2009; Berstein, Larrain y Pino, 2006). Como se verá a continuación, las conclusiones que se obtienen de este tipo de análisis son menos optimistas que las que arrojan las encuestas de hogares.

Con base en la metodología desarrollada en los estudios mencionados e información de historias laborales proveniente de registros administrativos, se analizan los patrones de contribución durante de las trayectorias laborales en cuatro países: Argentina, Brasil, Ecuador y Uruguay. La información tiene periodicidad mensual y la ventana de tiempo de los datos varía según el país, desde los 13 años en Brasil (2005-2017) y Ecuador (2006-2018), hasta los 20 años en Argentina y Uruguay (en ambos casos, 1996-2015). Los trabajadores incluidos en los datos son aquellos que durante la ventana de observación tuvieron al menos un periodo de contribución.⁵

En cada mes de una trayectoria laboral, un trabajador puede aparecer en los datos como registrado o no registrado ante la seguridad social. El criterio para reportar como registrado a un trabajador varía según el país. En Uruguay y Ecuador, un trabajador tiene el estatus de registrado en un determinado mes si en ese periodo tiene una relación laboral asalariada, pública o privada, o un empleo independiente con aportes al sistema. Si tiene un empleo informal, un empleo independiente por el que no realiza contribuciones, o está desempleado o inactivo, aparece como no registrado. En el caso de Brasil, un trabajador figura como registrado si en el periodo en cuestión tiene una posición asalariada, tanto en el sector público como en el sector privado, y como no registrado si está en cualquier otra situación. El caso de Argentina es el más limitado en cuanto a cobertura, debido a que un trabajador figura como registrado en un determinado periodo solo si tiene un empleo asalariado en el sector privado en dicho periodo. Los trabajadores en situaciones de empleo público, empleo informal, empleo independiente, desempleo o inactividad no aparecen registrados.⁶

Con estas aclaraciones, a continuación se analizan los patrones de contribuciones durante la vida activa de los trabajadores, con énfasis en: i) la fracción de periodos de las trayectorias laborales con cobertura; ii) la rotación entre situaciones con y sin cobertura; iii) la tasa de formalidad a lo largo del ciclo de vida, y iv) las proyecciones de años de aporte acumulados a la edad de retiro.

5. Los detalles metodológicos y otras características de la información utilizada pueden encontrarse en Alves, Brassiolo y Martínez-Correa (2020).

6. Los resultados de Argentina deben interpretarse con cautela debido a que el sector público argentino representa alrededor del 20 % del empleo total (Gasparini *et al.*, 2015) y en el empleo independiente también existe un régimen de aportes obligatorio, por lo que la información disponible tiende a subestimar el nivel de formalidad en un momento del tiempo. En todo caso, el nivel de informalidad debería interpretarse con relación a la categoría de ocupación analizada (empleo asalariado en el sector privado).

Proporción de periodos con contribución: pocos aportan casi todo el tiempo, muchos aportan poco tiempo

Un primer indicador de los patrones de contribución durante la vida laboral es la proporción de periodos con contribución sobre el total de periodos de duración de la trayectoria laboral observada. La distribución de trabajadores según la proporción del tiempo que han contribuido se presenta en Gráfico 2.10. Las barras azules muestran el porcentaje de personas con una determinada proporción de contribuciones, mientras que las zonas sombreadas con distintos tonos de gris señalan los cuartiles de esta distribución. El primer cuartil, es decir, las trayectorias laborales con contribuciones durante un cuarto del tiempo o menos, engloban al 50 % de la población en edad de trabajar en Argentina, el 34 % en Ecuador, el 30 % en Uruguay y el 28 % en Brasil. En el otro extremo, la proporción de personas que ha contribuido durante tres cuartas partes de su trayectoria laboral o más —el cuarto cuartil— es del 15 % en Argentina, el 23 % en Ecuador, el 27 % en Uruguay y el 29 % en Brasil.

La mayoría de los trabajadores tiene trayectorias laborales que combinan periodos con contribución y periodos sin contribución.

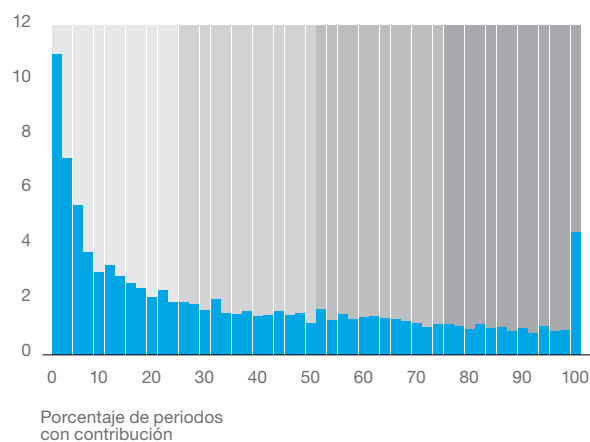
Dos observaciones merecen destacarse. La primera es que la mayoría de los trabajadores tiene trayectorias laborales que combinan periodos con contribución y periodos sin contribución, por lo que, como se mencionó antes, el acceso a los beneficios jubilatorios estará supeditado a que los periodos de contribución acumulados durante la vida laboral alcancen los mínimos legales. La segunda es que la distribución es bimodal, con mayor masa en los extremos de bajas y altas proporciones de contribución. Es decir, predominan los trabajadores que hacen pocas contribuciones durante su vida laboral y los que hacen contribuciones durante la mayor parte de esta.

Gráfico 2.10

Densidad de las contribuciones a la seguridad social

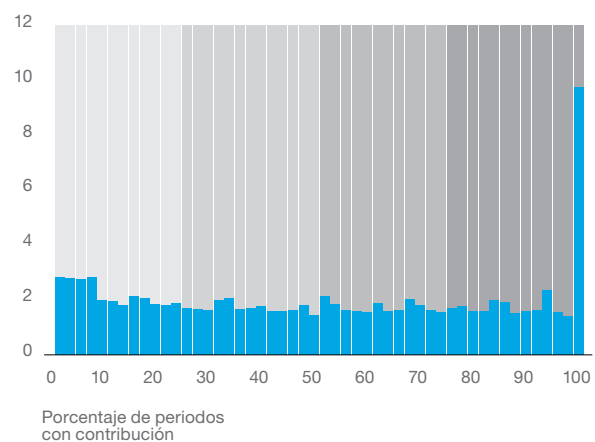
Panel A. Argentina

Porcentaje de personas



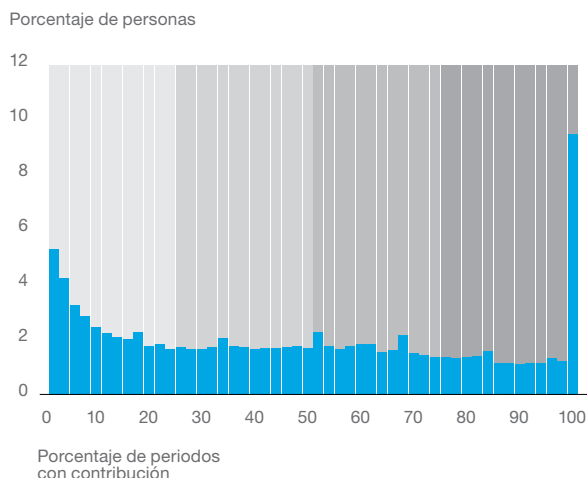
Panel B. Brasil

Porcentaje de personas

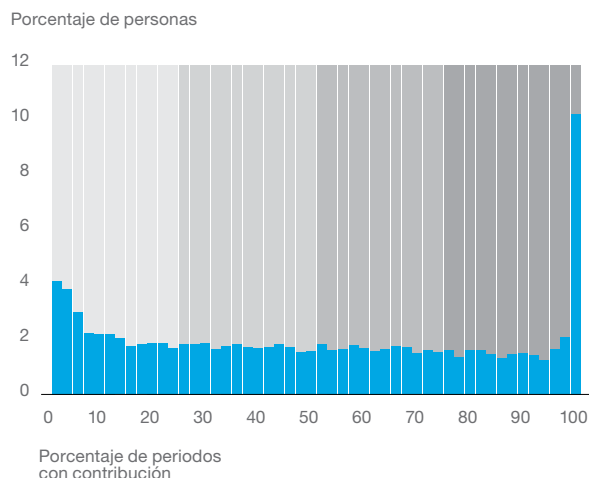


Continúa en la página siguiente →

Panel C. Ecuador



Panel D. Uruguay



Fuente: Elaboración propia con base en los registros administrativos de la seguridad social de cada país.

El Cuadro 2.10 muestra cómo varía la proporción de contribuciones según las características de los trabajadores. En promedio, un trabajador está registrado y realiza contribuciones a la seguridad social el 35 % del tiempo que dura su trayectoria laboral en Argentina, el 51 % del tiempo en Brasil, el 47 % en Ecuador y el 50 % en Uruguay. Si bien el promedio de la variable es poco informativo cuando esta tiene una distribución bimodal, puede resultar útil para analizar cómo varía en función de las características de los individuos.

En general, esta proporción media de periodos de contribución es mayor entre los hombres que entre las mujeres, y tiene una forma de U invertida con relación a la edad, con los trabajadores en edad laboral central contribuyendo una mayor fracción del tiempo. Asimismo, la proporción de contribuciones crece con el nivel de salarios de los trabajadores, con gradientes que varían entre países: mientras que en Brasil y Uruguay la proporción de periodos con contribución del quintil más rico es alrededor de 2 veces la del quintil más pobre, en Ecuador esa relación es de 3,5 veces y en Argentina llega a ser de más de 4 veces. En cuanto al sector, la fracción de contribuciones de los trabajadores del sector público es mayor que la del sector privado.

Estos resultados dejan entrever que, bajo las circunstancias actuales, una parte importante de la fuerza laboral corre el riesgo de no acumular el mínimo de años de contribución para tener acceso a una pensión contributiva en el retiro. Y el hecho de que eso es más probable que ocurra con los trabajadores de menores ingresos, cuya densidad de contribuciones es más baja, pone en evidencia que los mínimos de años de contribución elevados pueden ser un elemento regresivo de los sistemas de pensiones contributivos.

Bajo las circunstancias actuales, una parte importante de la fuerza laboral corre el riesgo de no acumular el mínimo de años de contribución para tener acceso a una pensión contributiva en el retiro.

Cuadro 2.10

Proporción media de contribuciones según características del trabajador

	Periodos con contribución (porcentaje)			
	Argentina	Brasil	Ecuador	Uruguay
Total	35	51	47	50
Sexo				
Mujer	30	50	46	48
Hombre	38	53	47	51
Grupo de edad				
18-30 años	31	47	35	43
31-40 años	42	54	50	56
41-50 años	42	57	55	60
51-60 años	42	54	60	62
61-70 años	26	35	48	33
Nivel de ingresos				
Quintil 1	14	35	20	31
Quintil 2	22	42	40	37
Quintil 3	33	49	46	47
Quintil 4	48	60	58	62
Quintil 5	60	71	69	71
Sector				
Asalariado público	n.d.	68	61	67
Asalariado privado	35	48	44	46
Independiente	n.d.	n.d.	42	53

Notas: La agrupación de los trabajadores por sector se realiza en función del sector al que el trabajador contribuye la mayor parte de su trayectoria laboral. n.d. indica que el dato no está disponible.

Fuente: Cálculos propios con base en los registros administrativos de la seguridad social de cada país.

Movilidad durante la vida laboral: alta rotación y corta duración de los periodos en situación de contribución

Las trayectorias laborales, como se indicó anteriormente, se caracterizan por una elevada rotación entre situaciones con cobertura y sin cobertura. El Cuadro 2.11 muestra las probabilidades de transitar de un estado a otro. Del total de personas que en un determinado mes no están registradas en la seguridad social, la proporción que pasa a estar registrada en el mes siguiente varía, según el país, entre el 1,6 % (Argentina) y el 3,1 % (Uruguay). Asimismo, del total de personas registradas en el sistema en determinado periodo,

pasan a estar no registradas en el periodo siguiente entre el 2,7 % (Ecuador) y el 3,7 % (Argentina).⁷ Debido a que estas tasas son mensuales, los equivalentes anuales resultan de magnitud considerable. A lo largo de un año cualquiera, entre un quinto (Argentina) y un tercio (Uruguay) de los trabajadores transitan hacia una situación de cobertura. Asimismo, durante ese mismo periodo, cerca de una tercera parte de los trabajadores cubiertos caen en situaciones sin cobertura.

A lo largo de un año cualquiera, cerca de una tercera parte de los trabajadores cubiertos caen en situaciones sin cobertura.

Cuadro 2.11

Tasas de transición entre estados laborales en el sistema de seguridad social por país

	Transición hacia cobertura (porcentaje)		Transición hacia NO cobertura (porcentaje)	
	Mensual	Anual	Mensual	Anual
Argentina	1,63	17,94	3,66	36,10
Brasil	2,53	26,49	2,82	29,04
Ecuador	2,16	23,03	2,70	28,00
Uruguay	3,07	31,21	3,46	34,50

Notas: El cuadro muestra las tasas de transición entre situaciones con y sin cobertura del sistema de seguridad social. Cada tasa se calcula como la proporción de individuos que cambian de estado laboral en un determinado periodo sobre el total de individuos en ese estado laboral durante ese periodo. Debido a que los datos tienen una periodicidad mensual, las tasas inicialmente se calculan para cada mes, y la tasa equivalente anual se obtiene como $1-(1-m)^{12}$, donde m es la tasa mensual.

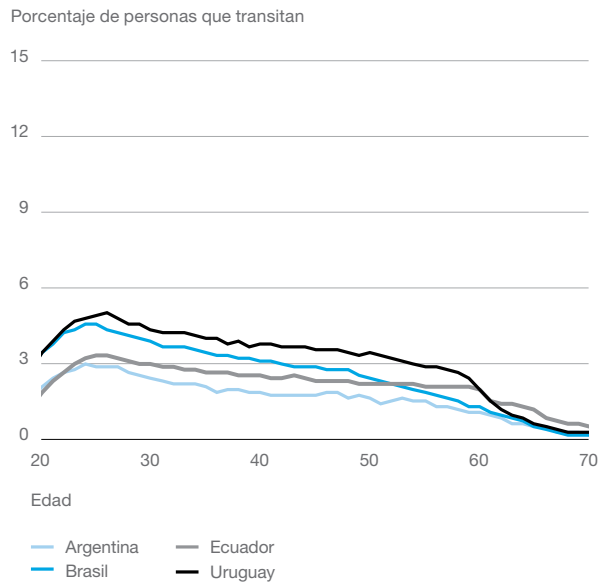
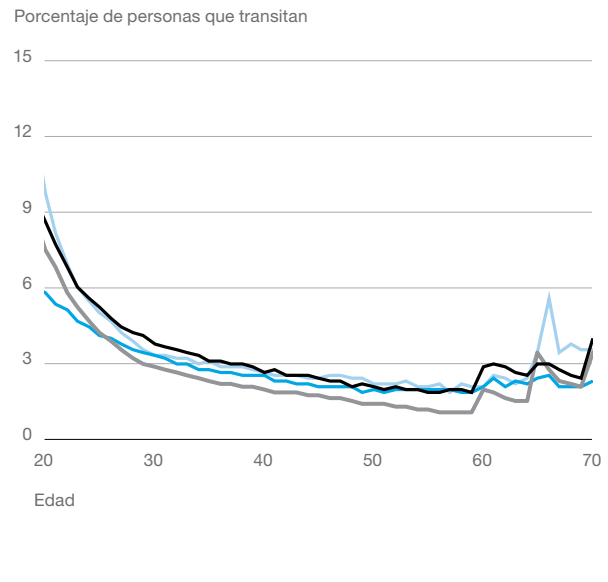
Fuente: Cálculos propios con base en los registros administrativos de la seguridad social de cada país.

El Gráfico 2.11 muestra las transiciones mensuales hacia estados con contribución (panel A) y hacia estados sin contribución (panel B) según la edad del trabajador para los cuatro países analizados. En general, los patrones de transición a lo largo del ciclo de vida son similares entre países, con diferencias en los niveles absolutos de las tasas. Las transiciones hacia situaciones de contribución son crecientes hasta alrededor de los 25 años, probablemente como resultado de la incorporación creciente de individuos al mercado laboral, tocando máximos que van del 3 % mensual en Argentina y Ecuador al 5 % mensual en Brasil y Uruguay. A partir de esa edad, las tasas de transición hacia la situación de contribución decrecen paulatinamente. Las transiciones hacia situaciones sin cobertura, en cambio, siguen un patrón descendiente —más pronunciado en edades más jóvenes— en todos los países, hasta las edades de retiro de la vida activa, cuando se observan saltos discretos en la probabilidad de pasar de una situación de cobertura a una sin cobertura.

7. Levy (2019) documenta este mismo panorama de elevada rotación para el caso de México.

Gráfico 2.11

Tasas de transición entre estados laborales en el sistema de seguridad social según la edad del trabajador

Panel A. Transiciones hacia contribución**Panel B. Transiciones hacia NO contribución**

Notas: El panel A muestra las tasas de transición de una situación sin contribución a una con contribución según la edad del trabajador, mientras que el panel B muestra las tasas correspondientes a transiciones en el sentido contrario. Para cada edad del trabajador, el nivel de cada tasa de transición refleja el promedio mensual de la probabilidad de transitar entre estados.

Fuente: Cálculos propios con base en los registros administrativos de la seguridad social de cada país.

La mitad de las duraciones observadas en situación de cobertura son de apenas 6 meses en Argentina y Uruguay, y 12 meses en Brasil y Ecuador.

Esta elevada rotación entre situaciones con contribución y sin ella se refleja en una cantidad elevada de periodos con una duración relativamente corta. La duración promedio de un periodo de cobertura es de 26 meses en Argentina, 27 meses en Uruguay, 29 meses en Brasil y 32 meses en Ecuador. Pero la mitad de las duraciones observadas en situación de cobertura son de apenas 6 meses en Argentina y Uruguay, y 12 meses en Brasil y Ecuador. Estos datos comprueban una vez más la alta inestabilidad laboral característica de la región. Los periodos sin cobertura tienden a durar más que los de cobertura en Argentina y Ecuador, mientras que tienen una duración similar en Brasil y Uruguay. Por ejemplo, la mitad de las duraciones sin cobertura son de al menos 15 y 18 meses en Argentina y Ecuador, respectivamente (Cuadro 2.12).

Cuadro 2.12

Duración de los periodos con contribución y sin contribución por país
(en meses)

	Promedio	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Períodos consecutivos CON contribución				
Argentina	26	2	6	25
Brasil	29	5	12	35
Ecuador	32	4	12	43
Uruguay	27	2	6	25
Períodos consecutivos SIN contribución				
Argentina	41	3	15	59
Brasil	26	5	12	34
Ecuador	33	5	18	52
Uruguay	26	2	6	26

Fuente: Cálculos propios con base en los registros administrativos de la seguridad social de cada país.

Formalidad durante la vida laboral: forma de U invertida

Un indicador de interés es el comportamiento de la tasa de formalización durante el ciclo de vida, definida como la proporción de personas de una cierta edad con contribución a la seguridad social sobre el total de personas con esa edad.

Antes se ha podido ver que la proporción de contribuciones de una trayectoria laboral se distribuye con forma de U invertida durante la etapa de vida activa del trabajador, esto es, sube hasta los 25 años para luego comenzar a disminuir paulatinamente. En principio, podría esperarse que la tasa de formalización en un momento del tiempo (que puede interpretarse como la probabilidad de que el trabajador típico esté en una situación de cobertura en ese momento) siga un patrón similar a lo largo del ciclo de vida. Sin embargo, por las características de la información utilizada, la simple observación de la relación entre las tasas de formalidad y la edad no es suficiente para corroborar ese patrón, puesto que podrían mezclarse efectos de la cohorte de nacimiento y del ciclo económico.⁸

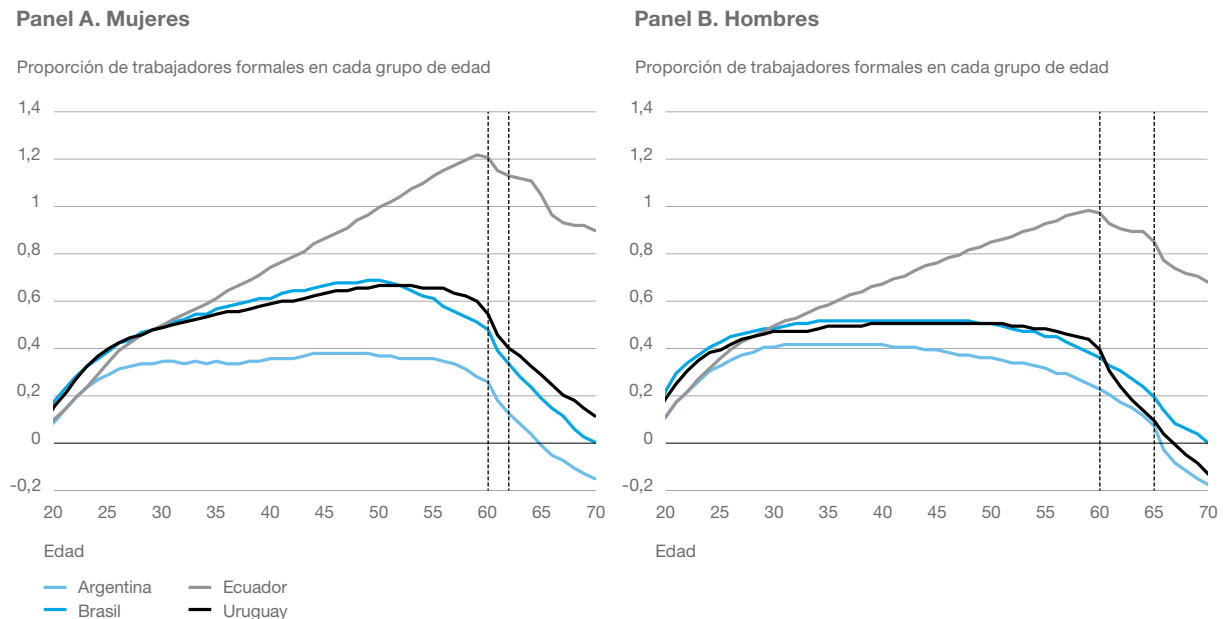
Una manera de aislar la relación entre la tasa de formalización y la edad es estimar la proporción media de contribuciones para cada edad, controlando por características de los individuos que no varían en el tiempo y por efectos de año calendario. Como se observa en el Gráfico 2.12, la tasa de formalización es creciente en todos los países hasta alrededor de los 25 años, momento a partir del cual toma trayectorias diferentes. Mientras que en Argentina se mantiene en este nivel hasta algunos años antes

8. Debido a que las ventanas de observación de los datos son relativamente cortas, las tasas de formalización en edades más altas solo se observan en cohortes más antiguas, mientras que las correspondientes a edades más bajas solo se observan en cohortes más jóvenes, por lo que el efecto de la edad tiende a mezclarse con el de la cohorte de nacimiento. Asimismo, cambios en la situación macroeconómica o en aspectos regulatorios que afectan la tasa de formalidad generarán ruido en la relación entre formalidad y edad.

de la edad de retiro, en Brasil y Uruguay continúa creciendo —aunque a tasas menores— hasta pasados los 50 años, y en Ecuador se mantiene la tendencia creciente y pronunciada hasta casi los 60 años. Finalmente, en todos los países analizados, la tasa de formalización cae rápidamente a medida que se acerca la edad de retiro.

Gráfico 2.12

Tasas de formalización según la edad en cuatro países de América Latina



Notas: La curva correspondiente a cada país muestra los coeficientes estimados en una regresión por mínimos cuadrados ordinarios en la que la variable dependiente es la proporción de personas con cobertura y las variables independientes de interés son un conjunto de variables binarias para cada edad. Se incluyen como controles efectos fijos de año y efectos fijos a nivel individual. Las líneas verticales indican las edades (mínimas) de retiro en cada país: 60 años para mujeres y 65 para hombres en Argentina; 62 y 65 años para mujeres y hombres, respectivamente, en el caso de Brasil; y 60 años para mujeres y hombres en Ecuador y Uruguay.

Fuente: Cálculos propios con base en los registros administrativos de la seguridad social de cada país.

Proyecciones: ¿con cuántos años de contribución se llega a la edad de retiro?

Los resultados mostrados hasta aquí confirman que una historia laboral típica combina periodos de contribución con periodos sin contribución, producto de la alta probabilidad de pasar de un estado a otro, y que, consecuentemente, los periodos de contribución tienden a durar poco tiempo. Esto hace prever que muchos trabajadores no serán capaces de acumular suficientes años de aporte para acceder a una pensión.

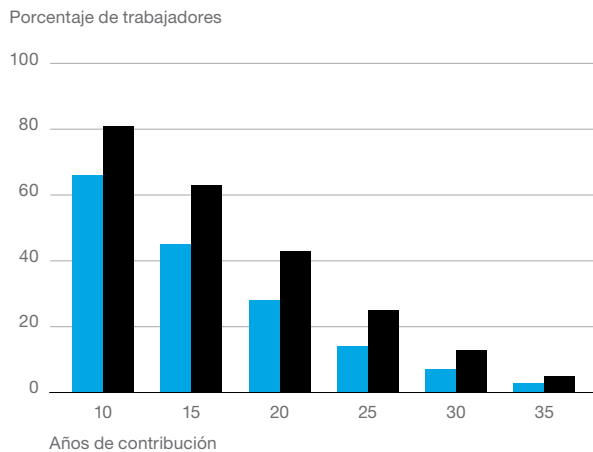
En efecto, utilizando como insumos los resultados anteriores, se puede estimar la proporción de trabajadores que acumularán cierta cantidad de años de aporte a la edad de retiro mínima de cada país, tal como se muestra en el

Gráfico 2.13.⁹ A modo de ejemplo, se observa que a las edades de retiro vigentes en Argentina, solo el 7 % de las mujeres y el 13 % de los hombres habrán logrado acumular 30 años de aportes al sistema. Esas cifras son, respectivamente, el 8 % y el 12 % en Brasil, el 21 % y el 6 % en Ecuador, y el 15 % y el 20 % en Uruguay.

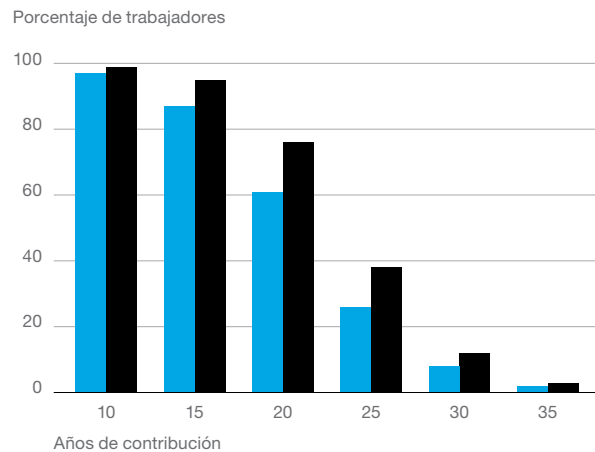
Gráfico 2.13

Trabajadores por años de contribución alcanzados a la edad (mínima) de retiro en cada país según sexo

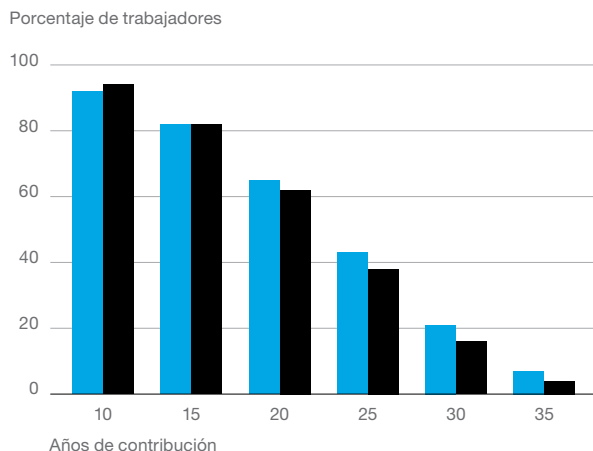
Panel A. Argentina (60 mujeres, 65 hombres)



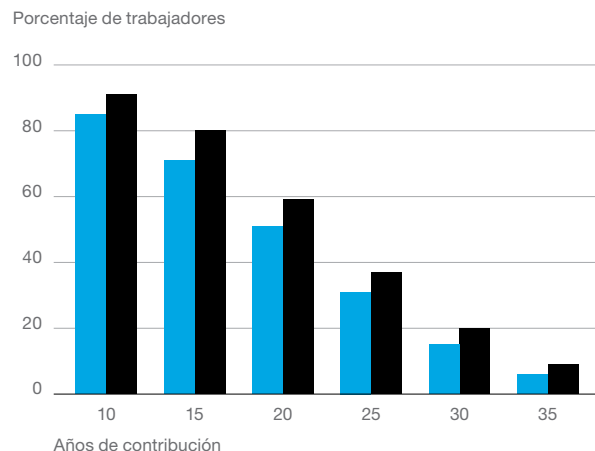
Panel B. Brasil (60 mujeres, 62 hombres)



Panel C. Ecuador (60 mujeres y hombres)



Panel D. Uruguay (60 mujeres y hombres)



● Mujer
● Hombre

Fuente: Cálculos propios con base en los registros administrativos de la seguridad social de cada país.

9. El Capítulo 3 profundiza en las restricciones que supone la exigencia de un elevado número de años de aporte para el acceso a una pensión contributiva.

Una fracción considerable de la fuerza laboral, particularmente la que tiene menos ingresos, está en riesgo de quedar excluida del beneficio de recibir una pensión contributiva al jubilarse.

Si este ritmo de acumulación de aportes es suficiente o no para acceder a una jubilación contributiva depende de las legislaciones en cada país, análisis que se realiza en el Capítulo 3. No obstante, es posible anticipar que una fracción considerable de la fuerza laboral, particularmente la que tiene menos ingresos, está en riesgo de quedar excluida del beneficio de recibir una pensión contributiva al jubilarse. Esto demuestra que el requisito de años mínimos de contribución elevados puede constituir un elemento regresivo en los sistemas de pensiones contributivos. Los resultados sacan además a relucir los enormes desafíos que enfrentan los sistemas de pensiones contributivos en la región para proteger a los trabajadores más vulnerables, asegurándoles un ingreso mínimo en la vejez.

Tendencias I: una fuerza laboral que envejece

Los cambios demográficos en América Latina están teniendo un efecto importante sobre la composición etaria de la fuerza laboral, tal como muestra el Gráfico 2.14. En el año 2000, el 39 % de la fuerza laboral de la región era menor de 30 años y el 17 % tenía 50 años o más. En 2020, se prevé que esas cifras sean aproximadamente del 30 % y el 24 %, ¹⁰ respectivamente, mientras que en 2050 se proyecta que sean el 22 % y el 35 %. ¹¹ Estos cambios implican que en aproximadamente dos generaciones (de 2000 a 2050) el trabajador promedio en la región envejecerá 8 años, pasando de 36 años en 2000 a 44 años en 2050.

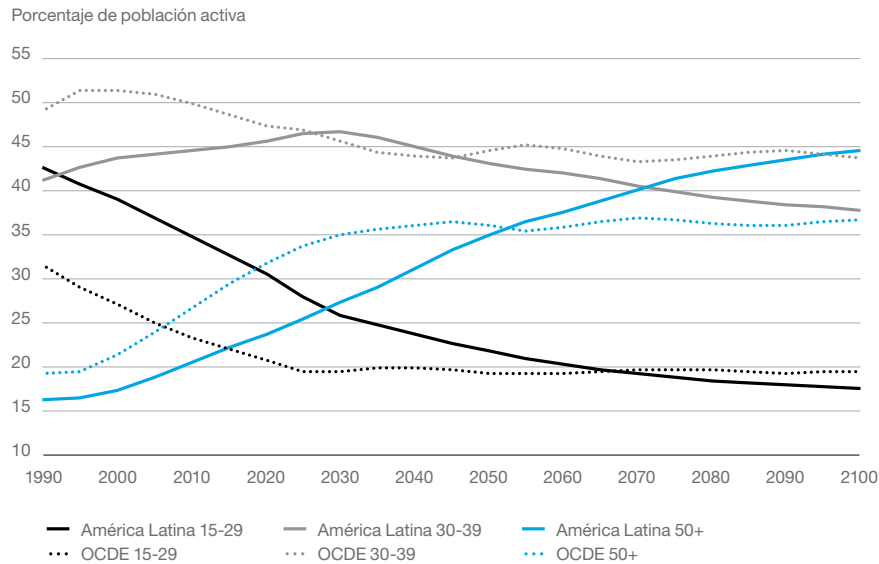
Si se extienden estas proyecciones más allá de 2050, se observan varios resultados interesantes. En primer lugar, para 2055, se prevé que la proporción de trabajadores de 50 años y más en América Latina sobrepase la observada en los países de la OCDE, la cual se espera que se estabilice en torno al 37 % a partir de mediados de siglo. En América Latina, se proyecta que en 2055 esté ligeramente por encima de ese porcentaje y que continúe creciendo hasta llegar a alrededor del 45 % en 2100. Asimismo, se espera que la fracción de trabajadores jóvenes en la OCDE se estabilice en aproximadamente el 20 % desde la actualidad. En América Latina, por el contrario, esta proporción cae continuamente hasta situarse en el 18 % en 2100. Estas tendencias de largo plazo significan que la edad del trabajador promedio en la región pasaría de 44 años en 2050 (prácticamente la misma que en los países de la OCDE) hasta 47 años en 2100 (tres más que la observada en la OCDE).

10. Estas cifras para 2020 no toman en cuenta los efectos de la COVID-19.

11. La OIT ofrece proyecciones de participación laboral por edad y sexo hasta 2030. A partir de ese año, se mantienen constantes las tasas de participación. En este ejercicio, también se utilizan las proyecciones de población por edad y sexo de las Naciones Unidas.

Gráfico 2.14

Distribución etaria de trabajadores activos en América Latina y la OCDE, 1990-2100



Notas: Se muestran los promedios para cada grupo de países. El promedio de América Latina incluye: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay. El promedio de la OCDE excluye a Chile, Colombia y México. Los porcentajes de trabajadores en cada grupo de edad son calculados de acuerdo a las estimaciones de población de las Naciones Unidas y las tasas de participación laboral de la OIT por edad y sexo. Las estimaciones de la OIT llegan hasta 2030. A partir de ese año se mantienen fijas las tasas de participación laboral estimadas para 2030.

Fuentes: Cálculos propios con base en datos de OIT (2020) y Naciones Unidas (2019b).

Los cambios demográficos, tanto en la población en general como en la fuerza laboral, tienen implicaciones importantes para los sistemas de protección social de los países de la región.¹² Para mostrar esto es útil analizar la evolución de la relación entre el tamaño de la fuerza laboral y de la población adulta mayor (65 años y más), lo que se puede apreciar en el Cuadro 2.13 y el Gráfico 2.15. América Latina, en promedio, tenía cerca de 8 trabajadores activos por cada adulto mayor en 2000, mientras que actualmente tiene algo menos de 6. Para 2050, se espera que esa relación caiga a la mitad de la observada actualmente, a una razón de 2,8 trabajadores activos por cada adulto mayor, cifra ligeramente superior al promedio observado actualmente en los países de la OCDE. De esto se puede inferir que América Latina, en su conjunto, se encuentra en una etapa de su transición demográfica, al menos en lo que respecta a este indicador, entre 30 y 35 años por detrás de los países más avanzados. Para 2100, sin embargo, se prevé que ambos grupos de países, en promedio, converjan a la misma razón de 1,3 trabajadores activos por cada adulto mayor.

América Latina, en su conjunto, se encuentra en una etapa de su transición demográfica entre 30 y 35 años por detrás de los países más avanzados de acuerdo a la relación entre la población activa y la población adulta mayor.

12. El Capítulo 1 avanza algunas implicaciones de la transición demográfica y el envejecimiento para el crecimiento económico y la productividad, y apunta algunos desafíos en materia de protección social.

Cuadro 2.13

Relación entre población activa y población adulta mayor

País	2000	2020	2050	2100
Argentina	4,4	3,9	2,6	1,4
Bolivia	7,9	6,1	3,9	1,7
Brasil	8,4	5,1	1,9	1,1
Chile	5,2	3,9	1,8	1,1
Colombia	8,5	5,6	2,3	1,2
Costa Rica	7,2	4,6	1,8	1,0
Ecuador	8,6	6,1	2,9	1,4
El Salvador	6,8	4,7	2,7	1,0
Guatemala	8,4	7,9	4,0	1,4
Honduras	9,9	9,2	3,8	1,4
México	7,4	5,6	2,5	1,2
Nicaragua	9,4	7,9	3,2	1,3
Panamá	7,6	5,4	2,5	1,4
Paraguay	9,5	7,2	4,0	1,7
Perú	8,6	6,2	2,8	1,5
Rep. Dominicana	7,8	5,9	2,9	1,3
Uruguay	3,5	3,2	2,2	1,3
Venezuela	9,1	5,2	2,8	1,4
Promedios:				
América Latina	7,7	5,8	2,8	1,3
OCDE	3,5	2,7	1,6	1,3

Notas: Las cifras corresponden al cociente población activa / población de 65 años y más.

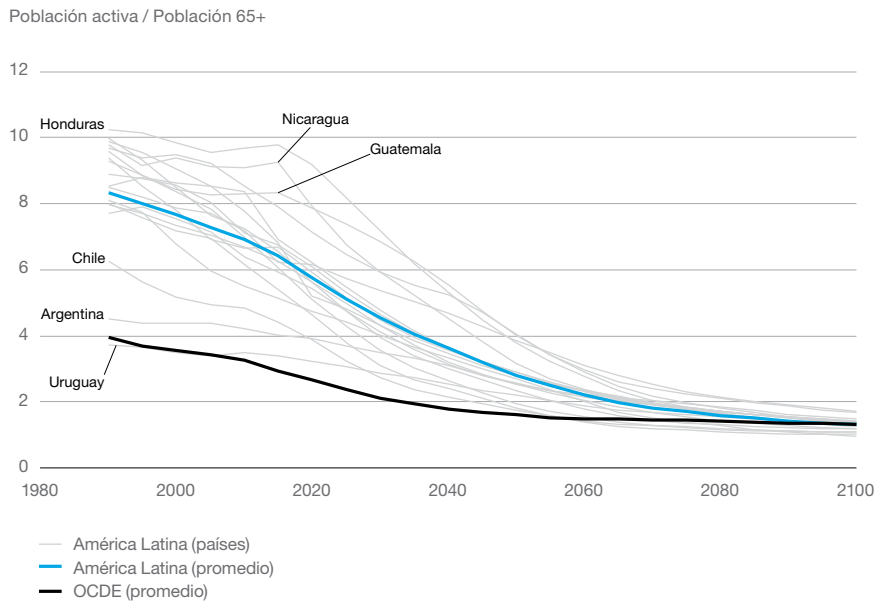
Fuente: Cálculos propios con base en datos de OIT (2020) y Naciones Unidas (2019b).

El promedio regional, sin embargo, esconde grandes diferencias entre países. Por un lado, se encuentran los países del Cono Sur (Argentina, Chile y Uruguay), que actualmente tienen entre 3 y 4 trabajadores por adulto mayor. En el otro extremo están países centroamericanos (Honduras, Guatemala y Nicaragua), donde hay entre 8 y 10 trabajadores por adulto mayor. Esto significa que los países de la región se encuentran en etapas muy diferentes de su transición demográfica, como se expuso en el Capítulo 1.

No obstante lo anterior, como se aprecia en el Gráfico 2.15, las diferencias entre países en el número de trabajadores por adulto mayor se van cerrando progresivamente. Por ejemplo, la brecha actual entre el máximo y el mínimo es de casi 6 trabajadores (comparando Honduras y Uruguay), mientras que en 2050 sería de 2,3 (diferencia entre Paraguay y Chile) y en 2100, menos de 1 (cotejando Bolivia y El Salvador). Esto implica que los cambios que previsiblemente sufrirán los países que se encuentran en etapas más tempranas de su transición demográfica —como Guatemala, Honduras y Nicaragua— serán mucho más acelerados en los próximos 50 años, lo cual presenta un reto adicional para los mismos.

Gráfico 2.15

Relación entre población activa y población adulta mayor, 1990-2100



Notas: Se muestran los promedios para cada grupo de países. El promedio de América Latina incluye: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Y el promedio de la OCDE excluye a Chile, Colombia y México.

Fuentes: Cálculos propios con base en datos de OIT (2020) y Naciones Unidas (2019b).

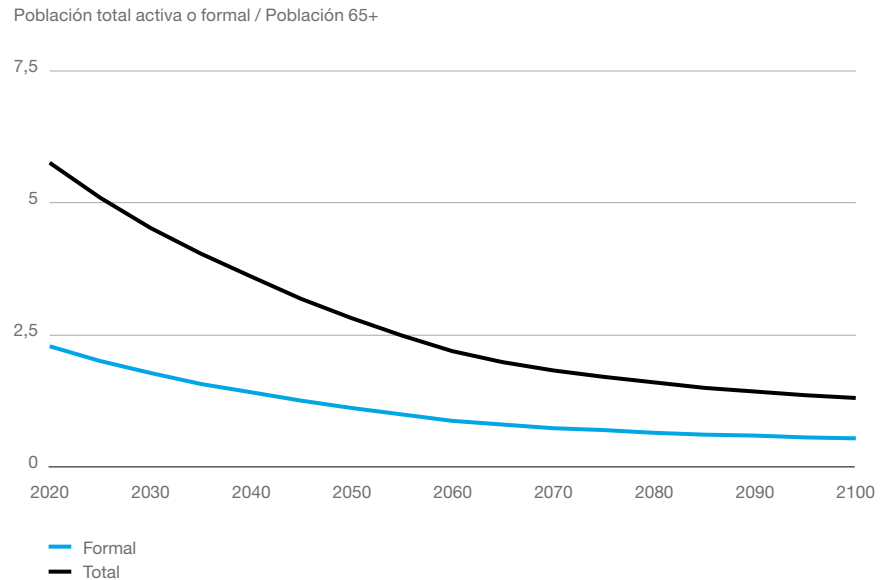
Un indicador quizás más relevante para la sostenibilidad de los regímenes de protección social y, especialmente, el de pensiones es aquel que toma en cuenta a los trabajadores que efectivamente realizan aportes a estos sistemas. En este sentido, si se corrige la relación de trabajadores activos por adulto mayor por la tasa de formalidad —esto es, se calcula la razón entre población activa con un trabajo formal (que aporta a la seguridad social) y los adultos mayores—, el panorama de la región cambia significativamente. Como se aprecia en el Gráfico 2.16, actualmente en América Latina hay 2,4 trabajadores formales por cada adulto mayor, lo cual pone a la región en niveles similares a los de la OCDE.¹³ En 2050, el número de trabajadores formales por adulto mayor se prevé que disminuirá incluso más, hasta 1,2. Para poner estas cifras en perspectiva, Japón, uno de los países más envejecidos del mundo, tiene actualmente aproximadamente 1,7 personas activas por cada adulto mayor, mientras que en 2050 el ratio será de 1,1.

Actualmente en América Latina hay 2,4 trabajadores formales por cada adulto mayor, lo cual pone a la región en niveles similares a los de la OCDE.

13. Los niveles de informalidad laboral en los países de la OCDE son bajos a juzgar por el tamaño de la economía sumergida, que se estima entre el 7 % y el 15 % del PIB en promedio, de acuerdo con Gyomai y van de Ven (2014) y Medina y Schneider (2018).

Gráfico 2.16

Relación entre población activa y población adulta mayor corregida por informalidad laboral en América Latina, 2020-2100



Notas: La línea negra muestra la razón de trabajadores activos a adultos mayores, mientras que la línea azul muestra la razón de trabajadores formales a adultos mayores. Es decir, el segundo cálculo corrige el primero por informalidad laboral. Para ello, se utiliza el último dato disponible de informalidad para cada país. Ambas líneas corresponden a promedios de América Latina, que incluye a: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

Fuentes: Cálculos propios con base en datos de OIT (2020) y Naciones Unidas (2019b).

Tendencias II: avances tecnológicos, efectos en el empleo y trayectorias de contribución

Los avances tecnológicos pueden generar efectos sobre el mercado laboral que son relevantes para el diseño de los sistemas de protección social a través de dos canales. Por un lado, además de aumentar la productividad e impulsar el crecimiento económico, estos desarrollos pueden traer consecuencias distributivas. Esto se debe a que tienden a mejorar el empleo y los salarios —y, por lo tanto, las contribuciones— de trabajadores que aprovechan estas mejoras tecnológicas (por ejemplo, el diseño industrial), así como a menoscabar el bienestar (empleo y salarios) de trabajadores en otras ocupaciones a las que afectan negativamente (por ejemplo, las actividades administrativas). Por otro lado, las innovaciones tecnológicas facilitan la generación de oportunidades de empleo en modalidades diferentes a las tradicionales. Ambos efectos plantean nuevos desafíos y demandan

respuestas de los esquemas de protección social. A continuación se analizan estos dos aspectos y sus implicaciones.

Automatización y digitalización, polarización y consecuencias para la protección social

La digitalización, la robótica y la inteligencia artificial permiten aumentar la eficiencia con la que se utilizan los recursos productivos, promoviendo el crecimiento económico. El mayor crecimiento, a su vez, genera aumentos de los ingresos laborales y el consumo, así como nuevas necesidades, lo que tarde o temprano se traduce en mayores oportunidades de empleo. Pero estos desarrollos tecnológicos pueden afectar los resultados laborales de muchos trabajadores. Una preocupación legítima es que el progreso tecnológico provoque una destrucción acelerada de puestos de trabajo, obsolescencia de algunas habilidades, magras expectativas salariales para trabajadores con menores cualificaciones y aumentos de la desigualdad salarial.

Desde la perspectiva de la protección social, que es el foco de este reporte, el interés radica en entender las implicaciones de los cambios tecnológicos para las historias laborales de trabajadores con distintos niveles de habilidades. Como se verá, la creciente incorporación de la tecnología en los procesos productivos afecta la demanda de habilidades y esto altera las perspectivas laborales —mejorándolas o empeorándolas según el caso— de trabajadores con cualificaciones variadas.

Para entender los efectos del avance tecnológico sobre el empleo es útil pensar en una ocupación como una serie de tareas diversas. Según este enfoque, los avances tecnológicos tienden a favorecer la sustitución de trabajadores por máquinas en la realización de tareas rutinarias, aumentar la productividad de algunos trabajadores en tareas no rutinarias, y ampliar las oportunidades de trabajo para la realización de nuevas tareas (ver Recuadro 2.2). Asimismo, la combinación de los dos primeros mecanismos da lugar a una polarización del mercado laboral. En cierto sentido, esto significa que todos los empleos de una economía se verán afectados por el progreso tecnológico, directa o indirectamente.

Diversos estudios para países desarrollados confirman la hipótesis de la polarización: los desarrollos tecnológicos aumentan la proporción de empleo en ocupaciones de alta calificación y salario elevado (por ejemplo, gerentes, profesionales y técnicos) y en ocupaciones de baja calificación y bajos salarios (por ejemplo, trabajadores de servicios personales, obreros de la construcción y personal de ventas). Al mismo tiempo, reducen el empleo en ocupaciones de calificación y salarios intermedios (por ejemplo, operadores de líneas de ensamblaje, trabajadores administrativos y de oficinas). Este fenómeno se observa tanto Estados Unidos (Acemoglu y Autor, 2011; Autor y Dorn, 2013) como en países europeos (Goos, Manning y Salomons, 2014).

Una consecuencia de la polarización del empleo es el aumento de la desigualdad salarial. Mientras que los trabajadores altamente calificados se ven beneficiados por la tecnología (complementa sus habilidades y los hace más productivos) y mejoran sus salarios, los de calificación media y baja sufren el estancamiento e

incluso la disminución de sus ingresos (Autor, 2015). Este proceso se explica en parte por el desplazamiento de los trabajadores de calificaciones intermedias hacia posiciones que requieren menor nivel de calificación.

Recuadro 2.2

La ocupación como un conjunto de tareas y la hipótesis de polarización

El enfoque de tareas considera a las ocupaciones como conjuntos de tareas y analiza los mecanismos por los cuales las innovaciones tecnológicas afectan las perspectivas de los trabajadores en la realización de esas tareas. Estos mecanismos son tres: i) la sustitución del trabajo humano por máquinas en algunas tareas; ii) la complementariedad de las habilidades y destrezas humanas con la tecnología en otras tareas; y iii) la generación de nuevas tareas en las que se necesita trabajo humano (Autor, Levy y Murnane, 2003; Autor, 2010).

El primer mecanismo consiste en la sustitución del trabajo humano por máquinas en la realización de tareas rutinarias, esto es, aquellas que son repetitivas y se pueden realizar siguiendo instrucciones precisas. Cuando estas instrucciones son codificables y ejecutables por un algoritmo, las tareas son susceptibles de ser automatizadas. Las labores rutinarias pueden requerir habilidades cognitivas o manuales. Ejemplos típicos son las actividades que realizan los trabajadores de oficina o los operarios de las líneas de montaje en las fábricas. En este caso, la tecnología es ahorradora de mano de obra, por lo que, cuando las tareas sustituidas constituyen una proporción relevante de todas las tareas de una ocupación, la tecnificación puede generar pérdidas de puestos de trabajo.

El segundo mecanismo es la complementariedad entre habilidades y desarrollos tecnológicos. La tecnología hace más productivos a los trabajadores en la realización de tareas no rutinarias, que son más difíciles de automatizar. Cuando estas tareas requieren habilidades cognitivas y socioemocionales complejas (creatividad, pensamiento crítico, capacidad de adaptación, trabajo en equipo, resolución de problemas), el grado de complementariedad es mayor. Este podría ser el caso de un ingeniero civil que utiliza un *software* de diseño asistido por computadora para proyectar una obra con mayor precisión y rapidez. Cuando las tareas requieren habilidades y destrezas manuales no rutinarias, como, por ejemplo, en el caso de los servicios de peluquería, el grado de complementariedad es bajo o nulo, y la tecnología afecta muy poco las tareas de un trabajador. En este sentido, el cambio tecnológico tiene un sesgo de habilidad, porque beneficia relativamente más a los trabajadores que utilizan habilidades más complejas en su empleo.

Estos dos mecanismos —sustitución y complementariedad— dan lugar a una polarización en los mercados de trabajo; es decir, al aumento del empleo y los salarios en ocupaciones de alto y bajo nivel de cualificación (e ingresos), y la disminución del empleo y los salarios en ocupaciones de calificaciones intermedias. Una consecuencia de la polarización es que aumenta la desigualdad salarial en la medida que el impacto positivo sobre los salarios de personas con alta cualificación sea más significativo que sobre las otras categorías de trabajadores.

El tercer mecanismo es la generación de nuevas tareas en las que el trabajo humano tiene ventajas sobre las máquinas. Este canal, que opera aumentando las oportunidades de empleo, suele pasar inadvertido en el debate sobre el futuro del trabajo, que tiende a centrarse más en los efectos sobre las ocupaciones actuales. Sin embargo, a lo largo de la historia, la generación de nuevas tareas como consecuencia del desarrollo tecnológico ha sido cuantitativamente importante (Autor, 2015; Mokyr, Vickers y Ziebarth, 2015).

La evidencia para América Latina indica que el proceso de polarización laboral es todavía incipiente. Si bien en la mayoría de los países de la región se ha reducido la participación de las ocupaciones que demandan niveles medios de habilidades, solo en Brasil y Venezuela se observa un proceso de polarización similar al observado en el mundo desarrollado (CAF, 2016). Entre otras razones, esto podría deberse a que los bajos costos laborales —relativos al costo del capital— desincentivan la automatización (Maloney y Molina, 2016). También podría responder a la relativamente baja adopción de tecnologías digitales en las empresas de la región (Dutz, Almeida y Packard, 2018) y a que otros factores (por ejemplo, el *boom* de las materias primas en la década de 2000) afectan la demanda de habilidades de manera diferente al cambio tecnológico (Messina y Silva, 2018).

En línea con estos resultados, en los países de América Latina no se observa, al menos por ahora, un fenómeno de aumento de la desigualdad salarial similar al de los países desarrollados. Recientemente, la desigualdad salarial incluso se ha reducido, producto de un aumento de la demanda de trabajo —y de los salarios— en el segmento de menor calificación y de una caída del retorno de la educación (Fernández y Messina, 2018; Messina y Silva, 2018).

Esto no quiere decir que los avances tecnológicos no estén afectando el empleo en América Latina y, menos aún, que no lo vayan a hacer en el futuro. En efecto, aun sin una marcada polarización laboral, existen indicios de que las nuevas tecnologías están afectando las perspectivas laborales de trabajadores con ciertos perfiles en la dirección señalada por la hipótesis de la polarización. En Brasil, la adopción de tecnologías digitales se asocia con una caída en la demanda de trabajadores con habilidades rutinarias y un aumento en la demanda de trabajadores con habilidades cognitivas, cambiando la composición de habilidades en la fuerza de trabajo hacia las no rutinarias (Almeida, Corseuil y Poole, 2017). En Chile, la automatización de la producción reduce la demanda de ocupaciones con alto contenido rutinario y esto perjudica a los trabajadores más jóvenes, que tienen mayor probabilidad de perder su empleo que los adultos con características similares. Entre los trabajadores jóvenes, aquellos con más experiencia y habilidades logran transitar a ocupaciones no rutinarias, mientras que los que tienen menos experiencia y menos habilidades caen en el desempleo (Brambilla, César y Falcone, 2020).¹⁴

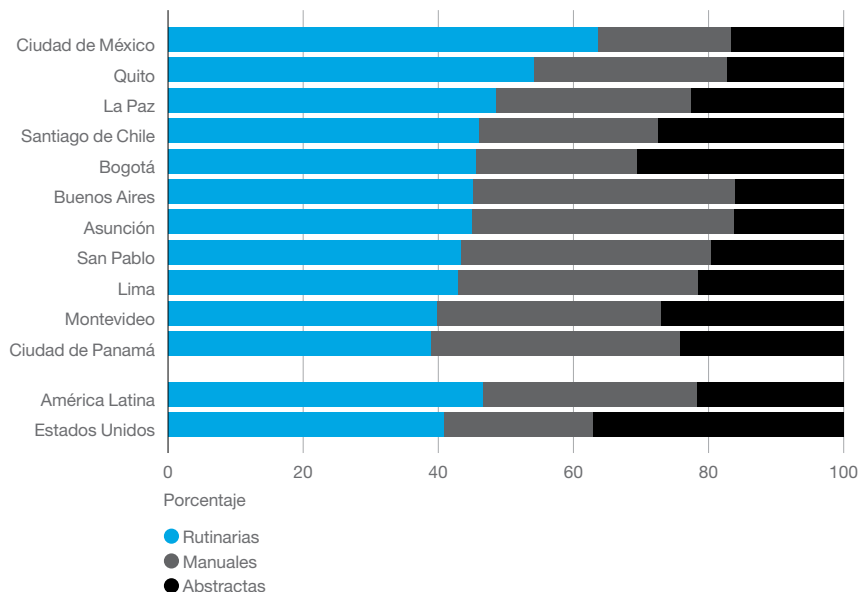
En América Latina, aun sin una marcada polarización laboral, existen indicios de que las nuevas tecnologías están afectando las perspectivas laborales de trabajadores con ciertos perfiles en la dirección señalada por la hipótesis de la polarización.

¿Qué proporción del empleo se concentra en ocupaciones con alto contenido rutinario en la región? ¿Y qué tipo de trabajadores están más expuestos a las consecuencias de una mayor adopción de nuevas tecnologías en los procesos productivos? Según datos de la Encuesta CAF (ECAAF) 2019 casi la mitad de los trabajadores en las ciudades de América Latina se concentra en ocupaciones con alto contenido de tareas rutinarias (47 % en promedio en las principales ciudades de la región frente al 41 % en Estados Unidos) y alrededor de un tercio en ocupaciones con contenido manual no rutinario (32 % frente al 22 %, respectivamente). La contracara de esto es un menor peso del empleo en ocupaciones que utilizan intensivamente habilidades cognitivas complejas o abstractas (Gráfico 2.17).

14. Los autores también muestran que se reducen los salarios en ocupaciones con un alto contenido de tareas rutinarias, lo que confirma que la demanda de empleo en estas ocupaciones se contrae.

Gráfico 2.17

Contenido de habilidades requeridas en las ocupaciones en ciudades de América Latina y en Estados Unidos



Notas: La clasificación de ocupaciones y generación de indicadores surgen de Acemoglu y Autor (2011) y Hardy (2016).

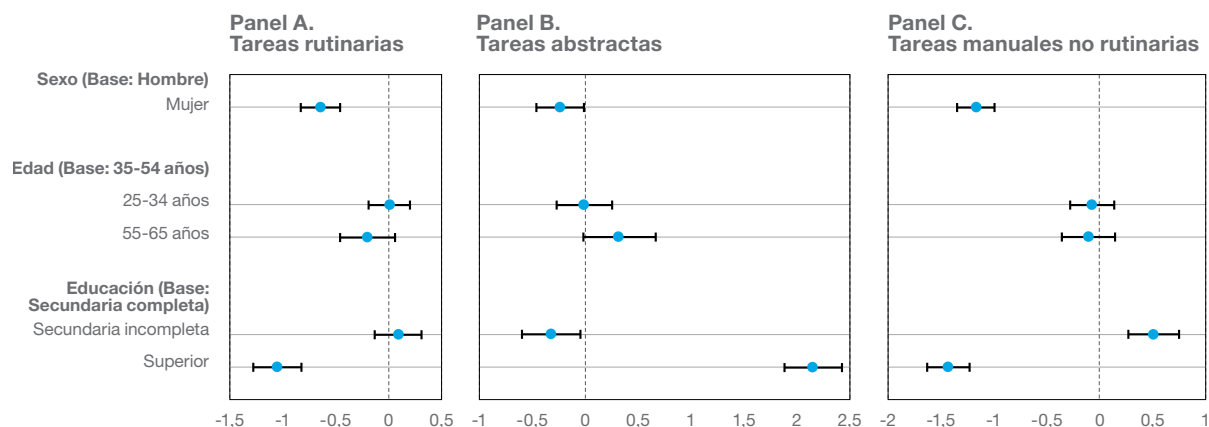
Fuente: Cálculos propios con base en datos de O*NET 24.2 (O*NET Resource Center, 2020), ECAF 2019 (CAF, 2020) y Occupational Employment Statistics (U.S. Bureau of Labor Statistics, 2018).

La encuesta también permite indagar sobre las características de los trabajadores en cada tipo de ocupación. Como se muestra en el Gráfico 2.18, la educación es el factor que más se relaciona con el tipo de empleo. Los trabajadores con menos educación (secundario incompleto) pueden ser los perdedores de la automatización, bien sea porque están más expuestos a ocupaciones con alto contenido rutinario y, por tanto, tienen mayor riesgo de que sus tareas sean sustituidas por máquinas, o porque se desempeñan en ocupaciones con alto contenido de tareas manuales no rutinarias, cuyos salarios podrían estancarse. Por el contrario, los trabajadores con educación superior pueden ser los grandes ganadores: tienden a desempeñar empleos en los que predominan las tareas abstractas y pueden beneficiarse de una mayor incorporación de la tecnología mejorando su productividad y sus salarios.

Si se controla por nivel educativo, una mayor edad se asocia con una menor participación en ocupaciones con alto contenido rutinario y una mayor participación en empleos en los que predominan las tareas abstractas, aunque las diferencias son pequeñas. Asimismo, las mujeres tienden a estar subrepresentadas en todos los tipos de ocupación (producto de la brecha de género en la participación laboral), aunque relativamente menos en las ocupaciones abstractas, por lo que, en principio, su exposición a los efectos del cambio tecnológico es menor.

Gráfico 2.18

Contenido de tareas según características sociodemográficas de los trabajadores de las principales ciudades de América Latina



Notas: El gráfico muestra los coeficientes estimados por mínimos cuadrados ordinarios y los intervalos de confianza (95 %) de tres regresiones en las que las variables dependientes son las que aparecen en los encabezados de cada panel y las variables independientes son el sexo, el grupo de edad y la categoría de educación del trabajador. En todas las regresiones se incluyen datos de todas las ciudades cubiertas por la encuesta y variables ficticias por ciudad.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

En definitiva, en los países de América Latina, los efectos del cambio tecnológico en el empleo son menos pronunciados que los encontrados en países más desarrollados. Pero esto no quiere decir que estos efectos no se vayan a producir en el futuro a medida que aumente la incorporación de las nuevas tecnologías a los procesos productivos. De hecho, las posibles consecuencias del cambio tecnológico para la vida laboral no pasan desapercibidas entre los trabajadores de la región, como se muestra en el Recuadro 2.3. Por lo pronto, la menor demanda de habilidades rutinarias puede deteriorar las oportunidades de empleo de los trabajadores más jóvenes y con menor formación, erosionando el pilar contributivo de los sistemas de protección social, por lo que es necesario discutir las opciones de política para que estos efectos adversos sean los menores posibles.

Recuadro 2.3

Las percepciones de los trabajadores ante el cambio tecnológico

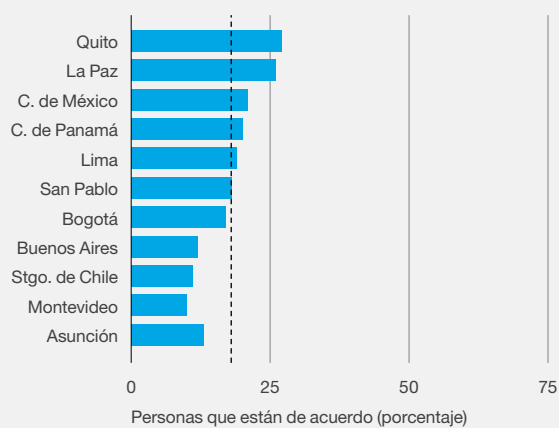
La ECAF 2019 permitió indagar cuáles son las percepciones de los trabajadores de las principales ciudades de la región sobre las consecuencias del cambio tecnológico. Al ser preguntados sobre los posibles impactos de los avances tecnológicos en los próximos cinco años, los encuestados debían responder cuál era su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones: i) va a perder su trabajo; ii) va a conservar su trabajo, pero trabajará menos horas; iii) va a tener que cambiar el tipo de tareas que hace en su trabajo; y iv) va a necesitar capacitación para adaptarse a los cambios tecnológicos y mantener su trabajo.

Las respuestas confirman que los trabajadores latinoamericanos esperan cambios significativos en su vida laboral durante los próximos años: 2 de cada 10 trabajadores temen (están de acuerdo o muy de acuerdo con que pueden) perder su trabajo, 4 de cada 10 creen que, si bien mantendrán su empleo, trabajarán menos horas; también 4 de cada 10 consideran que deberán cambiar el tipo de tareas que realizan, y 6 de cada 10 creen que necesitarán capacitarse para adaptarse a los cambios y así poder mantener el empleo (Gráfico 1).

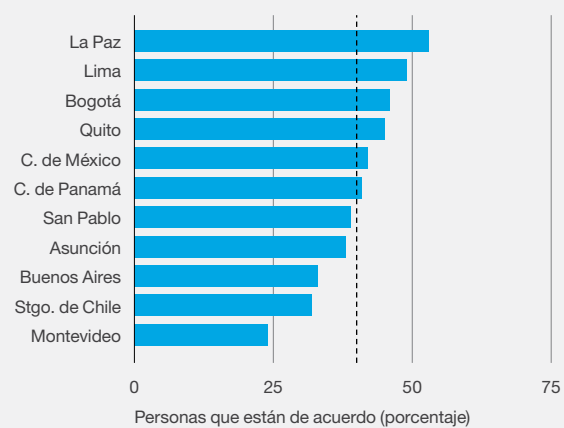
Gráfico 1

Cambio tecnológico y empleo: percepciones de los trabajadores en las principales ciudades de América Latina

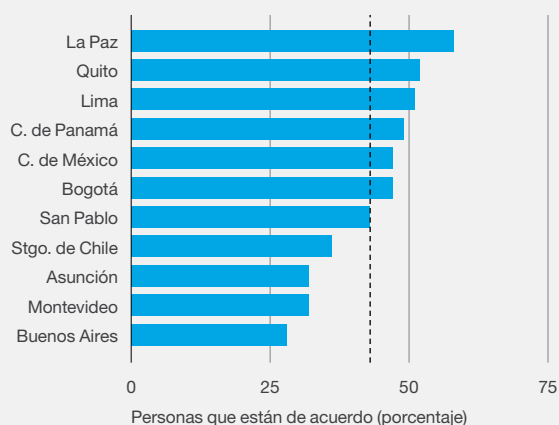
Panel A. Percepción sobre la posibilidad de perder el trabajo



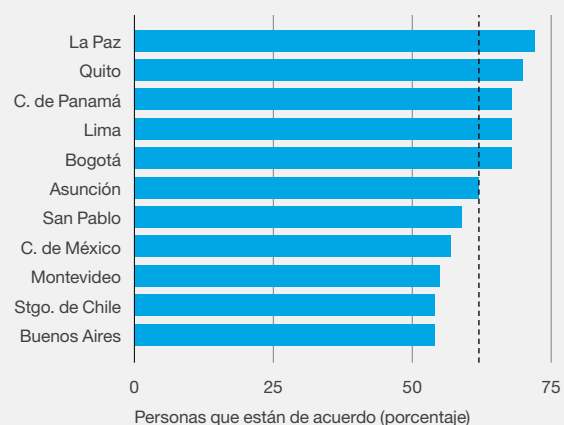
Panel B. Percepción sobre la posibilidad de tener que trabajar menos horas



Panel C. Percepción sobre la posibilidad de tener que cambiar el tipo de tareas



Panel D. Percepción sobre la posibilidad de tener que capacitarse



Notas: Cada panel muestra el porcentaje de trabajadores que dice estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con la afirmación de que los avances tecnológicos podrían llevarlos, durante los próximos 5 años, a: i) perder el trabajo; ii) conservar el trabajo, pero trabajar menos horas; iii) cambiar el tipo de tareas que realiza en su trabajo, y iv) necesitar capacitarse para adaptarse a los cambios y mantener su trabajo. La línea vertical indica el promedio simple de las ciudades incluidas en cada panel.

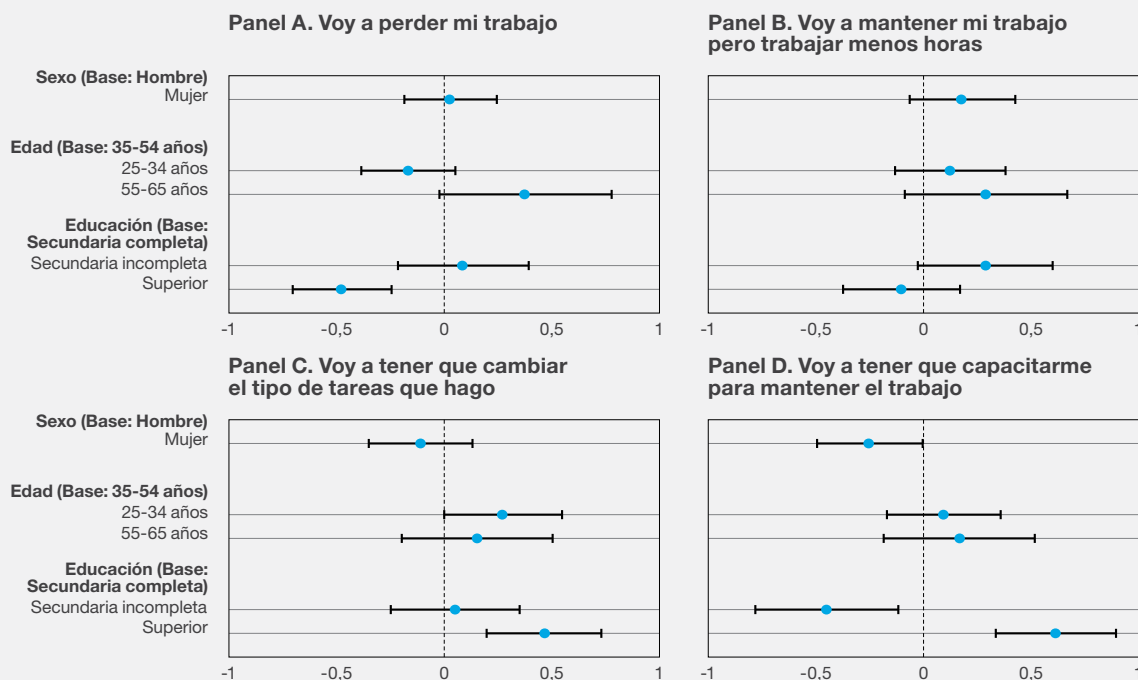
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

Las percepciones varían en función de características individuales (Gráfico 2). La educación es una de las características que más afectan las percepciones. En comparación con los trabajadores que tienen educación intermedia, los de menor educación se muestran más propensos a creer que mantendrán su empleo, pero trabajarán menos horas, y menos propensos a sentir que necesitarán capacitarse. Los trabajadores con un nivel de educación alto, en cambio, no están preocupados por perder su empleo, pero consideran probable tener que cambiar el tipo de tareas que realizan y necesitar capacitación para adaptarse a los cambios. Una interpretación de estos resultados es que un mayor nivel educativo se asocia con expectativas menos relacionadas con riesgos, como la pérdida del empleo, y más vinculadas con el aprovechamiento de oportunidades que el cambio tecnológico puede ofrecer.

Por otra parte, las mujeres se destacan por ser menos propensas que los hombres a creer que necesitarán recibir capacitación en los próximos años. En cambio, los trabajadores jóvenes (en comparación con los de edades intermedias) esperan tener que cambiar de tareas, pero no perder el empleo, mientras que los de mayor edad se muestran preocupados por perder del empleo.^a

Gráfico 2

Percepciones en las principales ciudades de América Latina sobre el impacto de los avances tecnológicos según características de los trabajadores



Notas: El gráfico muestra los coeficientes estimados por mínimos cuadrados ordinarios y los intervalos de confianza (95 %) mediante regresiones en las que las variables dependientes son las que aparecen en los encabezados de cada panel y las variables independientes son el sexo, el grupo de edad y el nivel educativo del trabajador. En todas las regresiones se incluyen datos de todas las ciudades cubiertas por la encuesta y variables ficticias por ciudad.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

a. Como se vio, estas percepciones no se condicen con el posible impacto del cambio tecnológico en función de la edad del trabajador. La (escasa) evidencia disponible parece apuntar a que el riesgo de perder el empleo es mayor para los más jóvenes.

El trabajo de plataformas y la formalidad laboral

Las innovaciones tecnológicas propician oportunidades de empleo en nuevas modalidades que distan de la típica relación empleado-empleador, a tiempo completo y plazo indefinido. Las características propias de estas modalidades, y las diferencias que existen entre ellas, se convierten en un desafío al diseñar esquemas de protección social para estos trabajadores. Recientemente, esta discusión se ha renovado a partir de la preocupación sobre la potencial expansión de estas modalidades de empleo como consecuencia de los desarrollos tecnológicos. Tecnologías como la digitalización, por ejemplo, favorecen el desarrollo de plataformas en línea que permiten que los trabajadores provean servicios laborales de manera remota.

Antes de entrar de lleno en el análisis de estas nuevas modalidades de empleo es necesario poner la situación en perspectiva. Como se vio en el Cuadro 2.7 (ver pág. 103), el empleo en relación de dependencia se ha incrementado en los últimos años, tanto en América Latina como en los países de la OCDE. Entre 2000 y 2016, la participación del empleo asalariado creció del 57 % al 60 % en América Latina, y del 83 % al 85 % en los países de la OCDE. Estas cifras sugieren, además, que hay formas de empleo no tradicional que no son tan nuevas.

Este apartado se centra en los trabajos de plataformas digitales, esto es, actividades en las que la conexión entre la demanda y la oferta de servicios laborales está mediada por una plataforma en línea. Las plataformas de empleo abarcan una diversidad de arreglos contractuales entre los distintos agentes involucrados, que van desde los servicios que se proveen localmente —ejemplos típicos son los servicios de transporte (como Uber) y de entrega de productos (como Rappi)— hasta los servicios que se transan y se proveen en línea —típicamente la contratación de tareas específicas (como Amazon Mechanical Turk) y servicios especializados (como Upwork)—. Estas nuevas modalidades de empleo tienen el potencial de permitir un uso más eficiente de los recursos y de proveer flexibilidad tanto a las empresas como a los trabajadores (Cramer y Krueger, 2016; Oyer, 2020). Pero también presentan riesgos para estos últimos, como una mayor volatilidad en los ingresos y el deterioro de las condiciones de empleo, particularmente del acceso a la protección social.

Los trabajos de plataforma son relativamente nuevos y están ganando presencia dentro del empleo total, aunque las estimaciones sobre su importancia varían según la fuente de información y el criterio de medición. Con base en encuestas de hogares, Katz y Krueger (2018) calculan que los trabajos de plataforma apenas representan el 1 % del empleo total en Estados Unidos. Pero las encuestas de hogares tradicionales tienden a subestimar el fenómeno, puesto que se enfocan en la ocupación principal y no están diseñadas para recabar información precisa sobre otros empleos (Abraham, Haltiwanger, Sandusky y Spletzer, 2018 y 2019). Con datos de declaraciones impositivas, Collins, Garin, Jackson, Koustas y Payne (2019) estiman que los trabajadores de plataforma pueden representar hasta el 3 % de la fuerza laboral en las grandes áreas metropolitanas y su participación está creciendo exponencialmente. Similares resultados encuentran Farrell, Greig y Hamoudi (2018) sobre la base de transacciones bancarias. Según la encuesta COLLEEM (siglas en inglés de economía colaborativa y empleo), diseñada especialmente para captar el empleo de plataformas y realizada en 14 países miembros de la Unión Europea, el 10 % de la población adulta ha usado alguna vez una plataforma en línea para proveer un servicio laboral (Pesole, Urzì Brancati, Fernández-Macías,

Biagi y González Vázquez, 2018). Por su parte, el estudio *Freelancing in América* 2018 encuentra que un 22 % de los estadounidenses hizo algún trabajo *freelance* conseguido en línea durante el año previo a la encuesta.

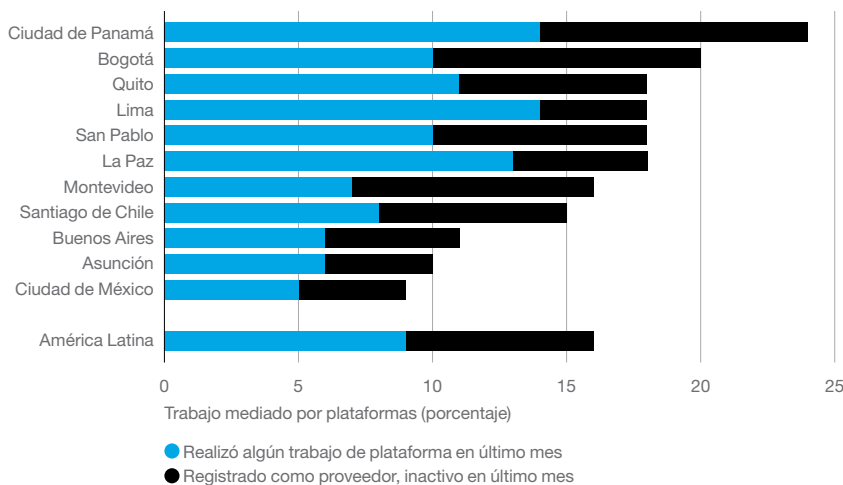
A continuación se utilizan datos de la ECAF 2019 para medir y caracterizar el empleo de plataformas en las principales ciudades de América Latina. El relevamiento incluyó una batería de preguntas que permiten distinguir a trabajadores que prestaron servicios laborales por medio de una plataforma digital durante el mes previo a la encuesta o que, aun sin haber realizado actividades durante ese periodo, estaban registrados en una plataforma como oferentes de servicios.

En promedio, el 9,4 % de los trabajadores declaró haber prestado un servicio por intermedio de una plataforma en el último mes, mientras que el 6,7 % estaba registrado como proveedor en una plataforma sin haber prestado ningún servicio en el último mes. Esto hace que un total de alrededor del 16 % de la fuerza laboral pueda catalogarse como trabajador de plataforma activo o potencial. Las ciudades donde este total es mayor son Ciudad de Panamá (23 %), Bogotá (20 %) y Quito (19 %) (Gráfico 2.19).

El 9,4 % de los trabajadores prestó servicios por intermedio de una plataforma en el último mes.

Gráfico 2.19

Incidencia del empleo mediante plataformas en las principales ciudades de América Latina



Notas: Se define como trabajador de plataforma a las personas que responden afirmativamente a alguna de las siguientes preguntas: a) Algunas personas encuentran tareas cortas o trabajos en persona (por ejemplo, utilizar un vehículo propio para llevar gente de un lugar a otro, llevar algo o hacer las compras para la vivienda de alguien) a través de plataformas digitales o aplicaciones web que los conectan directamente con los clientes. ¿Describe esto algún trabajo que realizó el mes pasado? b) Algunas personas eligen tareas o trabajos cortos en línea (por ejemplo, ingreso de datos, traducciones, desarrollo de sitios web, *software* o diseño gráfico) a través de compañías que publican listas de tareas en aplicaciones o sitios de Internet. Estas tareas son realizadas completamente en línea y las empresas coordinan el pago por el trabajo hecho. ¿Describe esto algún trabajo que realizó el mes pasado? c) Aunque no haya realizado ningún trabajo a través de una plataforma digital o aplicación web durante el último mes, ¿está usted registrado en alguna plataforma digital o aplicación web como proveedor de servicios laborales o tareas?. Los datos de América Latina indican los promedios simples de cada categoría sobre las ciudades incluidas en el gráfico.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

Al igual que ocurre en países avanzados, en América Latina el trabajo de plataformas convive con otras formas de empleo tradicionales y no tradicionales. En algunos casos, se trata de trabajadores que derivan su principal ingreso de un empleo en relación de dependencia y obtienen ingresos adicionales mediante actividades de plataforma. En otros casos, se trata de trabajadores independientes y empleadores que realizan una parte o todas sus actividades a través de plataformas digitales. Como muestra el Cuadro 2.14, el grupo ocupacional con mayor incidencia de actividades de plataforma en el mes previo a la encuesta son los empleadores o dueños de negocios con empleados a cargo (15 %), seguido por los autoempleados (13 %) y los asalariados (6 %). Asimismo, del total de trabajadores con actividades de plataforma en el último mes, el 60 % son autoempleados, el 27 % son asalariados, el 10 % son empleadores y el 3 % restante se reparte entre trabajadores familiares sin remuneración, miembros de cooperativas y empleados domésticos (última columna del cuadro). Por último, entre quienes realizaron algún trabajo de plataforma durante el último mes, el 4,4 % hizo trabajos en persona, el 3,4 % hizo trabajos en línea y el 1,7 % combinó ambas modalidades.

Cuadro 2.14

Incidencia del empleo a través de plataformas en las principales ciudades de América Latina según categoría ocupacional

Categoría ocupacional	Sin actividad de plataformas ni registrado como proveedor	Registrado como proveedor pero inactivo en último mes	Con actividad de plataformas en último mes			Total	Trabajadores de plataforma con actividad en último mes según categoría ocupacional
			En persona	En línea	En persona y en línea		
Asalariados	87 %	7 %	2,4 %	2,6 %	0,9 %	100 %	27 %
Autoempleados	81 %	7 %	5,9 %	4,2 %	2,4 %	100 %	60 %
Empleadores	75 %	10 %	7,5 %	4,5 %	3,1 %	100 %	10 %
Resto ocupados	92 %	3 %	3,7 %	1 %	0,7 %	100 %	3 %
Total ocupados	84 %	7 %	4,4 %	3,4 %	1,7 %	100 %	100 %

Notas: Los trabajadores con actividades de plataforma en el último mes son aquellos que responden afirmativamente a las preguntas a o b de la encuesta descritas en el Gráfico 2.19. Los trabajadores sin actividad de plataformas, pero registrados como proveedor, son los que responden negativamente a las preguntas a y b y afirmativamente a la pregunta c descritas en el mismo gráfico.

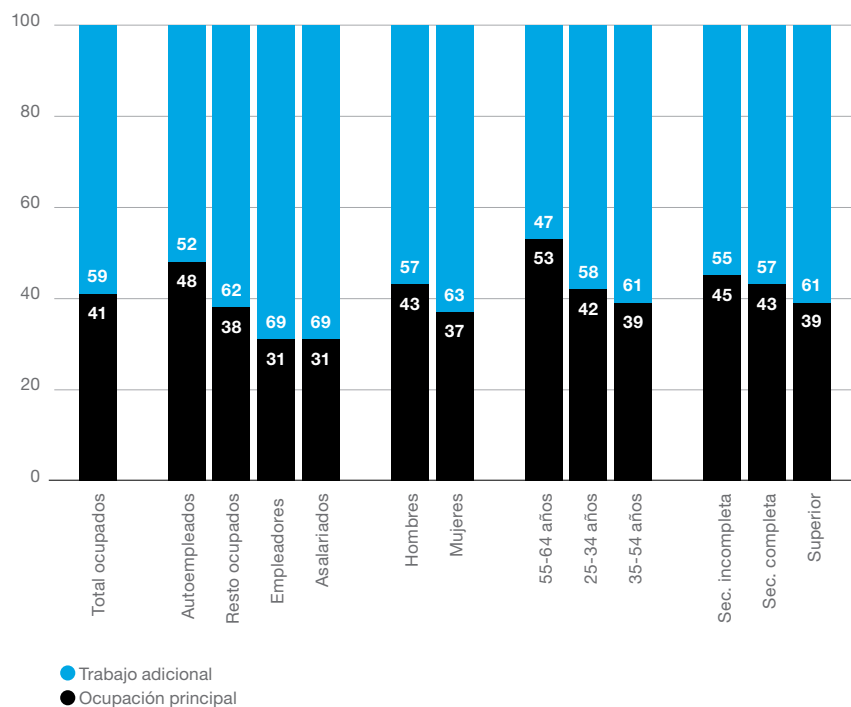
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

En el caso de los trabajadores de plataforma con actividades durante el mes previo a la encuesta, se cuenta con información sobre si estas actividades constituyeron su ocupación principal o se trató de trabajos adicionales. En promedio, para todas las categorías ocupacionales, el empleo de plataforma constituye una actividad principal en el 41 % de los casos, pero hay variaciones en función de la categoría y de las características de los trabajadores. Es mayor entre los autoempleados que en el resto de las categorías de empleo; también es más frecuente entre los hombres que entre las mujeres, entre los más jóvenes y los de mayor edad que entre los de edades intermedias, así como entre los de menor educación (Gráfico 2.20).

Gráfico 2.20

Distribución del empleo de plataformas en las principales ciudades de América Latina según características de las actividades

Porcentaje de trabajadores de plataforma



Notas: Se incluye a los trabajadores de plataforma, con actividades durante el último mes, que afirman haber realizado i) tareas cortas o trabajos en persona a través de plataformas digitales o aplicaciones web que los conectan directamente con los clientes, o ii) tareas o trabajos cortos en línea a través de compañías que publican listas de tareas en aplicaciones o sitios de Internet y que coordinan el pago por el trabajo hecho (para ejemplos de actividades, ver nota de Gráfico 2.19 en la pág. 133).

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

¿Cómo se comparan los trabajadores de plataforma con los asalariados, autoempleados y empleadores que no utilizan las plataformas digitales para trabajar? Los datos del Cuadro 2.15 muestran que los trabajadores de plataforma, en promedio, tienden a ser más jóvenes que el resto de los ocupados, es más probable que sean hombres y hayan alcanzado un mayor nivel de educación formal. Un elemento interesante es que los trabajadores de plataforma tienen mayor probabilidad de haber participado en alguna sesión de aprendizaje o formación durante los 12 meses previos y en un curso cuyos contenidos se relacionaban con las nuevas tecnologías.

Cuadro 2.15

Perfil de los trabajadores de plataforma con actividad en el último mes en las principales ciudades de América Latina

	Trabajador con actividad de plataformas en último mes	Asalariado	Autoempleado	Empleador
Características demográficas				
Mujer	28 %	41 %	41 %	43 %
25-34 años	41 %	35 %	25 %	25 %
35-54 años	52 %	55 %	56 %	61 %
55-65 años	8 %	11 %	18 %	13 %
Máximo nivel de educación alcanzado				
Secundario incompleto	15 %	22 %	35 %	22 %
Secundario completo	27 %	34 %	36 %	42 %
Superior	58 %	44 %	29 %	36 %
Acceso a capacitación (últimos 12 meses)				
Recibió formación	53 %	42 %	19 %	21 %
Recibió formación para nuevas tecnologías	39 %	21 %	9 %	8 %

Notas: Los trabajadores con actividades de plataforma en el último mes son aquellos que responden afirmativamente a las preguntas a o b de la encuesta descritas en el Gráfico 2.19 (ver pág. 133)

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

Una pregunta central para este capítulo es cómo se vinculan estas nuevas formas de empleo con los esquemas tradicionales de protección social. Una forma de abordar este tema es comparando el nivel de formalidad de quienes realizan trabajos mediados por plataformas digitales con el de quienes no lo hacen. El Gráfico 2.21 muestra la tasa de formalidad para ambos grupos de trabajadores. Debido a que la formalidad laboral varía significativamente según la categoría ocupacional del trabajador, la información se presenta de manera que se pueda comparar la tasa de formalidad de personas con y sin actividades de plataforma dentro de la misma categoría ocupacional.¹⁵ Asimismo, en el panel A se desagregan los trabajadores de plataforma según hayan realizado actividades en persona o en línea, mientras que en el panel B se dividen dependiendo de que estas actividades sean una ocupación principal o un trabajo adicional.

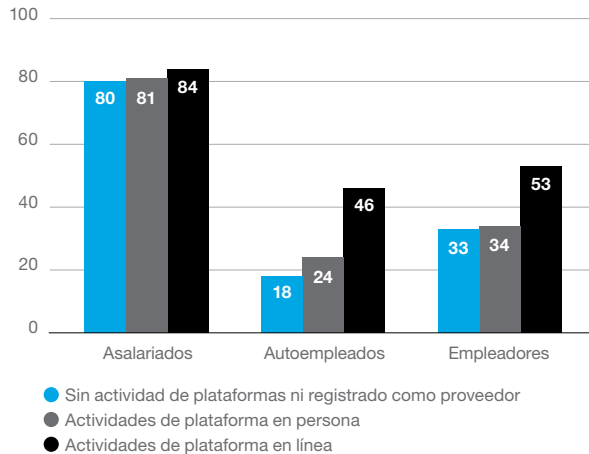
15. Para hacer la comparación más limpia, se excluye a los trabajadores que están registrados en una plataforma como proveedores, pero que no han prestado ningún servicio durante el último mes. De todas formas, las principales conclusiones se mantienen si se incluye en el análisis a estos individuos.

Gráfico 2.21

Tasa de formalidad en el empleo de plataformas en las principales ciudades de América Latina

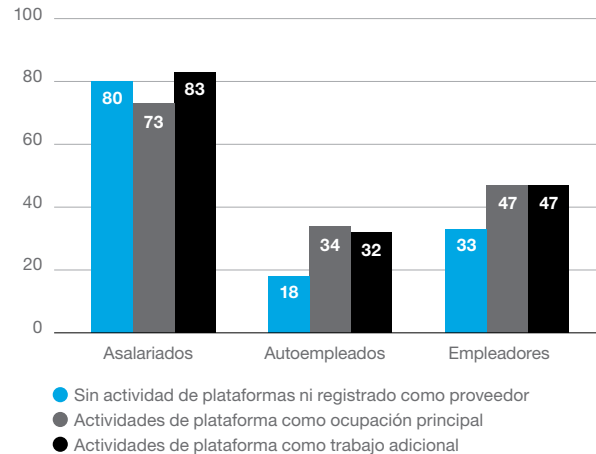
Panel A. Actividades de plataforma en persona frente a actividades en línea

Porcentaje de trabajadores con aportes



Panel B. Actividades de plataforma como ocupación principal frente a trabajo adicional

Porcentaje de trabajadores con aportes



Notas: Cada barra muestra el porcentaje de trabajadores con aportes a la seguridad social. En el panel A no se incluyen los trabajadores que declaran haber realizado actividades de plataforma tanto en persona como en línea por tratarse de pocos casos (1,7 %).

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

De la observación del gráfico se derivan dos resultados. Primero, a igualdad de categoría ocupacional, el nivel de formalidad de los trabajadores de plataforma tiende a ser mayor que el de quienes no utilizan plataformas digitales. Esto es evidente en el caso de los autoempleados y empleadores y, en menor medida, en el caso del empleo asalariado. Segundo, se observan diferencias en los niveles de formalidad entre distintos grupos de trabajadores de plataforma. En particular, las tasas de formalidad de aquellos que concretan su actividad laboral en línea son mayores que las de quienes entregan o realizan sus servicios en persona. En cambio, no hay diferencias claras entre los trabajadores de plataforma que consideran ese empleo como su ocupación principal y quienes lo consideran un trabajo adicional.

A igualdad de categoría ocupacional, el nivel de formalidad de los trabajadores de plataforma tiende a ser mayor que el de quienes no utilizan plataformas digitales.

¿Qué razones pueden explicar la mayor formalidad del empleo de plataformas? Por un lado, estos trabajadores tienden a tener mayor nivel educativo en promedio que los trabajadores que no utilizan plataformas (Cuadro 2.15), y se ha visto que la educación formal está fuertemente asociada con la formalidad laboral (por ejemplo, un mayor nivel educativo aumenta la productividad y esto facilita afrontar los costos de la formalidad). Sin embargo, estas diferencias se mantienen si la comparación se hace entre individuos con el mismo nivel de educación y otras características socioeconómicas.¹⁶ Por lo tanto, parece

16. La probabilidad de realizar aportes a la seguridad social es 6 puntos porcentuales más alta para los trabajadores de plataforma que para los trabajadores que no utilizan plataformas, condicionando por la categoría ocupacional, el nivel de educación, el grupo de edad, el sexo y la ciudad de residencia del trabajador.

haber algo más detrás de esta mayor formalidad. Una posibilidad es que se relacione en parte con la mayor facilidad de fiscalización de las actividades mediadas por plataformas digitales, como se discute en el apartado “Cambios en la organización del empleo: las plataformas como oportunidad”.

Márgenes para aumentar la cobertura: los bonos de formalidad y de género

Como se mostró en el apartado “La informalidad laboral: un problema de larga data”, América Latina se caracteriza por una baja cobertura de los trabajadores en los sistemas de protección social. Esto no solo tiene implicaciones sobre el rol que juegan los propios sistemas en la sociedad y su efectividad, sino también para su sostenibilidad financiera. La pregunta que surge entonces es cómo aumentar dicha cobertura. El análisis de las características estructurales de los mercados laborales en América Latina revela dos márgenes claros que pueden contribuir en esta dirección: la formalización de las relaciones laborales y la participación laboral femenina.

Para evaluar la potencial contribución de estos márgenes a la cobertura de la seguridad social, este apartado estima el impacto que tendrían cambios en la tasa de formalidad o en la participación laboral de las mujeres sobre los ingresos de los sistemas de pensiones y de salud. Esto se realiza a través de ejercicios contrafactuales que permiten calcular las contribuciones bajo diversos escenarios hipotéticos alternativos durante el periodo 2015-2065 para un grupo de ocho países de la región para los cuales se dispone de la información necesaria: Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, México, Paraguay, Perú y Uruguay.

En estos ejercicios la población está dividida de acuerdo a tres dimensiones: sexo, edad y educación.¹⁷ Cada uno de estos grupos tiene un tamaño que va cambiando a través del tiempo de acuerdo a las proyecciones demográficas de cada país. Adicionalmente, cada uno de estos grupos en cada país tiene asociado un conjunto de variables de desempeño en el mercado laboral que definen su aporte al sistema de pensiones. Estas variables de desempeño son las tasas de participación, empleo y formalidad, así como el nivel de ingreso o remuneración. En el escenario base, se realiza la proyección de las contribuciones a los sistemas previsionales en función del nivel de estas variables en el año 2015 (excepto México, para el que se toma 2016).¹⁸ Los ejercicios contrafactuales, como su nombre indica, contemplan un escenario alternativo para la tasa de participación o de formalidad. Los cambios asociados con estos escenarios suceden al principio del periodo analizado y son de naturaleza

17. Se consideran tres niveles educativos: i) hasta secundaria incompleta, ii) secundaria completa o hasta superior incompleto y iii) superior completo. En cuanto a las edades, en unos casos se consideran grupos de edades de 5 años (p. ej., 15-19, 20-24, etc.) y en otros, edades individuales (p. ej., 50, 51, 52, etc.).

18. Las remuneraciones crecen a través del tiempo, pero a la misma tasa que el PIB. Para más detalles sobre la metodología utilizada para realizar las proyecciones de ingresos para los sistemas de previsión social, leer el Recuadro 5.1 (ver pág. 314) y Daude y Pena (2020).

permanente; es decir, no se revierten a los niveles del escenario base. La variación de las contribuciones con respecto a lo observado en la proyección base es lo que se denomina bono.

El bono de formalidad

La informalidad laboral en América Latina, que como se vio anteriormente afecta a casi el 63 % de los trabajadores de la región, no solo tiene implicaciones importantes para el ingreso de los mismos y para otros aspectos de sus vidas laborales. Además, tiene consecuencias directas sobre la financiación de los sistemas de protección social puesto que sus ingresos dependen de los aportes de los trabajadores formales.

La magnitud del bono de formalidad en cada país depende de dos factores. Por un lado, depende de cuánto aportaría en promedio cada trabajador que pasa de un empleo informal a uno formal. Por otro lado, depende de cuánto es capaz de aumentar efectivamente cada país la formalización del empleo.

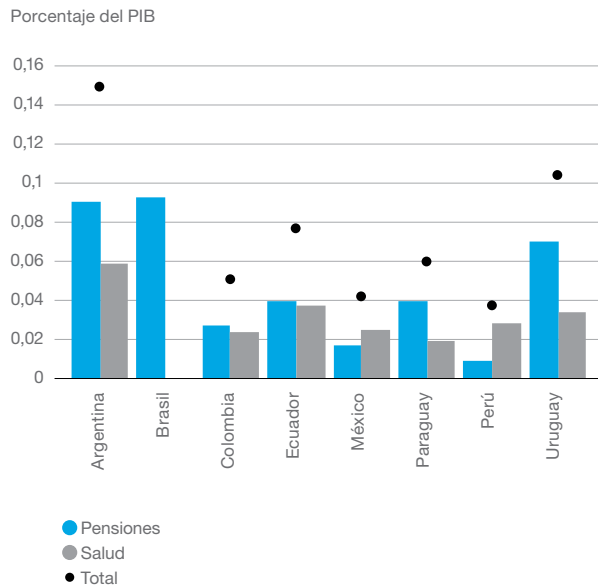
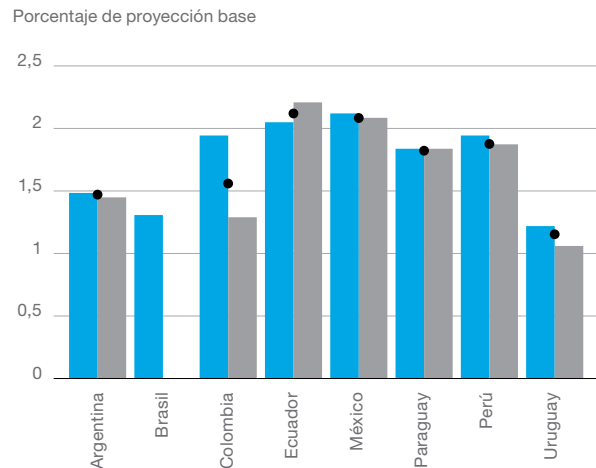
En este sentido, se realiza un primer ejercicio (denominado E1, para distinguirlo de otros ejercicios) donde la tasa de formalidad aumenta un punto porcentual¹⁹ —lo que permite estimar la elasticidad de las contribuciones previsionales— para presentar después diferentes escenarios de incrementos de dicha tasa. Esto permite distinguir cuánto del bono de formalidad se explica por el componente de elasticidad y cuánto se debe al espacio que tiene cada economía para reducir la informalidad.

El Gráfico 2.22 muestra el incremento promedio durante el periodo 2016-2065 de las contribuciones a los sistemas de pensiones y de salud, tanto de forma separada como conjunta, en este primer ejercicio. Como se aprecia en el panel A del gráfico, el aumento de un punto porcentual en la tasa de formalidad provoca un incremento de las contribuciones totales relativas al PIB, que va desde el 0,04 % en Perú y México hasta el 0,15 % en Argentina. Estas diferencias son producto principalmente del impacto sobre las contribuciones al sistema de pensiones, las cuales aumentan alrededor del 0,09 % del PIB en Argentina y Brasil, mientras que en Perú solo crecen el 0,01 % del PIB. Las contribuciones al sistema de salud, por su parte, experimentan un aumento más uniforme. En seis de los siete países para los cuales se pudieron calcular las contribuciones al sistema de salud —Brasil quedó excluido por falta de información— estas aumentan entre el 0,02 % y el 0,04 % del PIB. Solo Argentina, registra un aumento superior de casi el 0,06 % del PIB.

19. Se asume que el aumento de la tasa de formalidad es uniforme en cada grupo de edad, sexo y educación; es decir, en cada uno de ellos aumenta exactamente 1 punto porcentual.

Gráfico 2.22

Bono de formalidad: aumento de la formalidad en 1 punto porcentual

Panel A. Relativo al PIB**Panel B. Relativo a contribuciones en el escenario base**

Notas: Con respecto a Brasil, solo se dispone de datos para el sistema de pensiones.

Fuente: Cálculos propios con base en datos de IERAL (2020) y Crosta *et al.* (2019).

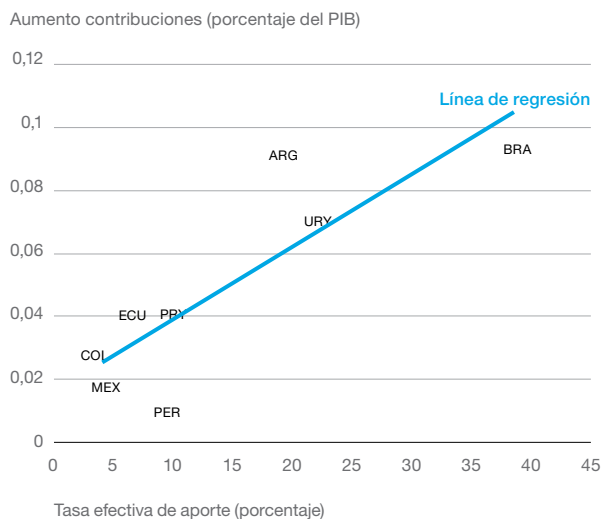
Las notables diferencias en el aumento de las contribuciones para la jubilación entre países se explican fundamentalmente por sus distintas tasas efectivas de aporte.²⁰ Esto se ilustra en el panel A del Gráfico 2.23. Por ejemplo, Argentina, Brasil y Uruguay, países que experimentan el mayor aumento de las contribuciones al sistema de pensiones, tienen tasas de aporte mucho más altas que el resto de los países. En el caso del sistema de salud (panel B), esta relación es menos clara debido a que el aumento de las contribuciones en términos del PIB en Perú no es particularmente alto, aunque tiene la tasa efectiva de aporte más elevada entre los países analizados —más que duplica la que le sigue—. Sin embargo, si se excluye Perú, se observa una clara relación positiva.

20. La tasa de aporte efectiva se calcula como la recaudación observada como porcentaje de la masa salarial formal.

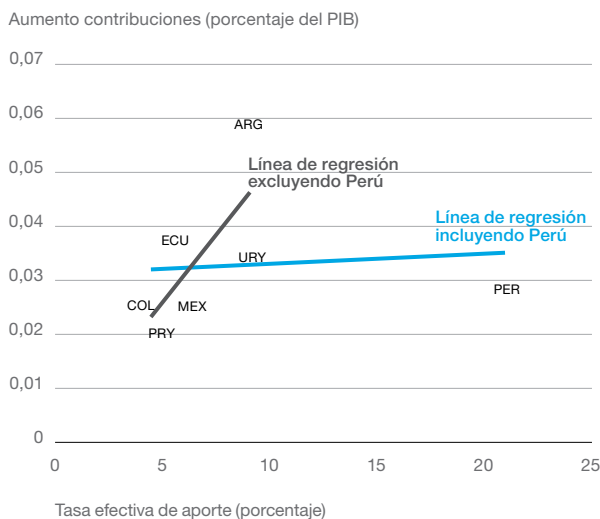
Gráfico 2.23

Bono de formalidad como porcentaje del PIB con relación a la tasa de aporte efectiva

Panel A. Sistema de pensiones



Panel B. Sistema de salud



Notas: Con respecto a Brasil, solo se dispone de datos para el sistema de pensiones.

Fuente: Cálculos propios con base en datos de IERAL (2020) y Crosta *et al.* (2019).

Otra forma de analizar el aumento de las contribuciones es con respecto al escenario base, tal como se muestra en el panel B del Gráfico 2.22. En este caso, las contribuciones totales al sistema de previsión social aumentan desde el 1,2 % en Uruguay hasta el 2,1 % en Ecuador y México. Es decir, por cada punto porcentual que aumenta la tasa de formalidad, los aportes totales al sistema previsional crecen más del 1 % en todos los países y por encima de 1,8 % en Ecuador, México Paraguay y Perú, lo cual representa un impacto significativo. En general, las contribuciones a los sistemas de pensiones y de salud aumentan aproximadamente lo mismo en cada país, excepto en Colombia donde crecen el 1,9 % y el 1,3 %, respectivamente. Esta disparidad, significativamente más grande que la observada en el resto de los países, obedece a que los jubilados en Colombia, cuyos aportes no se ven afectados por los cambios en la tasa de formalidad, contribuyen al sistema de salud mucho más con relación al aporte de los trabajadores activos que en los demás países. Eso provoca que las contribuciones al sistema de salud en Colombia aumenten significativamente menos que las del sistema de pensiones, que solo depende del aporte de los trabajadores formales.

Como se menciona arriba, para estimar la magnitud total del bono de formalidad es además necesario considerar escenarios sobre la variación de la tasa de formalidad. En este sentido, se realizan los siguientes dos ejercicios. En el primero (denominado F1), la tasa de formalidad en cada país aumenta hasta su valor “esperado” de acuerdo a su nivel de PIB per cápita, como se explica

en el apartado “La informalidad laboral: un problema de larga data”.²¹ El segundo ejercicio (F2) consiste en reducir la tasa de informalidad a la mitad de la observada.²²

El Cuadro 2.16 muestra las tasas de formalidad observada y bajo estos dos escenarios. Cabe destacar que el ejercicio F1 corresponde a un escenario conservador —es decir, supone aumentos de la formalidad menores que los que supone el ejercicio F2— si la tasa de formalidad observada no está demasiado alejada de su nivel esperado. Ese es el caso para todos los países analizados excepto México, cuya tasa de formalidad se encuentra casi 32 puntos por debajo de lo que se espera dado su nivel de ingreso, la mayor diferencia de todas. Para el resto de los países, el incremento de la tasa de formalidad en el ejercicio F1 va desde 2,2 puntos porcentuales en Uruguay hasta 27,1 puntos en Perú. En el ejercicio F2, la tasa de formalidad aumenta desde 13,9 puntos porcentuales en Uruguay hasta 35,4 en Paraguay.

Cuadro 2.16

Tasas de formalidad observadas y contrafactuales

País	Observada	Ejercicio	
		F1	F2
Argentina	65,2	72,2	82,6
Brasil	60,4	65,1	80,2
Colombia	39,8	60,9	69,9
Ecuador	40,1	54,9	70,1
México	38,2	69,8	69,1
Paraguay	29,2	55,1	64,6
Perú	31,3	58,5	65,7
Uruguay	72,3	74,5	86,1

Notas: La tasa de formalidad observada corresponde a 2015 excepto México que se refiere a 2016.

Fuente: Cálculos propios con base en datos de CEDLAS (2020) y OIT (2020).

21. Para cada grupo de edad, sexo y educación, el número de trabajadores informales cae en la misma proporción que debe reducirse la tasa de informalidad agregada. Eso significa que los grupos con mayores tasas de informalidad sufren un cambio más pronunciado en la tasa de formalidad.

22. En este ejercicio (F2), específicamente, la tasa de informalidad se redujo a la mitad para cada grupo de edad, sexo y educación. Eso implica que la tasa de informalidad agregada también cae a la mitad.

Antes de analizar los resultados de estos ejercicios es importante señalar que las tasas de formalidad presentadas en este apartado se basan en una definición de la formalidad diferente de la utilizada en el Cuadro 2.6 (ver pág. 101). En este apartado se definen como trabajadores formales a todos los asalariados públicos, los asalariados privados que declaran aportar a los sistemas de previsión social, los cuentapropistas profesionales y los patronos. Por el contrario, los trabajadores informales son aquellos asalariados privados que declaran no aportar y los cuentapropistas no profesionales. Dada esta definición, se observa que en 6 de los 8 países considerados, la tasa de informalidad se encuentra entre las dos tasas reportadas en el Cuadro 2.6.²³ Para los otros dos países, Argentina y Ecuador, la tasa de informalidad se encuentra por debajo de las dos mostradas en dicho cuadro. En el caso de Argentina la diferencia es de 16 a 13 puntos porcentuales, mientras que para Ecuador es de 11 a 5 puntos. Esto implica que, en el peor de los casos, se está subestimando el bono de formalidad en estos dos países. En el resto, la definición de formalidad aquí utilizada no significa un sesgo importante.

Entrando ya en el análisis de los resultados de los ejercicios F1 y F2, el Cuadro 2.17 muestra el aumento promedio de las contribuciones a los sistemas de previsión social en ambos escenarios durante todo el periodo analizado. Lo primero que se puede notar es que las ganancias en contribuciones por cada punto porcentual que aumenta la tasa de formalidad son iguales en ambos ejercicios.²⁴ En promedio, por cada punto porcentual de aumento en la tasa de formalidad, los sistemas previsionales reciben contribuciones adicionales del orden del 0,06 % del PIB, lo cual es equivalente al 1,4 % de las contribuciones en el escenario base.

En promedio, por cada punto porcentual de aumento en la tasa de formalidad, los sistemas previsionales reciben contribuciones adicionales del orden del 0,06 % del PIB.

23. Aquí se está haciendo abstracción de que los años que se comparan no son los mismos, excepto para el caso de Brasil. Sin embargo, las comparaciones siguen siendo válidas dada la persistencia que muestran las tasas de informalidad a lo largo del tiempo y la cercanía de los años considerados.

24. Estas contribuciones adicionales por punto porcentual de aumento de la formalidad son, en promedio, cerca del 80 % más bajas que las obtenidas en el ejercicio E1, donde la tasa de formalidad crece exactamente en 1 punto porcentual. Esto se debe a la manera como están diseñados los ejercicios F1 y F2 con respecto al ejercicio E1. En los ejercicios F1 y F2, los grupos de trabajadores con tasas de informalidad más altas (que tienden a recibir remuneraciones más bajas) experimentan una mayor variación en sus tasas de formalidad. Por ende, estos grupos están sobrerrepresentados en el conjunto de trabajadores informales que hacen la transición hacia la formalidad. Es decir, el trabajador promedio que hace dicha transición aporta menos que el trabajador informal promedio. Por el contrario, en el ejercicio E1, el trabajador promedio que hace la transición hacia la formalidad es por construcción idéntico al trabajador informal promedio.

Cuadro 2.17

Bonos de formalidad: resultados de ejercicios contrafactuales

	Variación de contribuciones previsionales totales		Variación de la tasa de formalidad (puntos porcentuales)	Ratio var. contribuciones / var. tasa de formalidad	
	% del PIB	% del escenario base		% del PIB	% del escenario base
	(A)	(B)	(C)	(A/C)	(B/C)
Ejercicio F1					
Argentina	0,97	9,5	7,0	0,14	1,4
Colombia	0,88	26,3	21,1	0,04	1,2
Ecuador	1,03	28,3	14,8	0,07	1,9
México	1,14	56,2	31,6	0,04	1,8
Paraguay	1,04	31,4	25,9	0,04	1,2
Perú	0,72	36,1	27,1	0,03	1,3
Uruguay	0,20	2,2	2,2	0,09	1,0
Promedio	0,85	27,1	18,53	0,06	1,4
Ejercicio F2					
Argentina	2,42	23,7	17,4	0,14	1,4
Colombia	1,25	37,6	30,1	0,04	1,2
Ecuador	2,09	57,3	29,9	0,07	1,9
México	1,11	54,9	30,9	0,04	1,8
Paraguay	1,42	42,9	35,4	0,04	1,2
Perú	0,91	45,6	34,3	0,03	1,3
Uruguay	1,24	13,9	13,9	0,09	1,0
Promedio	1,49	39,4	27,42	0,06	1,4

Fuente: Cálculos propios con base en datos de IERAL (2020) y Crosta *et al.* (2019).

Con respecto al impacto total, en el ejercicio conservador (F1), se observan ganancias significativas. En Ecuador, México y Paraguay, las contribuciones crecen más del 1,0 % del PIB, lo cual equivale a una variación de entre el 28 % y el 56 % con relación a los ingresos del escenario base. Colombia y Perú, aunque no obtienen ganancias relativas al PIB tan elevadas como los países anteriores, sí experimentan un incremento importante de las contribuciones con relación al escenario base, del 26 % y el 36 %, respectivamente. Por su parte, Uruguay, que en este ejercicio registra un aumento de la tasa de formalidad de 2,2 puntos porcentuales —la menor entre los países analizados—, solo registra un aumento de los aportes previsionales del 0,2 % del PIB, lo cual significa un incremento del 2,2 % relativo al escenario base. En promedio, los países reciben contribuciones previsionales adicionales del orden del 0,85 % del PIB, lo cual representa un aumento del 27 % con respecto al escenario base.

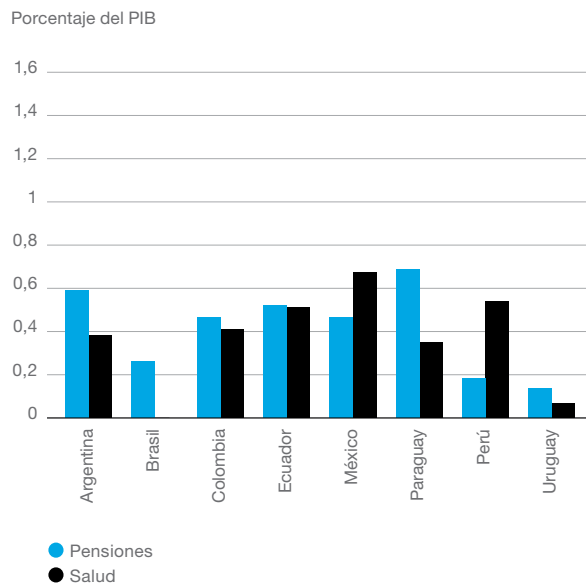
En el ejercicio más optimista (F2), donde la tasa de informalidad cae a la mitad de la observada, el impacto sobre las contribuciones es naturalmente más grande (excepto nuevamente en México, donde la tasa de formalidad crece ligeramente menos que en el ejercicio anterior). Se observan aumentos de los aportes previsionales desde el 0,9 % del PIB en Perú hasta el 2,4 % en Argentina. En promedio, los sistemas de protección social de los países analizados reciben un 39 % más en contribuciones, equivalente al 1,5 % del PIB.

El Gráfico 2.24 muestra el aumento de las contribuciones como porcentaje del PIB separadas en pensiones y salud en ambos ejercicios. En él, además de los países mostrados en el cuadro anterior, también aparece Brasil, que solo muestra los resultados referidos al sistema de pensiones porque, como se menciona arriba, no se dispone de la información necesaria para calcular los aportes al sistema de salud. En el ejercicio F1, que en Brasil implica un aumento de la tasa de formalidad de casi 5 puntos porcentuales, las contribuciones para jubilaciones crecen menos del 0,3 % del PIB, equivalente al 3,2 % de los ingresos en el escenario base. Por su parte, en el ejercicio F2, donde la formalidad aumenta cerca de 20 puntos porcentuales, los ingresos del sistema de pensiones se incrementan el 1,1 % del PIB o cerca del 16 % respecto al escenario base.

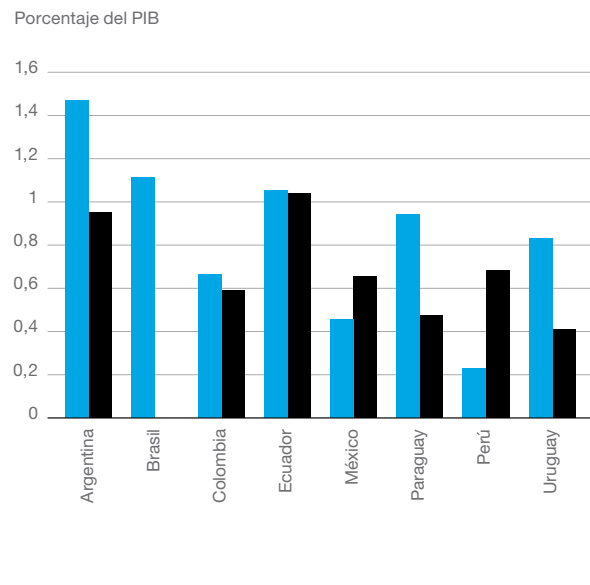
Gráfico 2.24

Bono de formalidad en ejercicios contrafactuales por tipo de sistema de previsión social

Panel A. Ejercicio F1



Panel B. Ejercicio F2



Notas: Con respecto a Brasil, solo se dispone de datos para el sistema de pensiones.

Fuente: Cálculos propios con base en datos de IERAL (2020) y Crosta *et al.* (2019).

Más allá de la magnitud de los impactos sobre las contribuciones de estos escenarios hipotéticos, es interesante indagar sobre la fuente de los mismos. En este sentido, se desagregan los resultados por sexo, edad y educación. El panel A del Cuadro 2.18 muestra la contribución relativa de cada uno de estos grupos al aumento de los aportes para pensiones totales.²⁵ Por ejemplo, se aprecia que, en Argentina, los hombres contribuyen con el 63,5 % a dicho incremento, mientras que los trabajadores con educación terciaria completa lo hacen con el 5,7 %.

Cuadro 2.18

Bono de formalidad desagregado y distribución de trabajadores informales

País	Hombres	Mujeres	15-29	30-49	50+	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Terciaria completa
Panel A. Contribución al bono de formalidad (porcentaje)								
Argentina	63,5	36,5	22,7	48,5	28,7	31,1	63,1	5,7
Brasil	74,4	25,6	13,8	66,0	20,2	39,3	54,7	6,0
Colombia	61,1	38,9	19,0	51,2	29,8	58,2	39,2	2,6
Ecuador	65,3	34,7	19,9	50,8	29,4	67,3	29,8	2,9
México	64,7	35,3	22,7	54,4	22,9	64,9	22,5	12,6
Paraguay	60,3	39,7	26,0	57,0	17,1	42,4	39,0	18,7
Perú	58,6	41,4	16,8	39,2	43,9	33,1	52,4	14,4
Uruguay	67,6	32,4	14,6	53,1	32,2	79,1	19,6	1,3
Panel B. Distribución de trabajadores informales (porcentaje)								
Argentina	57,2	42,8	27,9	46,1	26,0	34,4	60,8	4,8
Brasil	59,7	40,3	25,6	43,4	31,1	71,2	27,3	1,5
Colombia	57,4	42,6	30,4	41,1	28,5	64,0	34,8	1,2
Ecuador	58,7	41,3	29,0	42,3	28,7	70,9	27,4	1,7
México	57,8	42,2	34,2	42,0	23,9	74,9	19,0	6,1
Paraguay	58,5	41,5	39,1	37,8	23,1	68,8	27,4	3,7
Perú	49,9	50,1	30,3	37,2	32,5	58,1	37,1	4,8
Uruguay	57,3	42,7	23,4	40,4	36,3	85,7	13,7	0,7

Notas: Se reporta el porcentaje del aumento de las contribuciones previsionales que se le atribuye a cada grupo. Para todos los países, excepto Brasil, se consideran las contribuciones totales (pensiones y salud). Para Brasil, solo se consideran las contribuciones al sistema de pensiones.

Fuente: Cálculos propios con base en datos de IERAL (2020) y Crosta *et al.* (2019).

25. Cabe destacar que la contribución relativa de cada uno de los grupos demográficos es idéntica en los ejercicios F1 y F2 dada la manera como fueron diseñados estos ejercicios. En ambos, la tasa de informalidad de cada uno de los grupos definidos por la combinación de sexo, edad y educación cambia proporcionalmente igual al cambio de la tasa de informalidad agregada. Eso implica que el peso de cada uno de esos grupos en la masa total de trabajadores que transitan hipotéticamente de la informalidad a la formalidad es la misma en los dos ejercicios.

El panel B del Cuadro 2.18, por su parte, muestra la distribución demográfica de los trabajadores informales. Esto es relevante porque la contribución al bono de cada uno de estos grupos depende tanto de su tamaño como de su ingreso relativo. Así, se observa que grupos con ingresos más altos, como los hombres, los trabajadores de mediana edad (30 a 49 años) y los de mayor educación, contribuyen en todos los países más que lo que indica su tamaño, lo cual es importante para el diseño de políticas públicas dirigidas a aumentar los ingresos de los sistemas de previsión social a través de la formalización del empleo.

El bono de género

América Latina se caracteriza por tener una elevada brecha en la participación laboral de hombres y mujeres, como se mostró en el apartado “La participación laboral: las brechas de género y la actividad en la adultez”. Para la población en edad de trabajar de 15 años y más, la brecha es en promedio de casi 26 puntos porcentuales en los países de la región, mientras que en la OCDE es de aproximadamente 12 puntos. Si se restringe el rango etario a la población de 15 a 64 años, el cual representa mejor la porción de población que aporta a los sistemas de previsión social, se observa que la brecha de género es de 25 puntos porcentuales en América Latina, mientras que en la OCDE es de 10 puntos. Esos 15 puntos de diferencia se explican fundamentalmente por la baja tasa de participación laboral de las mujeres, la cual es casi 14 puntos porcentuales menor que la observada en la OCDE.²⁶

Para estimar las ganancias que podrían obtener los países de la región, en términos de contribuciones a los sistemas de pensiones, debido a un aumento de la participación laboral femenina, se lleva a cabo un ejercicio contrafactual donde las tasas de participación para algunos grupos de mujeres se igualan a las observadas en la OCDE. Más precisamente, para cada grupo definido por la combinación de edad y nivel educativo, si la tasa de participación observada está por debajo de la tasa de la OCDE, se equipara a esta última; en caso contrario, permanece igual.

El Gráfico 2.25 ilustra estos cambios en la tasa de participación de las mujeres para cada país. Así, se aprecia que, en general, los cambios más importantes los experimentaron las mujeres con nivel educativo intermedio y las mayores de 50 años.

El Cuadro 2.19, a su vez, presenta los cambios que sufre la participación laboral femenina total, así como la brecha de género. Allí se puede ver que Argentina experimenta un aumento de la participación laboral femenina de 8,8 puntos porcentuales, la mayor entre los países analizados, lo cual provoca que la brecha de género se cierre en aproximadamente un tercio. Ecuador y México también experimentan aumentos relativamente grandes, de 5,9 y 4,6 puntos porcentuales, respectivamente. El resto de los países registran incrementos relativamente pequeños, de entre 1,3 puntos porcentuales en Uruguay y 2,8 puntos en Brasil, dejando a alguno de estos con brechas de género aún sustanciales.

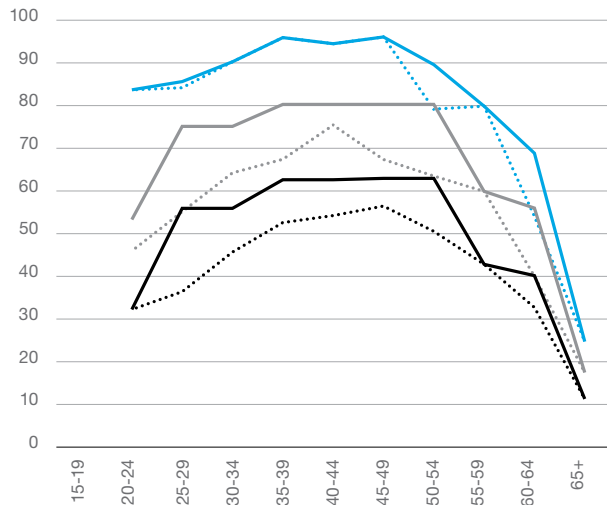
26. Cálculos propios con base en OIT (2020).

Gráfico 2.25

Participación laboral femenina observada y contrafactual por edad y educación, 2015

Panel A. Argentina

Tasa de participación femenina



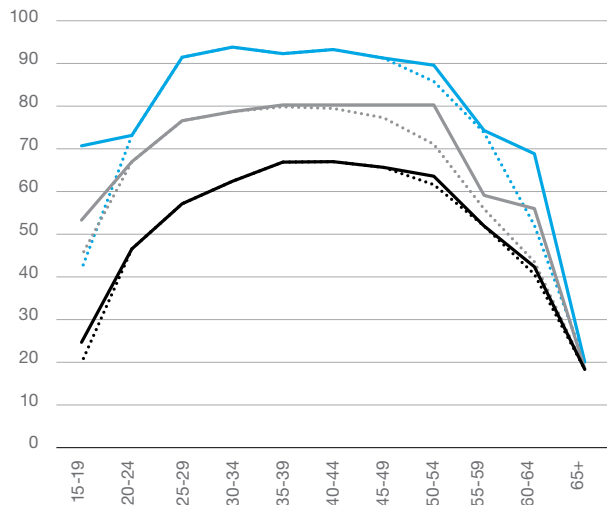
Panel B. Brasil

Tasa de participación femenina



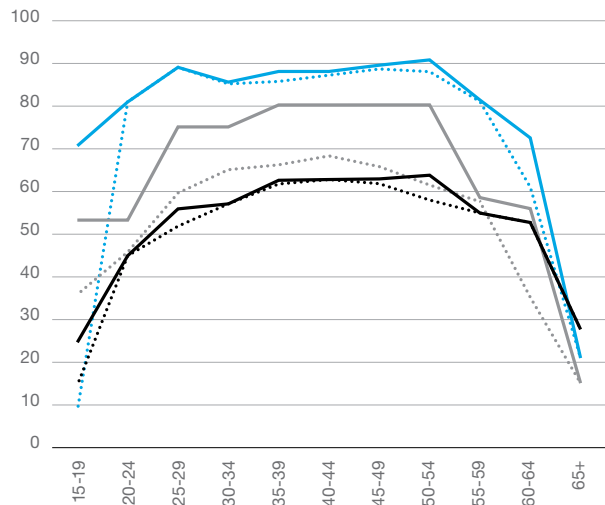
Panel C. Colombia

Tasa de participación femenina



Panel D. Ecuador

Tasa de participación femenina



... Básica Observada ... Intermedia Observada ... Avanzada Observada
 — Básica Contractual — Intermedia Contractual — Avanzada Contractual

Continúa en la página siguiente →

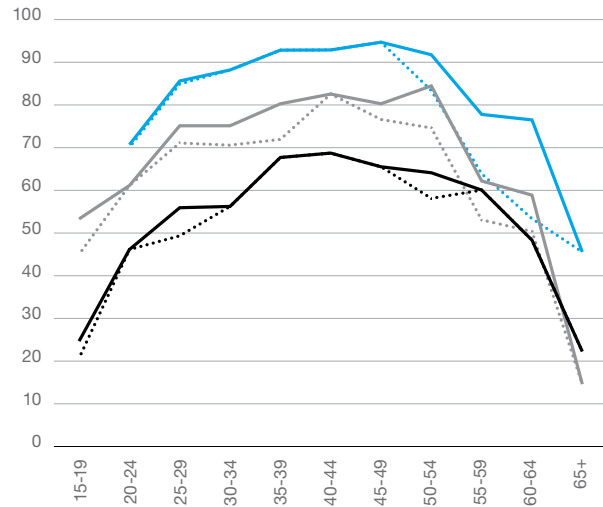
Panel E. México

Tasa de participación femenina



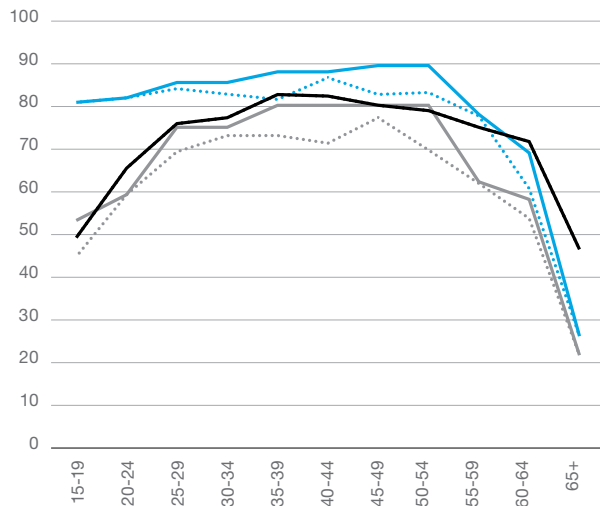
Panel F. Paraguay

Tasa de participación femenina



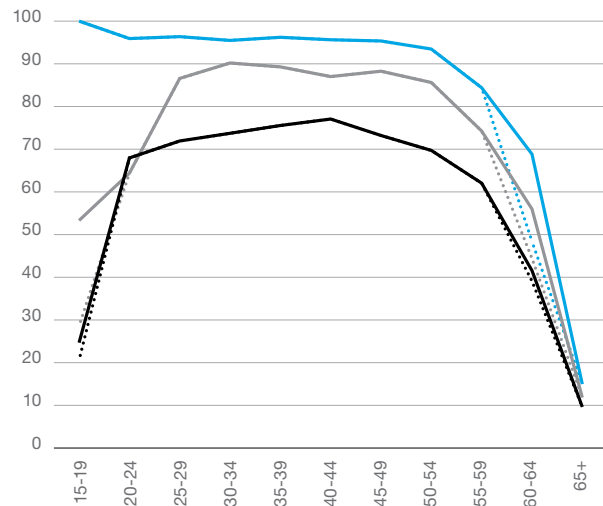
Panel G. Perú

Tasa de participación femenina



Panel H. Uruguay

Tasa de participación femenina



... Básica Observada ... Intermedia Observada ... Avanzada Observada
 — Básica Contractual — Intermedia Contractual — Avanzada Contractual

Notas: Los datos de México corresponden al año 2016.

Fuente: Cálculos propios con base en datos de CEDLAS (2020) y OIT (2020).

Cuadro 2.19

Tasa de participación laboral femenina y brecha de género

País	Tasa de participación (porcentaje)		Variación (puntos porcentuales)	Brecha de género (puntos porcentuales)	
	Observada	Contrafactual		Observada	Contrafactual
Argentina	62,1	70,9	8,8	25,0	16,2
Brasil	61,1	63,9	2,8	21,3	18,5
Colombia	63,3	64,9	1,6	22,4	20,8
Ecuador	55,6	61,5	5,9	28,2	22,3
México	54,6	59,3	4,6	31,0	26,3
Paraguay	58,9	61,4	2,5	26,9	24,4
Perú	71,1	73,6	2,5	15,0	12,5
Uruguay	68,0	69,3	1,3	15,1	13,8

Notas: La tasa de participación laboral observada corresponde a 2015 excepto México que se refiere a 2016.

Fuente: Cálculos propios con base en datos de CEDLAS (2020).

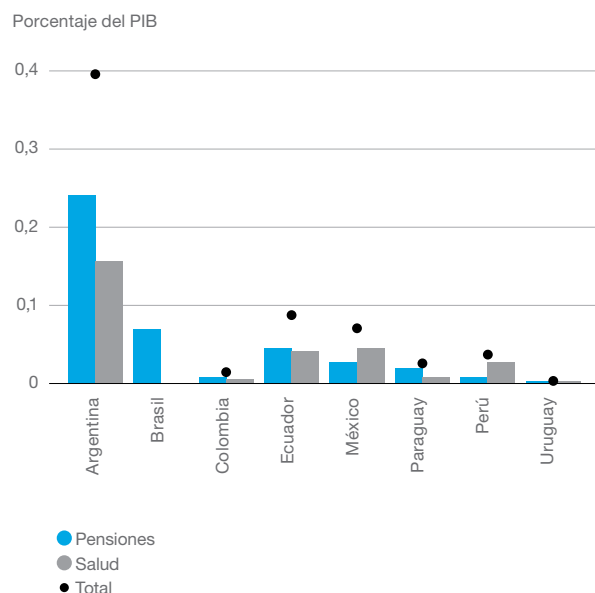
El impacto sobre la brecha de género en general es modesto porque la poca participación de las mujeres en América Latina no se explica tanto por su baja participación en cada uno de los grupos de edad y educación vistos individualmente, sino por la mayor proporción de mujeres en niveles educativos inferiores que tienden a tener poca participación en el mercado de trabajo. Por ejemplo, tomando el promedio de los ocho países analizados aquí, cerca del 40 % de las mujeres entre 15 y 64 años tiene un nivel educativo básico (tal como se define en el apartado “Participación laboral: las brechas de género y la actividad en la adultez”), mientras que en la OCDE es el 13 %. En el otro extremo, el 26 % de las mujeres de estos ocho países de la región tienen un nivel educativo avanzado, mientras que en la OCDE esta cifra asciende al 45 %. Este sesgo hacia niveles educativos inferiores provoca que la participación femenina total siga siendo relativamente baja incluso en el escenario descrito, donde las tasas de participación para cada grupo son al menos tan altas como las de la OCDE.

Finalmente, el Gráfico 2.26 muestra el aumento promedio de las contribuciones a los sistemas de previsión social en cada uno de los países como resultado de los cambios en la participación laboral femenina. Como se puede ver, el aumento de las contribuciones totales va desde el 0,4 % del PIB en Argentina hasta casi cero en Uruguay. En promedio, las contribuciones aumentan cerca del 0,1 % del PIB. En términos de las ganancias con respecto a las contribuciones del escenario base, nuevamente Argentina experimenta el mayor aumento, con el 3,9 %, seguida por México, con el 3,5 %. En general, el impacto sobre las contribuciones previsionales es pequeño, no solo porque la participación laboral femenina aumenta relativamente poco en la mayoría de los casos, sino también porque una importante proporción de las mujeres que se incorporan al mercado laboral lo hacen en un trabajo informal. Las tasas de informalidad femenina de los ocho países se encuentran entre el

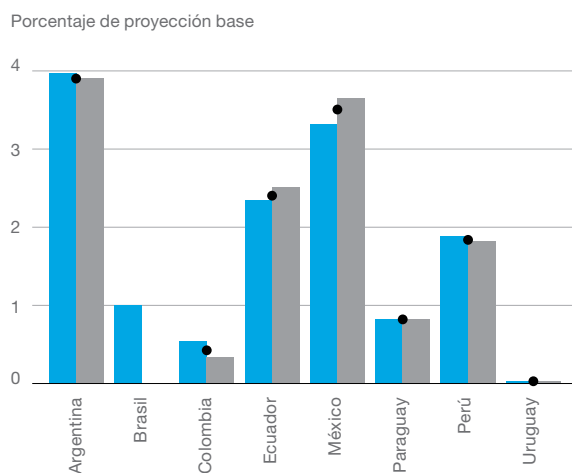
27 % en Uruguay y el 74 % en Perú, para un promedio del 54 %. Es decir, de cada dos mujeres que entran al mercado laboral, solo una termina aportando a la seguridad social.

Gráfico 2.26
Bono de género

Panel A. Relativo al PIB



Panel B. Relativo a contribuciones en el escenario base



Notas: Con respecto a Brasil, solo se dispone de datos para el sistema de pensiones.

Fuente: Cálculos propios con base en datos de IERAL (2020) y Crosta *et al.* (2019).

Para poner estos resultados en perspectiva, se comparan con los obtenidos en el escenario conservador de formalización, donde la tasa de formalidad aumenta hasta su valor “esperado” (ejercicio F1). En el caso de Argentina, las ganancias asociadas al ejercicio aquí planteado representan un 41 % del bono de formalidad del ejercicio F1, mientras que en el de Brasil es el 27 % (en este caso solo se tiene el impacto sobre las contribuciones al sistema de pensiones). En los demás países, las ganancias no alcanzan el 10 % del bono de formalidad conservador.

En conclusión, aunque cerrar la brecha de género mediante una mayor participación laboral femenina lógicamente permite aumentar los ingresos de los sistemas previsionales, su contribución a la sostenibilidad financiera de los mismos es modesta.

Políticas para aumentar la cobertura activa: capitalizando los bonos y previniendo interrupciones

La difícil misión de aumentar la formalidad laboral

La informalidad del empleo es quizás la principal endeblez estructural de los mercados de trabajo en América Latina. Además del lastre que esto significa para el crecimiento de la productividad (CAF, 2018), la informalidad laboral es la principal barrera para aumentar la efectividad de los sistemas de protección social contributivos en los países de la región. Promover la formalidad de las relaciones laborales, además de expandir la cobertura social a una mayor proporción de trabajadores, permitiría mejorar las perspectivas de sostenibilidad financiera de estos esquemas, como se mostró en el apartado “El bono de formalidad”.

Como todo fenómeno complejo, la informalidad es multicausal. Diferentes factores determinan los incentivos y las limitaciones, tanto por el lado de las empresas como por el de los trabajadores, para la generación de empleos formales. En el análisis de las alternativas de política para promover una mayor formalidad laboral conviene partir, por tanto, de la identificación de estos factores.

Por el lado de las empresas, una relación laboral formal implica asumir mayores costos laborales salariales y no salariales. Entre los primeros, se encuentran los derivados de las regulaciones relativas a salarios mínimos y pagos complementarios, mientras que, entre los segundos, se destacan los impuestos al trabajo y las contribuciones a la seguridad social, así como los mayores costos de contratación y despido. A cambio de estos mayores costos, la formalidad puede significar incentivos para las empresas en términos de un mayor acceso al crédito y a una mayor variedad de proveedores y clientes, así como un menor riesgo de sanciones por incumplimiento de las regulaciones vigentes. Entre las limitaciones, resalta el problema de acceso al crédito, sobre todo de las empresas jóvenes y pequeñas (CAF, 2018).

Entre las causas de la informalidad se encuentran los altos costos asociados a la contratación formal, lo que plantea la necesidad de reducir los impuestos a la nómina y otros costos no salariales.

Por el lado de los trabajadores, la formalidad requiere el pago de aportes a la seguridad social y otros impuestos laborales a cambio de una serie de beneficios, entre los que se destacan la cobertura contra riesgos contemporáneos —como los seguros de desempleo y de salud—, la posibilidad de recibir una pensión después del retiro, la protección ante el riesgo de despido, así como otros derechos que varían según la legislación laboral de cada país. Entre las limitaciones, se destaca la baja empleabilidad de los trabajadores informales.

Hay una serie de políticas que buscan aliviar los factores causantes de la informalidad. Entre esos factores, se encuentran los altos costos para las empresas asociados a la contratación formal, una traba que ha sido extensamente estudiada y mencionada anteriormente. De esta línea de análisis se derivan las políticas de reducción de impuestos a la nómina y otros costos no salariales.

Es importante tener en cuenta que estos costos suelen ser la contracara del financiamiento de las prestaciones que reciben los trabajadores, por lo que es necesario contemplar alternativas de financiamiento si se quiere mantener inalterado el nivel de las prestaciones. Un ejemplo de este tipo de reformas es la introducida en Colombia en 2012, que redujo las contribuciones sobre la nómina que pagaban las empresas del 29,5 % al 16 % y aumentó la alícuota del impuesto a los beneficios de las empresas para mantener el equilibrio financiero del sistema. Esta reforma permitió reducir la tasa de informalidad en 5 puntos porcentuales (Fernández y Villar, 2016).²⁷ Otras iniciativas tendientes a reducir los costos de la contratación formal para las empresas, con efectos positivos sobre el nivel de formalidad, son los regímenes de simplificación tributaria para pequeñas empresas y trabajadores independientes, introducidos en varios países de la región (Azua, Azuero, Bosch y Torres, 2019). Por último, se ha argumentado que las regulaciones de salario mínimo, al encarecer el empleo formal, también pueden causar una mayor informalidad; sin embargo, los estudios empíricos disponibles no son concluyentes al respecto (Saltiel y Urzúa, 2017; Broecke y Vandeweyer, 2016).

Una segunda limitación que se ha estudiado es que los trabajadores tienen pocos incentivos para buscar un puesto formal puesto que no valoran lo suficiente los beneficios que esto conlleva. Debido a que el trabajador asume los costos de la formalidad en términos de un menor salario neto, cuanto mayor sea la valoración de los beneficios que recibe a cambio, mayores serán los incentivos para buscar un puesto en el sector formal. En este sentido, pueden resultar efectivas las políticas que buscan mejorar la relación entre los costos y beneficios de la formalidad para el trabajador. La evidencia es consistente con esta hipótesis. Un estudio de Bergolo y Cruces (2014) muestra que la expansión de los beneficios de salud para trabajadores formales en Uruguay generó un aumento en la tasa de formalidad de alrededor de 2 puntos porcentuales. Asimismo, Almeida y Carneiro (2012) encuentran que los trabajadores formales en Brasil están dispuestos a recibir un menor salario neto a cambio de los beneficios asociados a la formalidad.²⁸

El costo de la formalidad (relativo a los beneficios) también afecta la decisión de registrarse y contribuir a la seguridad social de los trabajadores independientes. En la región, la cobertura del empleo independiente se basa en regímenes contributivos obligatorios o voluntarios. Si bien la obligatoriedad de la afiliación suele redundar en un nivel de formalidad mayor, una limitación para aumentar la cobertura efectiva, que trasciende el carácter obligatorio o voluntario de la afiliación, es que el reporte de horas trabajadas e ingresos laborales no está sujeto a verificación de terceras partes (empleador) y es difícil de monitorear por parte de las autoridades fiscalizadoras. En este sentido, para lograr un mayor nivel de cumplimiento es clave mejorar los mecanismos de monitoreo y control, propósito que puede facilitarse con la adopción de nuevas tecnologías para el registro de trabajadores, el pago de

27. Otros estudios de esta misma reforma confirman los resultados positivos sobre los niveles de formalidad (Kugler y Kugler, 2015; Bernal, Eslava, Meléndez y Pinzón, 2017).

28. Sin embargo, este mecanismo de ajuste no opera en la parte inferior de la distribución de salarios, debido a la rigidez a la baja que generan las regulaciones de salarios mínimos.

las contribuciones o la realización de las tareas de inspección laboral.²⁹ Asimismo, el envío de recordatorios sobre la obligatoriedad de contribuir y de información sobre los beneficios de la afiliación puede redituar en un mayor nivel de cumplimiento de los trabajadores independientes, tal como lo demuestra el estudio de Bosch, Fernandes y Villa (2015) respecto de una iniciativa de este tipo implementada en Brasil en 2014.

Debe tenerse presente que un costo de la formalidad para los trabajadores, que no es explícito, pero sí relevante, es la posible pérdida del derecho a recibir transferencias monetarias u otros beneficios sociales no contributivos. En décadas recientes, muchos gobiernos han puesto en marcha una serie de programas no contributivos que buscan transferir ingresos a trabajadores sin empleo, así como brindar cobertura de salud y pensiones durante el retiro. Estos programas, efectivos para reducir la vulnerabilidad de las familias de menores ingresos, pueden desincentivar el empleo formal, bien sea porque desalientan la participación en el mercado laboral y el empleo, o porque desincentivan la búsqueda de un empleo formal. Esto se debe a que tanto las personas sin empleo como aquellas con un empleo informal pueden acceder a los beneficios sin estar sujetos a los impuestos laborales.³⁰

Los programas no contributivos generan incentivos a la informalidad y reducen la fracción de trabajadores formales de la fuerza laboral.

Diversos estudios muestran que los programas no contributivos generan incentivos a la informalidad y reducen la fracción de trabajadores formales de la fuerza laboral. En Argentina, la introducción de la Asignación Universal por Hijo (AUH), un programa que ofrece a desocupados y trabajadores informales un beneficio (un subsidio monetario por hijo menor de edad) que antes estaba limitado a los trabajadores formales, redujo la probabilidad de formalización de los beneficiarios (Garganta y Gasparini, 2015).³¹ En México, el programa Seguro Popular que extendió la cobertura de salud a los trabajadores informales sin costo directo para los beneficiarios generó una disminución en el empleo formal (Bosch y Campos-Vazquez, 2014). En Colombia, la expansión de la cobertura de salud a la población en hogares de menores recursos independientemente de su situación laboral, por medio del mecanismo conocido como Régimen Subsidiado, provocó una reasignación de puestos formales a informales (Camacho, Conover y Hoyos, 2014). Similares efectos tienen otros beneficios sociales, como, por ejemplo, los programas de transferencias condicionadas, de amplia adopción en la región, particularmente cuando la condición de beneficiario está vinculada con la situación laboral formal. En Uruguay, el programa de transferencias monetarias condicionadas dirigido a menores en hogares vulnerables generó una caída en el empleo formal de alrededor de ocho puntos

29. Diversas iniciativas para la formalización de trabajadores basadas en la utilización de nuevas tecnologías han sido implementadas recientemente en varios países de la región. En general, estas herramientas buscan promover la formalización a través de la reducción de los costos de transacción —para el registro de trabajadores y el pago de las contribuciones— y el fortalecimiento de los mecanismos de rendición de cuentas. Entre estas iniciativas se pueden mencionar los registros electrónicos de trabajadores como eSocial en Brasil y Planilla Electrónica en Perú, los programas de simplificación electrónica del pago de contribuciones a la seguridad social, como la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) en Colombia, y las aplicaciones para mejorar la inspección laboral, como el programa de Simplificación Registral en Argentina.

30. Además, en un contexto de envejecimiento de la población, y debido a que estos programas se financian con rentas generales, la carga para las cuentas fiscales puede ir en aumento y poner en jaque la sostenibilidad financiera de estos esquemas. Esto se puede agravar por el hecho de que la falta de una vinculación directa entre beneficiarios y costos del financiamiento genera presiones e incentivos políticos para aumentar la cobertura y la generosidad de las prestaciones (Levy y Schady, 2013).

31. Cabe mencionar que los autores no encuentran evidencia de que el programa incentive el paso a la informalidad de los trabajadores formales.

porcentuales (Bergolo y Cruces, 2016). Por lo tanto, si bien los mecanismos de apoyo al ingreso no contributivos benefician a las personas sin empleo o en puestos informales, deben usarse con cautela debido a que también alteran los incentivos en el mercado de trabajo, induciendo la reasignación de empleo desde el sector formal hacia el informal.

Por último, una de las causas principales de la informalidad en la región es la baja empleabilidad de parte de la fuerza laboral, lo que pone en evidencia la necesidad de aumentar la inversión en formación y capacitación de los trabajadores. De hecho, mejorar las habilidades de la fuerza laboral puede ser, en el largo plazo, más efectivo para reducir la informalidad que las políticas dirigidas a mejorar el cumplimiento de las regulaciones laborales, las reducciones impositivas para las pequeñas empresas o la modificación de las regulaciones relativas al salario mínimo (Haanwinckel y Soares, 2017, 2020).

Una de las causas de la informalidad en la región es la baja empleabilidad de muchos trabajadores, lo que hace necesario aumentar la inversión en formación y capacitación.

Más allá de las implicaciones obvias que esto tiene para los sistemas educativos, es importante considerar diversas intervenciones que buscan actualizar o reforzar las habilidades de los trabajadores. La evidencia disponible muestra que las políticas de formación en el puesto de trabajo pueden ser muy efectivas para aumentar el empleo formal en el mediano y largo plazo (Escudero, Kluve, Mourelo y Pignatti, 2019). Algunos casos exitosos probados en la región son el programa Jóvenes en Acción en Colombia (Attanasio, Guarín, Medina y Meghir, 2017), el Programa Primer Paso en Argentina (Berniell y de la Mata, 2017), el programa Juventud y Empleo en República Dominicana (Ibarrarán, Kluve, Ripani y Rosas Shady, 2019) y el programa Yo Estudio y Trabajo en Uruguay (Araya y Rivero, 2017). Si bien estas políticas son especialmente beneficiosas en el caso de los jóvenes porque generan información que resulta útil para su vida laboral, las políticas de formación pueden ayudar también de forma más general a la adaptación de trabajadores frente a cambios en la demanda de trabajo.

Participación laboral femenina: cómo levantar las restricciones

Una de las razones que explican la baja cobertura de los esquemas de protección social contributiva de la población en edad de trabajar es la poca participación relativa de las mujeres en el mercado laboral, como muestra el apartado “Participación laboral: las brechas de género y la actividad en la adultez”. Esta brecha de género ocurre, además, en todo el rango etario de la población activa y no se limita al margen extensivo (entre participar y no participar), sino que afecta también a las horas de trabajo o la probabilidad de trabajar a tiempo parcial (Marchionni, Gasparini y Edo, 2019).³² De lo expuesto en apartados anteriores, se concluye que cerrar esta brecha traería ganancias en términos de acceso a beneficios sociales para los trabajadores actuales y –aunque más modestas– en términos de la sostenibilidad fiscal de los esquemas de protección social.

32. El estudio citado muestra que, en promedio, las mujeres de América Latina trabajan un total de 40 horas a la semana, contra 48 horas en el caso de los hombres. Asimismo, mientras que el 24 % de las mujeres trabajan a tiempo parcial, la cifra correspondiente a los hombres es solo el 8 %.

Las dificultades para conciliar la vida familiar con el desarrollo profesional y la brecha de género en el nivel de educación formal son dos factores que limitan la participación laboral femenina.

Para definir qué políticas pueden contribuir más a aumentar los niveles de participación laboral femenina es útil identificar las principales restricciones que enfrentan las mujeres para insertarse y progresar en el mercado de trabajo. Los determinantes de dicha participación son múltiples y su análisis detallado escapa del alcance de este apartado. El estudio de Marchionni, Gasparini y Edo (2019) destaca dos factores de primer orden: las dificultades para conciliar la vida familiar con el desarrollo profesional y la brecha de género en el nivel de educación formal. Respecto del primero, el estudio muestra que las mujeres que viven con sus parejas tienen tasas de participación sustancialmente menores que las que son cabeza de familia monoparentales, lo que deja en evidencia la interdependencia que existe entre las decisiones de participación laboral y la distribución de responsabilidades y tareas dentro de los hogares. Respecto del segundo, se muestra que la brecha de género en participación laboral es particularmente alta entre las personas con bajo nivel educativo y se acorta a medida que tiene niveles de educación más altos.

En cuanto al primer condicionante, cabe preguntarse ¿qué políticas podrían aliviar las restricciones para una mayor compatibilidad de familia y trabajo? Marchionni, Gasparini y Edo (2019) destacan dos grupos de políticas susceptibles de contribuir a este objetivo. En primer lugar, está la expansión de la oferta de servicios de cuidado y la ampliación de la jornada escolar, de manera que reduzca el costo de oportunidad asociado a la maternidad. Iniciativas de este tipo han sido efectivas en otros contextos, y en América Latina tienen mucho terreno por ganar en virtud de los bajos niveles de cobertura y calidad actuales. Las políticas de infraestructura básica y de transporte podrían aportar en la misma dirección.

En segundo lugar, están las políticas de licencias por maternidad y paternidad. El estudio mencionado analiza la evidencia disponible sobre la efectividad de este tipo de políticas para cerrar las brechas de participación laboral y concluye que depende del contexto y el diseño de las intervenciones. Y más específicamente, hay que tener en cuenta que este tipo de iniciativas suele estar vinculado al empleo formal, por lo que su efectividad en muchos países de la región con alta informalidad podría ser más limitada.

Con respecto a la importancia del nivel de educación formal como determinante de la participación laboral femenina, además de la necesidad obvia de aumentar los logros educativos, resulta particularmente importante atender la situación de las mujeres más vulnerables. Esto se torna aún más relevante en el contexto de la desaceleración reciente del aumento tendencial de la participación laboral femenina, que venía ocurriendo desde la segunda mitad del siglo pasado. Gasparini y Marchionni (2017) muestran que esa desaceleración se manifestó con mayor intensidad entre las mujeres con menor nivel educativo, lo que podría explicarse, en un contexto de fuerte crecimiento económico, por el aumento de los ingresos de los hogares y la expansión de la cobertura y generosidad de las prestaciones sociales no contributivas. En este sentido, las políticas activas del mercado laboral, incluyendo los programas de apoyo al emprendimiento femenino, pueden ser efectivos para mejorar las perspectivas laborales de las mujeres con bajo nivel educativo e impulsar así su participación en el mercado laboral, particularmente en la medida que fomenten el desarrollo productivo en el sector formal de la economía.

Políticas laborales para el cambio tecnológico: formación de habilidades y apoyo al ingreso

Como se ha visto en el apartado “Automatización y digitalización, polarización y consecuencias para la protección social”, el cambio tecnológico modifica las oportunidades laborales de trabajadores con distintos niveles de habilidades. Si bien el cambio tecnológico tiende a reducir la demanda de algunas destrezas, con posibles pérdidas de empleo en ocupaciones que requieren un uso intensivo de esas habilidades, también aumenta la demanda de otras capacidades que se complementan con las innovaciones tecnológicas. Aunque estos desarrollos todavía no se manifiestan en los países de América Latina con la misma intensidad que en economías más avanzadas, es probable que esto ocurra a medida que se incrementa el ritmo de adopción de nuevas tecnologías. Las respuestas de políticas ante estos potenciales efectos son básicamente de dos tipos: i) inversiones en formación y capacitación para dotar a los trabajadores de las habilidades requeridas para hacer frente al impacto del cambio tecnológico, y ii) mecanismos que permitan mitigar los efectos de la pérdida de ingresos durante los periodos de desempleo.³³

En el primer grupo de alternativas de política se encuentran las intervenciones que buscan actualizar o reforzar las habilidades de los trabajadores en situación de desempleo o con mayor riesgo de perder el empleo, como las discutidas en el apartado “La difícil misión de aumentar la formalidad laboral”. También se incluyen en esta categoría los programas de asistencia a la búsqueda de empleo, subsidio al empleo privado y al trabajo temporal en el sector público que, si bien no buscan explícitamente la formación de habilidades, promueven la conformación de emparejamientos o mejoran su calidad, y favorecen por esta vía el aprendizaje y la acumulación de habilidades en el trabajo. En una edición anterior del Reporte de Economía y Desarrollo (CAF, 2016), se hizo un inventario de este tipo de políticas en América Latina, se analizaron sus principales características y se repasó la evidencia disponible sobre su efectividad. Los efectos de estas intervenciones varían en función del tipo de programa, el diseño, el horizonte temporal, el contexto macroeconómico y las características de los beneficiarios. En general, se encuentran resultados positivos, pero modestos —mayores en el caso de los programas de formación de habilidades—, y solo se manifiestan algunos años después de su finalización (Card, Kluve y Weber, 2018; Kluve *et al.*, 2019).

El segundo tipo de respuestas de política está compuesto por iniciativas que buscan directamente remediar posibles efectos adversos del cambio tecnológico, como, por ejemplo, la caída en los ingresos laborales como consecuencia de la falta de empleo. Estos programas pueden clasificarse según tengan un carácter contributivo o no contributivo.

La inversión en formación y capacitación y los mecanismos para mitigar la pérdida de ingresos debido al desempleo contribuyen a hacer frente a los efectos del cambio tecnológico.

33. Una estrategia obvia para anticiparse y prepararse para el futuro del trabajo, cuyo análisis excede el alcance de este capítulo, es aumentar la escolaridad y reducir las barreras para la realización de estudios superiores. Entre otros desafíos, esto significa abordar los obstáculos financieros, las barreras de información y los problemas de bajo rendimiento escolar y de preparación académica deficiente que actualmente desalientan a muchos posibles estudiantes (J-PAL Evidence Review, 2019).

El seguro de desempleo es la principal respuesta de los esquemas contributivos ante la pérdida de ingresos debido al desempleo. La indemnización por despido también corresponde a este grupo. Estos mecanismos permiten sostener la búsqueda de empleo durante más tiempo hasta encontrar una alternativa que mejor se adecúe a las habilidades del trabajador. La cobertura de los seguros de desempleo en los países de América Latina es notablemente más baja que en los países desarrollados, lo que en parte se debe a la elevada informalidad existente.³⁴ Fortalecer estos mecanismos de aseguramiento es clave para enfrentar los posibles efectos disruptivos del cambio tecnológico.

En el caso de los trabajadores que no tienen una relación laboral formal y, por lo tanto, no son elegibles para recibir estos beneficios, muchos gobiernos han puesto en marcha una serie de programas no contributivos que no solamente buscan transferir ingresos a trabajadores sin empleo, sino que también brindan cobertura de salud y pensiones durante el retiro. Si bien estas iniciativas cumplen el propósito de cubrir a los trabajadores ante el riesgo de la pérdida de ingresos debido al desempleo, no contribuyen significativamente a mejorar las perspectivas de inserción laboral al no tener un componente de formación de habilidades. Además, pueden alterar los incentivos en el mercado de trabajo induciendo la reasignación de empleo desde el sector formal hacia el informal.

Cambios en la organización del empleo: las plataformas como oportunidad

El acelerado ritmo de crecimiento del empleo de plataformas vuelve cada vez más necesario repensar las instituciones de protección social y su adecuación a las características del mercado laboral actual.

El empleo de plataformas puede ser una fuente de ganancias de eficiencia y beneficios para trabajadores y empresas, que pueden aprovechar una mayor flexibilidad. Pero también puede acarrear riesgos para los trabajadores, como una mayor volatilidad financiera y un menor acceso a la red de beneficios y protecciones laborales que existe para los empleados en relación de dependencia. Si bien estas desventajas no son exclusivas del empleo de plataformas (el trabajo por cuenta propia más tradicional tiene riesgos similares), el acelerado ritmo de crecimiento de estas nuevas modalidades de empleo vuelve cada vez más necesario repensar las instituciones de protección social y su adecuación a las características del mercado laboral actual.

La flexibilidad que ofrece el empleo de plataformas —respecto del tiempo, el horario, el lugar u otros aspectos de la organización del trabajo— puede alentar la participación laboral de grupos de trabajadores para quienes este beneficio tiene más valor. Este podría ser el caso de personas que buscan compatibilizar el trabajo en el mercado con responsabilidades familiares o de cuidado, y en general de quienes tienen salarios de reserva que pueden variar en función del día de la semana o incluso de la hora del día.³⁵ Un estudio que utiliza datos de viajes de la plataforma Uber encuentra que los salarios de reserva de los conductores varían entre una hora y otra, por lo que el principal beneficio de la flexibilidad es permitir a los conductores trabajar solo en aquellas horas en las que

34. Se ha mostrado que en contextos de alta informalidad es óptimo reducir la duración de los seguros de desempleo (Álvarez-Parra y Sánchez, 2009).

35. El salario de reserva es el salario mínimo al que el trabajador estaría dispuesto a ofrecer sus servicios laborales en el mercado.

las ganancias esperadas son mayores que ese salario mínimo. De manera más importante, los resultados indican que si los conductores tuvieran que decidir cada día entre trabajar un turno completo de ocho horas a las tarifas vigentes en ese lapso o no trabajar, las horas de prestación de servicios que ofrecen disminuirían en dos tercios, y si la decisión fuera entre comprometerse a trabajar en un horario determinado durante todo un mes o no trabajar, las horas de servicio ofrecidas a las tarifas actuales se reducirían prácticamente a cero (Chen, Chevalier, Rossi y Oehlsen, 2019).

Esta ventaja del empleo de plataformas se contrapone con un menor acceso a los beneficios de los esquemas de protección social. En general, los trabajadores de plataforma son considerados trabajadores independientes y, por lo tanto, no se benefician de las prestaciones sociales que cubren el empleo en relación de dependencia. En algunos casos esto ha sido objeto de debate, sobre todo cuando las plataformas tienen alta injerencia en la determinación de los precios y otros aspectos de la organización del servicio, hasta el punto de que han dado lugar a controversias que han derivado en casos judiciales de alto perfil.³⁶

La posibilidad de considerar el empleo de plataformas como una relación laboral de dependencia en la que la plataforma asume el rol del empleador en un arreglo laboral tradicional presenta algunas aristas que limitan su alcance. Por un lado, las actividades laborales mediadas por plataformas y las relaciones entre trabajadores, plataformas y clientes son muy diversas, por lo que difícilmente puede pensarse en un esquema único que contemple estas múltiples realidades. Por ejemplo, la posibilidad de que los trabajadores de plataforma sean considerados empleados de aquellas parece más factible en el caso de servicios laborales homogéneos (como Uber) que en aquellos con servicios diferenciados, en los que el rol de la plataforma se limita a facilitar el contacto entre el proveedor y el cliente (como Upwork). Por otro lado, aun en el primer caso, se plantean desafíos; por ejemplo, que muchos trabajadores prestan servicios a través de múltiples plataformas simultáneamente, que en muchos casos se trata de actividades esporádicas, y que las actividades se desempeñan por periodos relativamente cortos (Oyer, 2016).^{37, 38}

Categorizados como trabajadores independientes, el acceso a los beneficios sociales por parte de los trabajadores de plataforma presenta desafíos similares a los que genera la cobertura del empleo independiente tradicional. Un primer desafío es que, al no haber una relación laboral clara, definida entre un empleado y un empleador y con un salario establecido, es difícil determinar la base para el cálculo del monto de las contribuciones. Los ingresos de los trabajadores de plataforma, al igual que ocurre con los autónomos en general, pueden incluir la retribución al capital involucrado en sus tareas (por ejemplo, los ingresos de un conductor de Uber no solo retribuyen sus horas de trabajo, sino también el uso de su propio

36. A modo de ejemplo, se pueden mencionar los casos de Pimlico Plumbers en el Reino Unido, Uber en varios países, los repartidores de Foodora en Italia, los de Take Eat Easy en Francia o los de Dynamex en California.

37. En el caso de los trabajadores de Uber, más del 10 % deja de trabajar para la compañía en el primer mes de servicio y más de la mitad abandona dentro del primer año. En el caso de los servicios laborales prestados a través de Upwork, el contrato típico durante 2015 tuvo una duración menor a las 60 horas de trabajo (Oyer, 2016).

38. Harris y Krueger (2015) plantean como alternativa crear una nueva categoría legal de trabajadores que abarque al empleo mediado por plataformas digitales, con acceso a algunos de los beneficios de los trabajadores en relación de dependencia.

La tecnología podría convertirse en un aliado para formalizar a los trabajadores de plataforma que no está presente en el caso del empleo por cuenta propia tradicional.

vehículo). Un segundo desafío es que, aun cuando se pueda definir un criterio objetivo para determinar la parte de los ingresos que constituyen la compensación por el trabajo y utilizarla como base para el cálculo de las contribuciones al sistema, el hecho de que sea el mismo trabajador el que reporta ese monto hace que un posible esquema de este tipo no esté exento de riesgos de subdeclaración de ingresos o actividades.

Establecer la obligatoriedad de realizar contribuciones podría favorecer una mayor cobertura, pero los costos de monitoreo y las dificultades de fiscalización ponen un límite a estos beneficios potenciales. En este sentido, la tecnología podría convertirse en un aliado para formalizar a los trabajadores de plataforma que no está presente en el caso del empleo por cuenta propia tradicional. En la medida que las relaciones laborales mediadas por plataformas digitales dejan registro de las actividades y los ingresos generados, esta información puede utilizarse como base para el cálculo de las contribuciones. Asimismo, los procedimientos electrónicos pueden usarse para simplificar los procesos de registro y pago de las contribuciones. En Uruguay, por ejemplo, una aplicación para el teléfono móvil permite deducir automáticamente las contribuciones a la seguridad social de los trabajadores de plataforma en el sector del transporte (Uber, Cabify y EasyGo). Iniciativas de este tipo parecen prometedoras, pero se necesitan estudios rigurosos que evalúen sus resultados.

Los esquemas de aseguramiento voluntario también tienen limitaciones, aun cuando existe evidencia de encuestas que indica que los trabajadores de plataformas tienen una fuerte preferencia por acceder a los beneficios de los esquemas de protección social (Boeri, Giupponi, Krueger y Machin, 2020). Un problema es que estos trabajadores podrían tener pocos incentivos a realizar contribuciones adicionales si, como sucede en muchos casos, las actividades mediadas por plataformas son secundarias y ya tienen acceso a los beneficios de la protección social porque también mantienen una relación laboral tradicional. Estos esquemas voluntarios están asimismo sujetos a los problemas de incentivos típicos de los seguros, como, por ejemplo, la selección adversa (descrita en el Capítulo 1), que en este caso podría derivar en una espiral de aumento de las primas y caídas de la cobertura, o costos adicionales para el sistema (OCDE, 2018c).

Un aspecto que podría aumentar los incentivos a contribuir al sistema es la portabilidad de los beneficios. El empleo de plataformas es atractivo para los trabajadores porque ofrece flexibilidad y constituye una fuente de ingresos en situaciones en las que no es posible acceder a un empleo tradicional. Esto sugiere que entrar y salir de este tipo de arreglos laborales es un valor para muchos trabajadores. Una alternativa para brindar beneficios sociales sin limitar esta flexibilidad sería facilitar que los trabajadores puedan transferir los beneficios entre empleos. Al desvincular los derechos de relaciones específicas con empleadores y vincularlos a las contribuciones individuales, no solo se facilita a los trabajadores el cambio de empleo, sino que también se facilita el cambio entre el empleo autónomo y el empleo dependiente.³⁹

39. En 2003, Austria sustituyó la indemnización por despido por un sistema de cuentas de pensiones de empresas para los trabajadores dependientes, que pueden transferirse de una empresa a otra cuando el trabajador cambia de puesto de trabajo. Dado que las cuentas de pensiones están vinculadas a la persona y los empleadores aportan una tasa fija de ingresos individuales, en 2008 fue posible ampliar el programa a los contratistas independientes (OCDE, 2018c). Ver Oyer (2016) para una discusión general.

Por último, es preciso resaltar que una condición necesaria para enriquecer la discusión sobre las políticas laborales referidas al empleo de plataformas es la generación de más y mejores datos, que permitan medir y caracterizar este tipo de actividades con mayor precisión.

Claves para ampliar la cobertura de la protección social y reducir la presión del envejecimiento en su financiamiento

- 1** La protección social en la región está estrechamente vinculada a la situación laboral del trabajador. La alta proporción de empleo sin relación de dependencia y mayormente informal, la elevada informalidad entre los asalariados y la baja participación laboral femenina, plantean serios desafíos para extender la cobertura de la población y para asegurar la suficiencia de los beneficios y la sostenibilidad financiera del sistema.
- 2** En promedio, el 63 % de las personas ocupadas en la región trabajan en empleos sin acceso a los esquemas tradicionales de protección social. En parte, esto se explica por la alta proporción de autoempleados (40 % de los ocupados), así como por el elevado nivel de informalidad del empleo asalariado (43 % en promedio). Los avances logrados en ambos márgenes durante las últimas décadas, si bien son importantes, resultan insuficientes y dejan de manifiesto el carácter estructural de la problemática.
- 3** Las tendencias demográficas en América Latina están teniendo un impacto significativo sobre la fuerza laboral de la región. Se prevé que el trabajador de la región pase de tener en promedio 36 años en 2000 a 44 años en 2050 y 47 años en 2100. Asimismo, se espera que la razón de trabajadores activos por adulto mayor (65 años y más) caiga de cerca de 6 en la actualidad a 2,8 en 2050 y 1,3 en 2100, lo cual ejerce una gran presión sobre los sistemas de protección social.
- 4** Las nuevas tecnologías afectan las oportunidades de empleo de trabajadores con distintos niveles de habilidades, aunque su impacto en los mercados laborales de la región es todavía incierto. La menor demanda de trabajadores con habilidades rutinarias podría perjudicar a los trabajadores más jóvenes, sobre todo a los que tienen menos experiencia laboral y formación, que enfrentan un riesgo más alto de caer en el desempleo, lo que tiende a erosionar la cobertura de los sistemas de protección social.
- 5** Las nuevas tecnologías facilitan la aparición de nuevas modalidades de empleo, entre las que se destacan los trabajos de plataformas digitales. Estos arreglos laborales tienen el potencial de permitir un uso más eficiente de los recursos y de proveer flexibilidad tanto a las empresas como a los trabajadores. Pero también presentan riesgos para estos últimos, como una mayor volatilidad en los ingresos y el deterioro de las condiciones de empleo, particularmente del acceso a la protección social. En promedio, el 9,4 % de los trabajadores de las principales ciudades de la región declara haber prestado un servicio por intermedio de una plataforma en el último mes, mientras que el 6,7 % estaba registrado como proveedor en una plataforma, aunque sin actividad en el último mes.
- 6** Una reducción importante de la informalidad podría aliviar la presión que los cambios demográficos ejercerán sobre la financiación de los sistemas de pensiones y salud de la región. Por ejemplo, una caída de la tasa de informalidad a niveles acordes con el ingreso per cápita, lo cual implica un descenso de cerca de 20 puntos porcentuales en promedio, incrementaría la recaudación de los sistemas de pensiones en el orden del 27 %. En un escenario más optimista, donde la informalidad se reduce a la mitad, las ganancias de recaudación alcanzarían el 40 %.

- 7** Si bien la brecha de participación laboral entre hombres y mujeres es alta en América Latina, una caída razonable de esta diferencia tiene un impacto modesto sobre la recaudación total de los sistemas de protección social. Si la participación laboral de las mujeres de la región aumentara a niveles observados en los países de la OCDE, la recaudación aumentaría no más del 4 %.
- 8** La participación laboral de los adultos mayores es significativamente más alta en América Latina que en los países de la OCDE. Esto implica que este margen podría jugar un rol muy limitado a la hora de mejorar la sostenibilidad financiera de los sistemas de protección social de la región.
- 9** Promover una mayor formalidad requiere incidir sobre los factores que determinan los incentivos y limitaciones que encuentran empresas y trabajadores para generar empleo formal. Reducir los costos de la contratación formal, mejorar los beneficios que el empleo formal supone para los trabajadores, fortalecer las capacidades de fiscalización y aumentar la formación de la fuerza de trabajo son algunas de las políticas que pueden resultar efectivas.
- 10** Para mitigar posibles interrupciones en los mercados de trabajo y en el acceso a la protección social producto del cambio tecnológico se requieren inversiones en formación y capacitación, así como mecanismos para atenuar los efectos de la pérdida de ingresos durante los periodos de desempleo. Los seguros de desempleo se ven limitados por la informalidad laboral, mientras que las alternativas no contributivas de transferencias de ingresos, si bien permiten cubrir riesgos, no mejoran las perspectivas de inserción laboral y pueden alterar los incentivos a la formalidad. Las políticas activas del mercado laboral pueden resultar de ayuda, pero su efectividad suele ser modesta.
- 11** El crecimiento reciente del empleo de plataformas hace necesario repensar las instituciones de protección social y adecuarlas a las características del mercado laboral actual. El acceso a los beneficios sociales por parte de los trabajadores de plataforma presenta desafíos similares a los que genera la cobertura del empleo independiente tradicional. En este sentido, la tecnología podría convertirse en un aliado al facilitar el registro de las actividades y el pago de las obligaciones.

**Los sistemas
de pensiones en
América Latina**

3

Los sistemas de pensiones en América Latina¹

Los sistemas de pensiones públicos son una creación relativamente reciente en la historia de la humanidad. Si bien ya en la antigüedad ciertos trabajadores específicos, en general la milicia, gozaban de rentas vitalicias una vez finalizada su vida laboral activa, fue recién a finales del siglo XIX, en Alemania, bajo el liderazgo de Otto Von Bismark, cuando se estableció el primer sistema de pensiones público. Ese primer sistema aseguraba un ingreso para los mayores de 70 años, que era financiado con un impuesto a los trabajadores activos.

En la primera mitad del siglo XX, los sistemas de pensiones se extendieron por todo el mundo. En América Latina, fueron pioneros Uruguay, que estableció un sistema de pensiones no contributivo en 1919, y Chile, que introdujo un sistema de seguridad social obligatorio en 1924. En Argentina, las primeras cajas previsionales aparecieron a principios de 1900 y se expandieron entre 1916 y 1930. La masificación de los sistemas de seguridad social en la región, incluso entre los países pioneros, ocurrió principalmente a partir de mediados del siglo XX.²

Dos enormes cambios interrelacionados, uno en el ámbito demográfico y otro en el ámbito económico, favorecieron el surgimiento y masificación de los sistemas públicos de pensiones a finales del siglo XIX y principios del XX. En cuanto a lo demográfico, el aumento de la esperanza de vida motivó la demanda de contar con ingresos durante la vejez, cuando el potencial laboral de las personas disminuye. Al mismo tiempo, la existencia de ratios elevados de trabajadores activos en relación con los pasivos, propia de las primeras etapas de la transición demográfica, facilitó el financiamiento de las pensiones con aportes de los trabajadores activos. En cuanto al ámbito económico, el crecimiento económico a tasas nunca vistas hasta entonces posibilitó la generación de excedentes para cubrir esa demanda de ingresos en la vejez. Como se verá más adelante, ambos factores han empezado a encontrar desafíos en años más recientes.

Existe consenso en que un sistema de pensiones debe cumplir con tres condiciones: cobertura, es decir, que todos los adultos mayores tengan un ingreso; suficiencia, que ese ingreso sea de un monto adecuado; y equilibrio financiero, que los gastos presentes y futuros del sistema puedan cubrirse, ya sea con ingresos propios del sistema de pensiones o con montos razonables de impuestos generales.

1. La elaboración de este capítulo fue responsabilidad de Lian Allub y Guillermo Alves, con la asistencia de investigación de Paula López.

2. Ver Arenas de Mesa (2019) para una descripción con mayor detalle de la historia de los sistemas de pensiones en la región.

Dos grandes factores, uno demográfico y otro económico, dificultan que los sistemas de pensiones en América Latina cumplan actualmente con esas tres condiciones. El primero de esos factores es el envejecimiento. Como se vio en el Capítulo 1, todos los países de la región atraviesan en mayor o menor medida fases avanzadas de la transición demográfica, las cuales se caracterizan por una caída fuerte de la natalidad con un continuo incremento de la esperanza de vida, lo que genera una reducción del número de contribuyentes y un aumento de la cantidad de beneficiarios. Debido a esto, y en marcado contraste con las condiciones demográficas existentes durante la creación de los sistemas de pensiones, cada vez es más costoso sostener niveles adecuados de cobertura y suficiencia en estas nuevas fases.

El segundo factor es la informalidad de los mercados laborales, una característica estructural de la región que, como se analizó en el Capítulo 2, podría verse reforzada por ciertas tendencias tecnológicas en curso. La informalidad tiene un efecto negativo directo en los sistemas de pensiones, al restringir la capacidad de estos sistemas de obtener ingresos. Por su parte, los cambios en el mundo del trabajo asociados al progreso tecnológico ponen en jaque la estructura empleado-empendedor, bajo la cual se diseñaron la mayoría de los sistemas. La pérdida de participación del trabajo asalariado en favor de nuevas formas de empleo dificulta la acumulación de ahorro para la vejez, al menos en los sistemas tradicionales basados en aportes del trabajo asalariado.

El presente capítulo aborda los desafíos que implican el envejecimiento, las características estructurales y los cambios en curso en el mundo laboral para los sistemas de pensiones de la región a comienzos del siglo XXI.³ El capítulo comienza con una breve discusión de la economía de las pensiones y de la arquitectura de los sistemas de pensiones en la región, para luego centrarse en la evaluación de cada una de las tres condiciones (cobertura, suficiencia y sostenibilidad financiera) que deberían cumplir los sistemas en los países de la región. Con base en esa evaluación, el capítulo concluye con una discusión de propuestas de políticas sobre el diseño de los sistemas de pensiones en América Latina.

Objetivos de los sistemas de pensiones y rol de las políticas públicas

Se pueden plantear dos grandes objetivos de los sistemas de pensiones. El primero consiste en que las personas puedan contar con ingresos durante la vejez a cambio de realizar aportes durante su vida laboral. Dado que una serie de circunstancias adversas pueden hacer que estos ahorros no sean suficientes para alcanzar niveles mínimos de bienestar en la vejez, un segundo objetivo consiste en evitar situaciones de pobreza y en reducir los niveles de desigualdad de ingresos entre los adultos mayores.

3. Una diferencia clave entre el efecto del envejecimiento de la población y el de las características del mundo laboral es que el envejecimiento es en buena medida inevitable, mientras que fenómenos del mercado de trabajo, como la informalidad, pueden mejorarse con iniciativas de política. El Capítulo 2 del libro ya trató estos aspectos del mercado de trabajo, y, a efectos del presente capítulo, esos factores se tomarán en su mayoría como dados, excepto en aquellos aspectos del mercado laboral que directamente dependan del diseño del sistema de pensiones (por ejemplo, algunos aspectos de la informalidad).

El primer objetivo tiene claramente un componente de ahorro, pero también incluye un componente de aseguramiento. Este aseguramiento se da en la medida en que los aportes permiten a las personas contar con un ingreso en la vejez que, en parte, les protege de los efectos negativos que puedan tener sobre el ahorro la ocurrencia de eventos adversos durante su vida laboral, como, por ejemplo, episodios de desempleo e informalidad, así como los bajos salarios.⁴

Como se vio en el Capítulo 1, una serie de fallas de mercado justifican que el Estado tenga necesariamente un rol activo en la gestión de los fondos de ahorro y el pago de las pensiones, ya sea mediante la gestión pública directa o mediante la regulación de los mercados de ahorro previsional.⁵ Asimismo, existe evidencia de que los individuos no toman las mejores decisiones en términos de ahorro para la vejez. Esto se debe, por ejemplo, a la complejidad en los procesos de cálculo de los retornos de las inversiones⁶ y a la dificultad que tienen las personas para tomar decisiones consistentes que involucran consecuencias que son inciertas y que se concretan en plazos muy largos. Esto motiva a que el Estado asuma un rol paternalista, obligando a los individuos a ahorrar durante su vida laboral.⁷

El Gráfico 3.1, realizado a partir de las encuestas de hogares oficiales de los distintos países, ilustra este primer objetivo de ahorro y aseguramiento, mostrando cómo los ingresos por pensiones ganan importancia respecto a los ingresos laborales en los hogares con jefes de 65 años o más en comparación con los hogares con jefes de entre 41 y 64 años. Esta sustitución de ingresos laborales por pensiones que trae el envejecimiento es más fuerte en países como Argentina, Brasil y Uruguay, que, como se verá a lo largo del capítulo, tienen los sistemas de pensiones con mayores niveles de cobertura y suficiencia.⁸

Los sistemas de pensiones tienen como objetivos posibilitar que los individuos ahorren para su vejez y evitar situaciones de pobreza en esa etapa.

4. Este componente de aseguramiento se concreta en la medida que las jubilaciones no son, en general, estrictamente proporcionales a lo aportado. Otro componente de aseguramiento está dado por la incertidumbre sobre la longevidad en el momento del retiro, riesgo que, en los sistemas de capitalización, cubre la contratación de un seguro denominado anualidad.

5. Existe una serie de problemas que justifican el amplio conjunto de intervenciones que se observan en la práctica. Por un lado, como es típico en los mercados de seguros, problemas de selección adversa hacen que en muchos casos sea conveniente que el Estado establezca la participación obligatoria en el seguro (Dahlby, 1981). En el caso de las pensiones, esto es una justificación adicional a la de los sesgos de comportamiento para que el Estado obligue a realizar ahorros para la vejez. Por otro lado, de forma análoga a lo que sucede en los sistemas bancarios, los problemas de riesgo moral de los fondos de inversión que administran las pensiones y de las aseguradoras que pagan las pensiones hacen que el Estado tenga que asumir un rol activo de regulación en estos mercados.

6. De acuerdo a las encuestas de capacidades financieras realizadas por CAF en seis países de la región, la tasa promedio de respuestas correctas a las preguntas sobre cálculo de intereses y riesgo es aproximadamente el 35 %, siendo Chile el país con mayor porcentaje de respuestas correctas (41 %) y Perú el de menor porcentaje (30 %). Más preocupante aún es que menos del 5 % de los encuestados responde correctamente todas las preguntas relativas a interés y riesgo (ver CAF, 2018).

7. Ver, por ejemplo, Benartzi y Thaler (2007) para una discusión de las distintas dificultades que tienen las personas para tomar buenas decisiones de ahorro previsional.

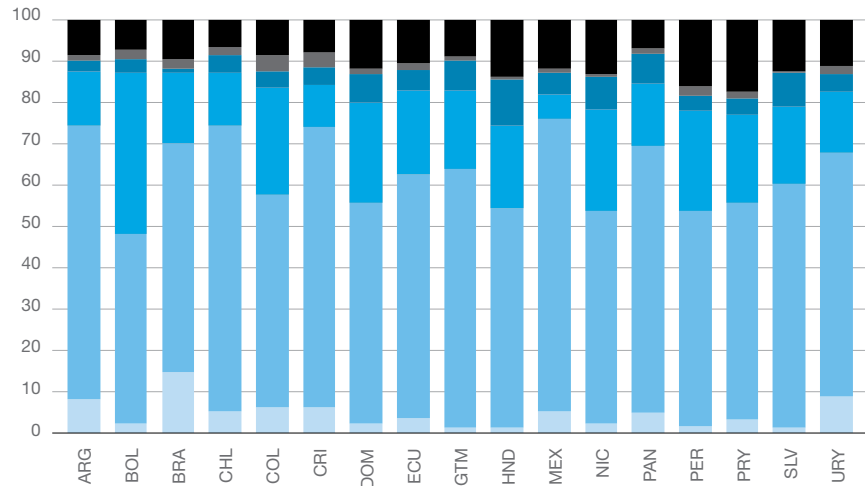
8. A su vez, en países con sistemas de pensiones más frágiles, las transferencias entre hogares se vuelven más importantes como fuente de ingreso en la vejez. Esto es claro, por ejemplo, en El Salvador, Honduras y República Dominicana (ver Gráfico 3.1).

Gráfico 3.1

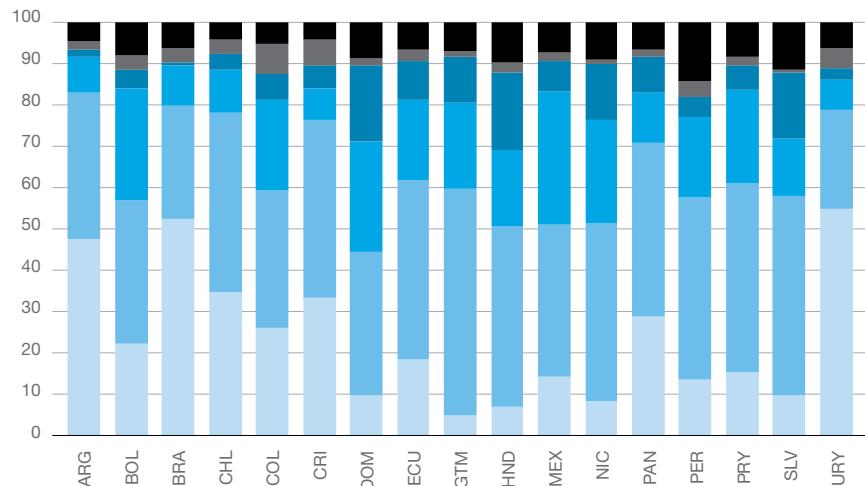
Composición de las fuentes de ingreso del hogar según la edad del jefe

Panel A. Composición cuando el jefe del hogar tiene entre 41 y 64 años

Porcentaje del ingreso

**Panel B. Composición cuando el jefe del hogar tiene 65 años o más**

Porcentaje del ingreso



- Jubilaciones
- Laboral - Salarios
- Laboral - Cuentapropia
- Transferencias
- Rentas de capital
- Otros

Nota: La categoría "Otros" incluye a patrones, otros ingresos laborales y otros ingresos no laborales.

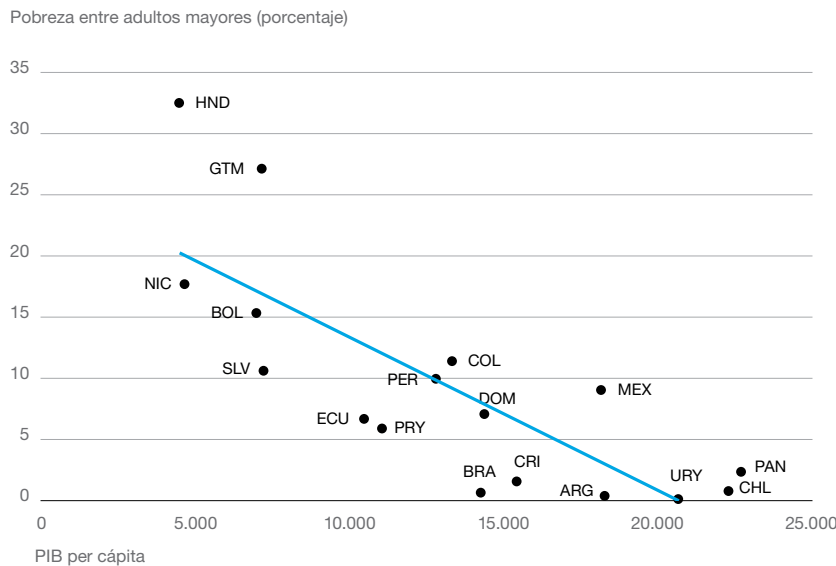
Fuente: Elaboración propia con base en datos de CEDLAS (2020).

El segundo objetivo es la disminución de la pobreza y de la desigualdad de ingresos entre los adultos mayores.⁹ Por distintas razones, puede suceder que el ahorro que las personas realicen durante su vida laboral no alcance para impedir una situación de pobreza durante la vejez, situación evitable cuando el sistema de pensiones provee un ingreso. Además de esta lógica de disminución de la pobreza mediante la fijación de aportes y prestaciones, los sistemas de pensiones suelen ser parte del conjunto de herramientas redistributivas de las sociedades.

El Gráfico 3.2 permite observar en qué medida, dadas las posibilidades que define el producto per cápita, los países tienen mayor o menor proporción de adultos de 65 años o más de edad en situación de pobreza. El gráfico muestra enormes diferencias de incidencia de la pobreza entre países con niveles de PIB per cápita similares, como Bolivia en comparación con Guatemala y Honduras, o Brasil y Costa Rica con relación a Colombia, México, Perú y República Dominicana. A lo largo del capítulo, se verá cómo estas diferencias están relacionadas con la calidad de la cobertura y la suficiencia de los sistemas de pensiones de los distintos países. Ese conjunto de países con niveles de pobreza entre adultos mayores relativamente elevados para su nivel de riqueza son los que tienen mayor espacio para mejorar sus sistemas de pensiones.

Gráfico 3.2

Incidencia de la pobreza entre adultos de 65 años o más y PIB per cápita, 2018



Notas: Se utiliza la línea de pobreza de 4 USD, valorados según la PPA, USD constantes de 2011.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de CEDLAS (2020).

9. El objetivo de redistribución puede expresarse en parte como de aseguramiento. En particular, cuando los individuos están detrás del “velo de la ignorancia”, la redistribución consiste en un mecanismo de aseguramiento (Tirole, 2017).

Los distintos tipos de intervenciones del Estado en función de estos dos objetivos (ahorro o aseguramiento y redistribución) motivan que los sistemas de pensiones puedan pensarse según tres pilares. Un primer pilar busca garantizar el objetivo de reducción de la pobreza mediante pensiones básicas en las que los aportes previos de los trabajadores (que podrían ser muy bajos o inexistentes) no determinan el nivel de prestación recibida durante la vejez. Un segundo pilar busca solucionar el problema de la falta de incentivos al ahorro de los hogares durante la vida laboral y contempla un componente de aportes obligatorios que dan derecho a una pensión vinculada con los aportes realizados. Por último, un tercer pilar tiene carácter de ahorro voluntario, y aquí el rol del Estado se limita principalmente a la regulación de los mecanismos de ahorro y, en algún caso, a incentivar este tipo de ahorro mediante medidas de tratamiento tributario más favorables.

Como se verá a lo largo del capítulo, la consecución de estos objetivos enfrenta una serie de dilemas y restricciones que deben ser tomados en cuenta en el diseño de los sistemas. Por un lado, las tres condiciones deseables de cobertura, suficiencia y sostenibilidad financiera suponen en la práctica un potencial conflicto entre sí. Por ejemplo, dado un nivel de sostenibilidad financiera, se puede lograr una mayor cobertura disminuyendo la suficiencia de los montos de las pensiones. Por otro lado, el diseño de los sistemas enfrenta restricciones y dilemas asociados a su impacto en los mercados laborales y financieros. Por ejemplo, el equilibrio financiero de un sistema de pensiones puede mejorarse aumentando las contribuciones que realizan los trabajadores activos. Sin embargo, esto podría tener impactos negativos sobre el empleo formal e incluso sobre el crecimiento económico.

Por último, aspectos históricos, culturales y de preferencias sociales de los distintos países también implican distintos dilemas y restricciones que el diseño del sistema de cada país debe contemplar. Un caso particularmente relevante son las preferencias por la redistribución de las distintas sociedades, aspecto que puede repercutir en las magnitudes de los aportes obligatorios que deben realizar los trabajadores, así como en los montos de las pensiones que reciben los adultos mayores.

Arquitectura básica de los sistemas de pensiones en la región

Existen múltiples maneras de organizar un sistema de pensiones para cumplir con los dos objetivos planteados de ahorro para la vejez y de redistribución. Esto va de la mano con una gran diversidad de diseños institucionales de los sistemas en los distintos países. La arquitectura de cada régimen depende de una serie de dimensiones básicas que permiten describir sus aspectos fundamentales. A lo largo del capítulo, se verá que, de estas dimensiones, surge una tipología, presentada en el Cuadro 3.1, que resulta muy útil para caracterizar y diferenciar unos sistemas de otros.

Una primera dimensión distingue entre pensiones contributivas y no contributivas. Mientras que las pensiones contributivas están asociadas a los aportes monetarios realizados durante la vida laboral del individuo, las pensiones no contributivas no guardan necesariamente relación con esos aportes y suelen, en cambio, estar vinculadas a un criterio de insuficiencia de ingresos durante la vejez.

Cuadro 3.1

Caracterización de los sistemas previsionales contributivos latinoamericanos

Países	Sistema contributivo			Sistema no contributivo	
	Reparto	Capitalización		Universal	Focalizado
		Fondos públicos	Fondos privados		
Argentina	X				X
Brasil	X		X		X
Bolivia		X		X	
Chile			X		X
Colombia	X		X		X
Costa Rica	X	X	X		X
Ecuador	X				X
México			X	X	
Panamá	X		X		X
Paraguay	X				X
Perú	X		X		X
República Dominicana			X		
Trinidad y Tobago	X		X		X
Uruguay	X	X	X		X
Venezuela	X				X

Notas: Fondos públicos y fondos privados se refieren a la gestión de los fondos de inversión en los componentes de capitalización de los sistemas. En los casos de Costa Rica y Uruguay, coexisten en competencia ambos tipos de fondos. En Bolivia, la reforma de 2010 estableció el pasaje de la gestión privada a la pública del esquema de capitalización, pero esto aún no se ha concretado.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de IERAL (2020) sobre pensiones contributivas, y Rofman, Apella y Vezza (2013) y CEPAL (2018) para pensiones no contributivas.

En los dos casos extremos planteados, el desafío está en encontrar la mejor combinación para cada país. Economías con altas tasas de participación laboral y empleo formal podrán dar un mayor peso a las pensiones contributivas, mientras que economías con altas tasas de informalidad, baja participación laboral o elevado desempleo deberán considerar la opción de otorgar mayor importancia a las pensiones no contributivas.

Dentro de las pensiones contributivas, se pueden distinguir entre sistemas de beneficio definido o de contribución definida, según sea el tipo de relación entre el monto de la pensión y los aportes realizados durante la vida laboral. En el caso del beneficio definido, la pensión se calcula con una regla que puede depender de los años de contribución y los salarios pasados, pero que no necesariamente guarda relación estrecha con el monto total aportado. En los sistemas de contribución definida, en cambio, la pensión depende estrictamente de lo aportado.

En la región coexisten países con sistemas de pensiones de capitalización, países con sistemas de reparto y países con sistemas mixtos.

Los sistemas de beneficio y contribución definidos tienen implicancias opuestas en términos de la cobertura de riesgos por parte de sus beneficiarios. En los regímenes de contribución definida puros, el riesgo de tener periodos sin contribución, ya sea por inactividad, informalidad o desempleo, y de tener periodos de bajos salarios son asumidos enteramente por

el individuo.¹⁰ Otro riesgo importante que asumen los individuos en estos sistemas es el del rendimiento financiero de los ahorros. Con beneficio definido, el sistema de pensiones asume en general la totalidad del riesgo asociado al rendimiento financiero de los ahorros y también, en mayor o menor medida, dependiendo de cada sistema, los riesgos de periodos sin aportes y de bajos salarios. Esta asunción de riesgos implica que estos sistemas presentan mayores riesgos de sostenibilidad financiera que los de contribución definida.

Todos los países de la región, excepto República Dominicana, cuentan con pensiones no contributivas.

Desde el punto de vista del financiamiento de las pensiones, los sistemas pueden clasificarse como de reparto o capitalización. En los primeros, siguiendo la tradición bismarkiana, los aportes de los trabajadores en actividad se destinan al pago de las pensiones actuales. En los sistemas de capitalización, las pensiones se financian con el rendimiento financiero de los aportes que los pensionistas actuales realizaron durante su vida laboral. Dichos aportes se organizan en fondos de inversión, que pueden ser de gestión privada o pública.

En la práctica, en todos los países de la región, las pensiones que surgen de esquemas de beneficio definido tienen financiamiento de reparto y las que surgen de regímenes de contribución definida cuentan con financiamiento de capitalización. Esta asociación entre beneficio definido y reparto, por un lado, y contribución definida y capitalización, por otro, es también la regla en el mundo, pero existen algunas variantes. Por ejemplo, en los sistemas de cuentas nocionales, presentes en algunos países de Europa, se combina un financiamiento de reparto con un esquema de cálculo de los montos de las pensiones que depende de las contribuciones pasadas.

Las arquitecturas con financiamiento de reparto o de capitalización implican diferencias fundamentales en términos de sostenibilidad financiera. En los regímenes con financiamiento de capitalización, los montos de las pensiones guardan relación con los aportes y, por tanto, estos sistemas no presentan riesgos de desfinanciamiento. En los regímenes con financiamiento de reparto, en cambio, la disociación entre contribuciones y beneficios puede generar riesgos fiscales importantes.

El envejecimiento y el cambio tecnológico suponen distintos desafíos para sistemas con diferente diseño. En sistemas de contribución definida con capitalización individual, la mayor esperanza de vida y los posibles menores aportes durante la etapa laboral debido a las nuevas formas de empleo se traducen fundamentalmente en desafíos de suficiencia. En beneficio definido, en cambio, estos fenómenos implican fundamentalmente desafíos de sostenibilidad financiera.

El Cuadro 3.1 resume las principales dimensiones de la arquitectura de los sistemas de pensiones en la región, tanto para la parte contributiva como la no contributiva. Respecto a la primera, en la gran mayoría de los sistemas de pensiones de la región coexisten elementos de reparto y capitalización. Las excepciones son Bolivia, Chile, México y República Dominicana, que tienen

10. Ver Barr y Diamond (2009). En los regímenes de contribución definida, el riesgo de longevidad es compartido entre los individuos cuando el pago del fondo de pensiones se realiza mediante el contrato de una renta vitalicia, y es asumido de forma individual cuando el pago se realiza mediante una suma fija.

sistemas de capitalización puros,¹¹ y Argentina, Ecuador, Paraguay y Venezuela, que cuentan con sistemas de reparto puros. En el caso de los países con sistemas mixtos, los componentes de capitalización y de reparto pueden ser excluyentes, en el sentido de que los trabajadores deben optar por uno u otro, o complementarios, lo que significa que los trabajadores pueden realizar aportes a los dos componentes y luego sus pensiones se financian con ingresos de ambos. Los sistemas mixtos de Colombia y Perú son un ejemplo de lo primero, mientras que los de Costa Rica, Panamá y Uruguay son un ejemplo de lo segundo. Además de estas dimensiones principales, en general, en todos los países existen regímenes especiales para grupos específicos de trabajadores, tema que se comenta en el Recuadro 3.1.

Respecto a la parte no contributiva, el Cuadro 3.1 muestra que todos los países de la región ofrecen este tipo de pensiones excepto República Dominicana. La mayoría de los países cuenta con pensiones no contributivas de carácter focalizado, en el sentido de que, para recibirlas, los adultos mayores deben cumplir con un criterio de bajos ingresos (Brasil, Chile, Colombia, Panamá, Paraguay, Trinidad y Tobago, y Uruguay) o no recibir otras pensiones (Argentina y Venezuela). Las excepciones son Bolivia y México, donde todos los adultos mayores de 60 años, en Bolivia, y de 65 años, en México, tienen derecho a una pensión no contributiva.

Recuadro 3.1 Regímenes especiales de pensiones en la región

En todos los países existen distintos regímenes de pensiones especiales con condiciones de acceso y prestaciones más generosas para determinados grupos de trabajadores. Si bien el tipo de trabajadores beneficiados y la generosidad de los beneficios varía enormemente entre países, estos regímenes especiales son comunes para determinados trabajadores profesionales y empleados públicos, en especial militares y policías.

La heterogeneidad e idiosincrasia de los regímenes especiales hace que su análisis trascienda el alcance de este reporte. Sin embargo, eventuales reformas previsionales deben considerar estos regímenes y, en general, apuntar a incluirlos dentro del régimen general ya que su existencia tiene una serie de desventajas. En primer lugar, un régimen especial no es deseable desde el punto de vista del objetivo del aseguramiento, ya que muchas veces sustrae trabajadores con menos riesgo del conjunto de contribuyentes al régimen general. En segundo lugar, muchas veces los regímenes especiales son más generosos que el principal, lo que puede no ser deseable desde el punto de vista del objetivo de redistribución, además de implicar riesgos desde el punto de vista de la sostenibilidad financiera.

11. En el caso de Chile, la reforma de 2008 introdujo un complemento no contributivo, el Aporte Previsional Solidario, para las pensiones de personas pertenecientes al 60 % de hogares que perciben menos ingresos (Arenas de Mesa, 2019).

Desafíos de la cobertura

Niveles de cobertura de las pensiones para adultos mayores en la región

La proporción de adultos mayores que recibe pensión define la cobertura del sistema de pensiones. El Gráfico 3.3 muestra una gran heterogeneidad en dicha proporción en los países de la región y permite distinguir claramente tres grupos. Un primer grupo, conformado por Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, México, Panamá, Uruguay y Venezuela,¹² se caracteriza por tener los niveles de cobertura más elevados de la región, superando el 70 % de los mayores de 65 años. Si bien los niveles de cobertura en los países de este grupo son elevados, solo Bolivia, y en menor medida Argentina, alcanzan los niveles de cobertura de más del 95 % que caracterizan al mundo desarrollado (OIT, 2017). Por lo tanto, el logro de mayores niveles de cobertura es aún un desafío para la mayoría de los países de este primer grupo. Un segundo grupo, con un nivel de cobertura intermedio, está conformado por Colombia, Costa Rica, Perú y Paraguay, donde entre el 45 % y el 60 % de los adultos mayores recibe una pensión. Un tercer grupo se caracteriza por niveles de cobertura muy bajos, con menos de un tercio de la población de adultos mayores recibiendo una pensión. Este grupo está integrado por El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana.

Menores niveles de cobertura de las pensiones se asocian con mayor pobreza en la vejez y con mayores diferencias de cobertura entre mujeres y varones y entre trabajadores de distinto nivel educativo.

Mayores niveles de riqueza promedio en un país permiten, en general, alcanzar niveles de cobertura más elevados. El Gráfico 3.3 muestra, en efecto, una correlación positiva clara entre la cobertura de las pensiones y el PIB per cápita de los países de la región. Sin embargo, también muestra una elevada heterogeneidad en los niveles de cobertura entre países de riqueza similar, lo que apunta a la relevancia de los factores del diseño institucional específicos de cada uno de ellos, los cuales trascienden el nivel de ingreso por habitante. En particular, destaca el caso de Bolivia, que posee un PIB per cápita similar al de los países del grupo de menor cobertura, pero que, debido a su pensión no contributiva de carácter universal, mencionado anteriormente, tiene el mayor nivel de cobertura de la región.

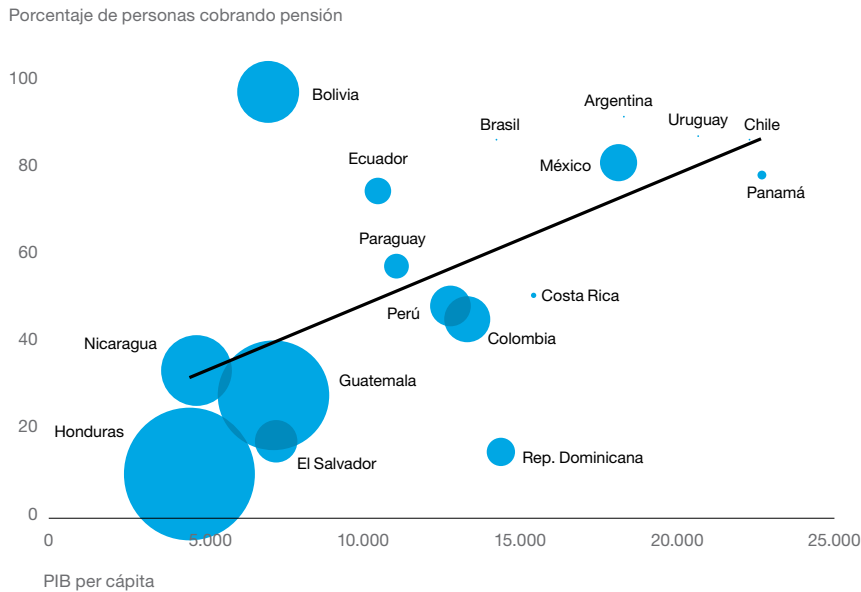
El Gráfico 3.3 muestra también la incidencia de la pobreza entre adultos mayores (reflejada en el tamaño de los círculos) y permite apreciar que las diferencias de cobertura entre países de riqueza similar, como Bolivia en comparación con Guatemala, Honduras y Nicaragua, o Brasil respecto a Colombia y Perú, tienen un correlato fuerte en la proporción de adultos mayores que viven por debajo de la línea de pobreza. Esta asociación entre mayores niveles de cobertura y menores niveles de pobreza marca el rol clave del componente de cobertura en el cumplimiento del objetivo de los sistemas de pensiones de reducir los niveles de pobreza entre los adultos mayores.¹³

12. No se ha incluido a Venezuela en el Gráfico 3.3, por falta de datos sobre incidencia de la pobreza en 2018. Según Arenas de Mesa (2019), la proporción de adultos mayores de 65 años cobrando pensión en dicho país era del 70,3 % en 2017.

13. El Salvador logra menores niveles de pobreza que países de PIB per cápita similar, como Bolivia o Guatemala, sin tener una elevada cobertura de pensiones. Retomando el Gráfico 3.1, esto podría estar relacionado con una mayor participación de las transferencias entre hogares en los ingresos de los adultos mayores en dicho país.

Gráfico 3.3

Proporción de personas de 65 años o más que cobra pensión, PIB per cápita e incidencia de la pobreza en el mismo grupo de edad, 2018



Notas: Los datos del PIB son USD constantes PPA de 2011. El tamaño de los círculos representa la incidencia de la pobreza entre adultos mayores en el país correspondiente.

Fuente: Elaboración propia con base en datos administrativos sobre cobertura de pensiones reportados en Arenas de Mesa (2019), datos de incidencia de la pobreza obtenidos de CEDLAS (2020) y datos de PIB per cápita del Banco Mundial (2020).

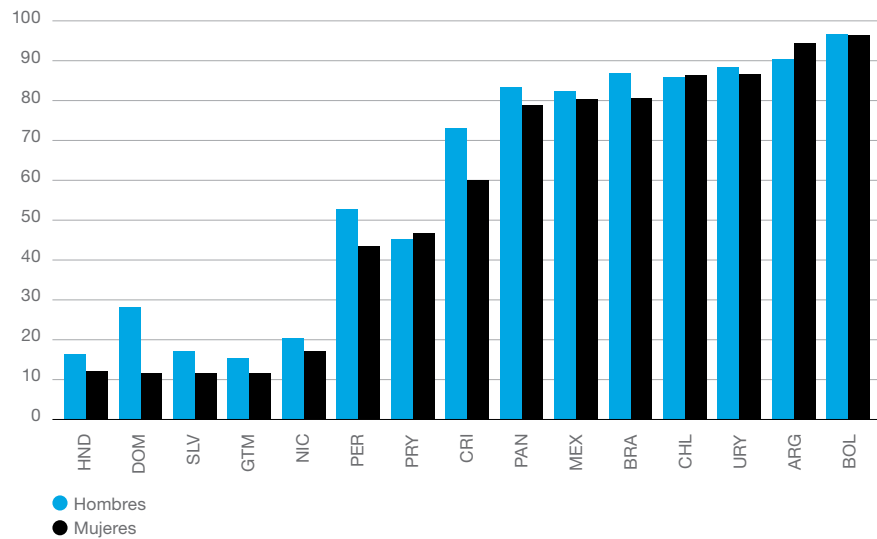
Los niveles de cobertura que muestra el Gráfico 3.3 no son homogéneos dentro de los países. En la medida que, como se vio en el Capítulo 2, trabajadores de distinto sexo y nivel educativo tienen diferencias importantes en sus tasas de contribución al sistema de pensiones, estas diferencias se trasladan a niveles de cobertura desiguales de las pensiones. El panel A del Gráfico 3.4 muestra los niveles de cobertura por separado para varones y mujeres y el panel B, para trabajadores con nivel educativo inferior a secundaria completa y con educación terciaria completa. Un aspecto común de ambos gráficos es que, en el grupo de países de alta cobertura, los niveles son relativamente homogéneos según el sexo y el nivel educativo. Las diferencias importantes en función de esa desagregación aparecen en la mayoría de los países de cobertura intermedia y baja. Por ejemplo, las mujeres tienen niveles de cobertura sustancialmente menores que los varones en Costa Rica, República Dominicana y Perú. En el caso de las diferencias por nivel educativo, las tasas de cobertura son enormemente desiguales en el grupo de países con menor cobertura. También existen diferencias importantes entre los países con niveles de cobertura intermedia, aunque son de menor magnitud respecto a las que se observan en el grupo con cobertura más baja. Por lo tanto, los países con déficit de cobertura en la región no solo tienen problemas de cobertura promedio, sino también problemas serios de desigualdad en la cobertura.

Gráfico 3.4

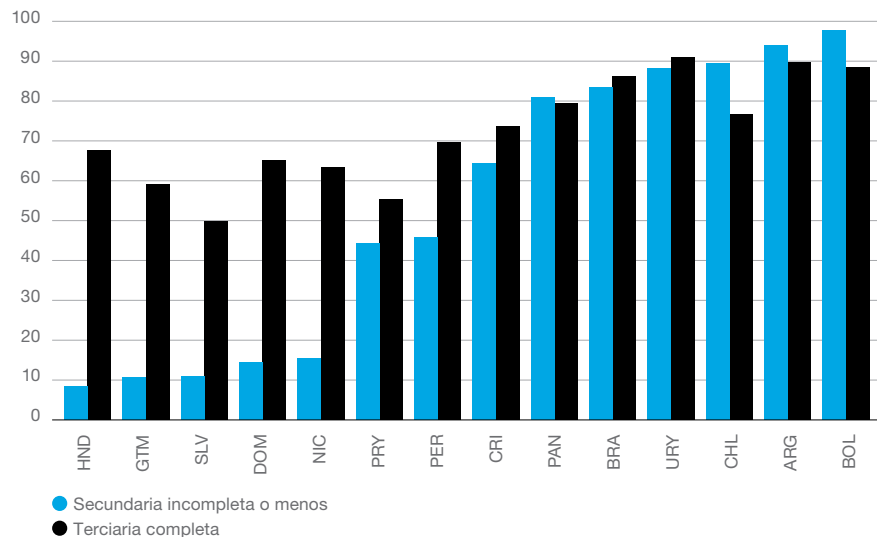
Proporción de personas de 65 años o más que cobran pensión, circa 2018

Panel A. Proporción de personas según el sexo

Porcentaje de adultos mayores

**Panel B. Proporción de personas según el nivel educativo**

Porcentaje de adultos mayores



Notas: En el panel A, los países están ordenados según la proporción de cobertura entre mujeres. En el panel B, se omite el grupo de secundaria completa y terciaria incompleta. Países ordenados según la proporción de cobertura entre adultos mayores con secundaria incompleta o menos.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de CEDLAS (2020), excepto datos para México tomados de Arenas de Mesa (2019).

Determinantes de la cobertura de las pensiones contributivas para asalariados

En cuanto a las causas de los problemas de cobertura de las pensiones en la región, la informalidad laboral, que se discutió en el Capítulo 2, es el principal determinante de la baja y desigual cobertura de las pensiones contributivas. En efecto, los países con mayor cobertura de pensiones contributivas son los que tienen menos informalidad laboral (Cuadro 2.6, ver pág. 101). No obstante, la informalidad laboral no tendría que implicar necesariamente una menor cobertura, sino que podría simplemente manifestarse en montos de pensiones más bajos. El vínculo clave entre informalidad laboral y escasa cobertura en la región está dado principalmente por la existencia de años de aporte mínimos para acceder a las pensiones contributivas en la mayoría de los países.

El Cuadro 3.2 resume los requisitos de edad mínima y años de aporte para acceder a una pensión contributiva en los distintos países y muestra que en todos ellos existe un requisito de años mínimos de contribución, con excepción de Chile. En contextos de alta informalidad, la mejora de la cobertura de los componentes contributivos requiere, por tanto, una flexibilización de estos años mínimos de aporte. De hecho, los dos países que expandieron en más de 30 puntos la cobertura de las pensiones contributivas en las últimas dos décadas, Argentina y Venezuela, lo hicieron flexibilizando este componente.

Cuadro 3.2

Condiciones de acceso a pensiones contributivas

País	Edad jubilatoria		Años de aporte
	Varones	Mujeres	
Argentina	65	60	30
Brasil	65	62	20 los varones y 15 las mujeres
Bolivia	58	58 (1 año menos por cada hijo, hasta 55)	A partir de 10 años de aporte
Chile	65	60	Sin exigencia
Colombia	62	57	25 en reparto; sin requisitos en capitalización
Ecuador	60, si aportó 30 años; 65, si aportó 15 años; 70, si aportó 10 años; cualquier edad con 40 años de aporte		
México	65	65	24 en el sector privado y 25 en el sector público
Panamá	62	57	Al menos 20 años
Paraguay	60, si aportó un mínimo de 25 años; 55, si aportó un mínimo de 30 años		
Perú	65	65	Mínimo 20 años de aporte en sector público
Trinidad y Tobago	Entre 60 y 65		Entre 14 y 15
Uruguay		60	30 (mujeres computan 1 año extra de aporte por cada hijo, hasta un máximo de 5)
Venezuela	60	55	Al menos 15

Fuente: Elaboración propia con base en IERAL (2020).

El análisis de cuán restrictivas resultan las exigencias de años mínimos de aporte para el acceso a una pensión contributiva puede evaluarse a partir de un ejercicio de simulación realizado con base en datos administrativos, que amplía lo que ya fue presentado en el Capítulo 2.¹⁴ El Cuadro 3.3 muestra qué proporción del total de trabajadores alcanzarían 10, 15, 20 y 30 años de aportes a los 65 años de edad en Argentina, Brasil, Ecuador y Uruguay.

Cuadro 3.3

Simulación de la proporción de trabajadores que alcanzarían determinados años de aportes a los 65 años de edad

		Años de aporte			
		10	15	20	30
Argentina	Todos	76,5	57,8	39,3	12,8
	Varones	80,7	62,7	43,1	13,8
	Mujeres	68,5	48,4	32,1	10,9
	1er quintil	57,5	35,0	19,3	5,1
	5to quintil	83,0	77,7	46,3	14,1
Brasil	Todos	97,6	91,0	75,6	28,7
	Varones	98,4	92,9	77,7	28,5
	Mujeres	96,5	88,5	72,8	28,9
	1er quintil	95,8	84,2	60,9	12,0
	5to quintil	99,6	98,8	95,0	63,0
Ecuador	Todos	95,1	87,5	74,0	31,8
	Varones	95,2	87,5	72,8	28,7
	Mujeres	94,9	87,7	75,8	36,5
	1er quintil	88,9	75,4	56,3	15,6
	5to quintil	99,0	96,6	91,4	56,9
Uruguay	Todos	93,0	84,5	70,0	31,7
	Varones	94,0	87,3	73,2	33,9
	Mujeres	91,0	81,1	66,3	29,0
	1er quintil	80,0	63,2	44,9	15,5
	5to quintil	98,0	96,4	90,6	52,5

Notas: Ver Alves, Brassiolo y Martínez-Correa (2020) para mayor detalle sobre fuentes de datos y metodología. Las proporciones reportadas provienen de aplicar una metodología idéntica entre todos los países. Metodologías alternativas han arrojado proporciones mayores o menores según el país pero manteniéndose la conclusión cualitativa de que el requisito de 30 años de aporte excluiría del acceso a pensiones contributivas a proporciones muy importantes de los trabajadores (ver por ejemplo Forteza *et al.* (2009) y de Melo *et al.* (2019)).

Fuente: Elaboración propia con base en los registros administrativos de la seguridad social.

14. El ejercicio se detalla en Alves, Brassiolo y Martínez-Correa (2020).

En Argentina y Uruguay, el requisito vigente de 30 años de aportes al régimen jubilatorio principal¹⁵ resulta claramente demasiado elevado, en tanto que deja sin cobertura a una enorme mayoría de trabajadores.¹⁶ En el caso de Brasil, la reciente reforma del sistema de pensiones estableció mínimos de 20 años para los varones y 15 para las mujeres, por lo que, de acuerdo a nuestras simulaciones, todavía una proporción importante (casi un 20 % de los varones y alrededor del 10 % de las mujeres) no accedería a una pensión contributiva dadas las reglas vigentes. En Ecuador, la existencia de años mínimos distintos según la edad (ver Cuadro 3.2) implica que a los 70 años podrían jubilarse el 95 % de los trabajadores y a los 65 años, un 88 %. Este ejercicio indicaría entonces que la edad mínima no constituye un problema de restricción de la cobertura en Ecuador.

Dados los requisitos de años mínimos de aporte existentes para acceder a una jubilación contributiva, las diferencias de años de aporte acumulados en las simulaciones del Cuadro 3.3 entre varones y mujeres y entre trabajadores del primer y último quintil de salarios ayudan a explicar los patrones de desigualdad de cobertura que se vieron en el Gráfico 3.4. En particular, el cuadro muestra que un requisito relativamente bajo, de solo 10 años de aporte a los 65 años de edad, conseguiría en buena medida minimizar las diferencias de cobertura de las pensiones contributivas según el género y el nivel de salario de los trabajadores.

La informalidad y el número elevado de años mínimos de aportes que se requieren en algunos países, son los determinantes principales de los problemas de cobertura de pensiones contributivas en la región

Determinantes de la cobertura de las pensiones para trabajadores por cuenta propia

Otra causa fundamental detrás de los problemas de cobertura de las pensiones en la región es la cantidad de adultos mayores que se desempeñaron parte o toda su vida como trabajadores independientes. Como se vio en el Capítulo 2, este es un problema de carácter estructural e histórico en América Latina, pero que adquiere particular relevancia en la actualidad debido a los cambios tecnológicos y organizacionales en curso en los mercados de trabajo. Como se expone en el Capítulo 2, la proporción de trabajadores por cuenta propia que realiza aportes a la seguridad social no supera el 35 % en ocho países latinoamericanos con datos disponibles y en dos de ellos, Bolivia y Paraguay, no supera el 5 % (ver Cuadro 2.8, pág. 104). Incluso en Chile y Uruguay, dos de los países de la región con mayores ingresos, dicha proporción alcanza solo el 28 % y 33 % de los trabajadores por cuenta propia, respectivamente. Los problemas de cobertura de las pensiones para estos trabajadores implican un déficit de equidad de cobertura. Si bien se trata de un grupo heterogéneo, que incluye profesionales con altos ingresos, la enorme mayoría de los trabajadores por cuenta propia en la región obtiene bajos ingresos.¹⁷

15. Ambos países cuentan con un régimen de jubilación por edad avanzada que ofrece montos menos generosos, exigiendo 10 años de aporte a los 70 años de edad.

16. Debido a una restricción propia de los datos disponibles, el cálculo para Argentina se realiza solo con relaciones laborales de tipo asalariado del sector privado, dejando fuera las del empleo público y por cuenta propia. El Cuadro A 3.1 en el Apéndice de este capítulo presenta las contribuciones simuladas para Brasil, Ecuador y Uruguay, tomando solamente las relaciones laborales de asalariados en el sector privado. El cuadro muestra una subestimación de la proporción de trabajadores que acumula 30 años de aporte de 5,6 puntos en Brasil, de 12,6 puntos en Ecuador y de 12,3 puntos en Uruguay, magnitudes que trasladadas al caso argentino convalidan la conclusión de que este requisito de años de aporte resulta demasiado exigente. Una conclusión adicional de dicho cuadro es que en estos países esa proporción es significativamente mayor que en Argentina, lo que refleja un problema de aportes específico de este último país.

17. Con frecuencia, los cuentapropistas profesionales disponen, además, de regímenes específicos.

Estas bajas tasas de aporte de los trabajadores cuentapropistas se manifiestan en diferencias en los años de contribución acumulados. De acuerdo a datos de la Encuesta CAF (ECAAF) de 2019, los trabajadores por cuenta propia de las principales ciudades de diez países de la región acumulan en promedio significativamente menos años de aporte que los asalariados privados (ver Cuadro 3.4). Si se consideran los trabajadores que tienen al menos 45 años de edad, estas diferencias van desde un mínimo de entre 6 y 7 años de contribución en Buenos Aires, La Paz y San Pablo, a máximos de 10 o más años en Quito, Ciudad de México, Lima y Santiago de Chile.

Esas diferencias en los distintos países tienen un correlato en el diseño institucional de los sistemas de pensiones de cada uno de ellos. Por ejemplo, en Argentina y Brasil, la realización de aportes por parte de los trabajadores por cuenta propia es obligatoria desde la introducción, en 1998, del monotributo en el primer país y del Sistema Integrado de Pago de Impuestos y Contribuciones de Microempresas y Empresas de Pequeño Porte (SIMPLES, por sus siglas en portugués) en el segundo, en 1996. En cambio, en México y Perú, los trabajadores por cuenta propia no están obligados a hacer aportes.¹⁸

Cuadro 3.4

Años de aporte y expectativas de jubilación según el tipo de ocupación en las principales ciudades de la región, 2019

	Buenos Aires	La Paz	San Pablo	Bogotá	Quito	C. de México	Panamá	Lima	Montevideo	Santiago	Asunción
Años de aporte de trabajadores de 45 o más años											
Cuentapropista	10,5	2,3	10,4	9,2	4,2	3,8	13,4	11,2	4,1	10,6	2,9
Asalariado privado	13,1	4,4	14,3	11,8	8,5	9,5	15,9	14,0	11,7	15,8	6,4
Asalariado público	13,3	10,7	16,3	14,8	11,4	13,0	18,9	17,9	10,0	20,6	13,4
Piensa recibir jubilación											
Cuentapropista	88,2	50,9	78,5	54,1	46,8	47,2	80,5	69,9	41,7	85,4	62,0
Asalariado privado	98,2	76,6	82,8	77,5	84,7	91,6	94,6	89,1	86,0	97,0	89,1
Asalariado público	100,0	96,1	92,9	79,0	81,0	87,0	98,5	95,4	78,3	98,5	95,7
No piensa dejar de trabajar											
Cuentapropista	37,4	36,8	33,9	27,4	35,6	24,6	36,6	39,9	33,0	58,2	23,5
Asalariado privado	19,5	14,9	32,4	16,8	17,1	11,0	15,1	22,8	11,4	25,7	15,6
Asalariado público	15,0	8,8	25,8	16,5	18,6	4,2	2,2	24,5	12,6	4,9	1,7

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

18. El Cuadro A 3.2 en el Apéndice de este capítulo resume las condiciones de aporte de los trabajadores por cuenta propia en los distintos países.

Cuando se pregunta a los trabajadores cuentapropistas de esas diez ciudades si esperan recibir una pensión de jubilación en el futuro, la proporción que contesta afirmativamente es, en promedio, 23 puntos porcentuales menor que la de asalariados de similares características de edad, educación y sexo. Más allá de esta diferencia promedio, el Cuadro 3.4 muestra una importante heterogeneidad en esta proporción entre los países, lo que, a su vez, es consistente con los datos de años de aporte y obligatoriedad. En particular, en Buenos Aires y San Pablo, la diferencia entre la proporción de asalariados y cuentapropistas que esperan recibir jubilación es menos de 10 puntos porcentuales, mientras que en Perú y México supera los 40 puntos.

Otra consecuencia del problema de cobertura para los trabajadores por cuenta propia es que demoran la decisión de dejar de trabajar. En promedio, un tercio de los trabajadores por cuenta propia no piensa dejar de trabajar nunca, comparado con aproximadamente un quinto de los trabajadores asalariados.¹⁹ Si bien hay diferencias claras en este indicador entre asalariados y cuentapropistas en todos los países, la proporción de trabajadores por cuenta propia que no piensa dejar de trabajar es muy similar en Buenos Aires, La Paz, Lima, Montevideo, Panamá, Quito y San Pablo. Esto podría ser consecuencia de que, a pesar de que en Argentina y Brasil los trabajadores por cuenta propia realizan obligatoriamente aportes y, por lo tanto, tienen más expectativas de recibir una pensión, lo poco que contribuyen hace que sus pensiones sean muy bajas y, por consiguiente, planeen seguir trabajando luego de cumplir la edad jubilatoria. Algo similar sucede en Chile, donde las bajas contribuciones de los trabajadores por cuenta propia durante su vida laboral generan pensiones muy bajas, de manera que Santiago es la ciudad con mayor proporción de trabajadores de este tipo que no piensa dejar de trabajar.

Un aspecto a destacar respecto a los trabajadores independientes en algunos países analizados, que explica en parte la baja tasa de aporte de estos trabajadores, es que, en Bolivia, México, Paraguay y Perú, no están obligados a realizar esta contribución. En Colombia, si bien es obligatoria, se requiere que los trabajadores independientes tengan un ingreso igual o mayor al salario mínimo, lo que en la práctica excluye a buena parte de ellos. De forma más general, incluso en los países donde los trabajadores por cuenta propia están obligados a realizar aportes, la fiscalización de dicha obligación es muy costosa. En la sección final de este capítulo, se retoman los desafíos que tiene el diseño de regímenes de aporte para cuentapropistas.

Determinantes de la cobertura de las pensiones no contributivas

A pesar de que en algunos países persisten brechas de cobertura importantes, el estado actual de la cobertura de las pensiones en la región es producto de enormes mejoras que ocurrieron en las dos últimas décadas. El caso de México es sin duda el más notable, puesto que ha pasado de alrededor de un quinto de cobertura en 2000 a aproximadamente cuatro quintos en 2018 (Arenas de Mesa, 2019). También experimentaron mejoras de cobertura importantes Argentina,

Los cuentapropistas acumulan de 6 a 10 años menos de aportes al final de su vida laboral que los asalariados. La diferencia es mayor en los países donde los cuentapropistas no están obligados a realizar aportes jubilatorios.

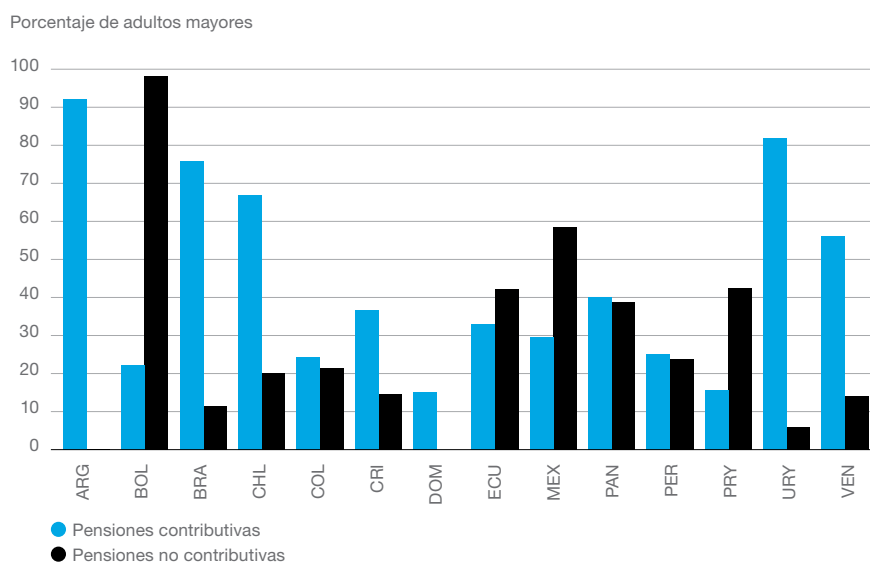
19. Esta diferencia entre trabajadores asalariados y por cuenta propia también se observa en un análisis de regresión que permite comparar trabajadores de igual educación, sexo, ciudad, nivel educativo y nivel de ingreso. En este caso, la diferencia en la proporción de trabajadores que declara que no piensa dejar de trabajar asciende 11,7 puntos porcentuales y es estadísticamente significativa a niveles convencionales.

Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela, con aumentos de más de 20 puntos porcentuales en el mismo periodo (CEPAL, 2018).²⁰

Si bien el aumento de la formalidad laboral y la introducción de reformas en las condiciones de acceso a las pensiones contributivas coadyuvaron a esta mejora, la principal explicación del incremento del nivel de cobertura logrado en la región desde el año 2000 es la expansión de las pensiones no contributivas.^{21,22} Mientras que en 1980 solo seis países contaban con pensiones no contributivas (Argentina, Brasil, Chile, Cuba, Costa Rica y Uruguay) y veinte años después, en 2000, solo un país se había sumado a esa lista, en 2016, el número de países con este tipo de pensiones alcanzó 26. Solo cuatro países, Haití, Honduras, República Dominicana y Nicaragua, no poseen actualmente pensiones no contributivas (CEPAL, 2018; Arenas de Mesa, 2019).²³ Además, en el pequeño grupo de países que contaban con pensiones contributivas en 1980, las no contributivas expandieron su cobertura.

Gráfico 3.5

Cobertura de las pensiones contributivas y no contributivas para personas de 65 años o más, 2017



Notas: En el caso de Argentina clasificamos las pensiones derivadas de las distintas moratorias como contributivas.

Fuente: Elaboración propia con base en datos administrativos reportados en Arenas de Mesa (2019).

20. En Argentina, la elevada cobertura de pensiones contributivas se debe a las reiteradas moratorias previsionales, según las cuales se permite acceder a una jubilación sin haber alcanzado el mínimo de años de aporte requerido, a cambio de realizar las contribuciones faltantes como descuentos de la jubilación.

21. Ver, por ejemplo, Rofman, Apella y Vezza (2013), CEPAL (2018) y Arenas de Mesa (2019).

22. En la práctica, tanto en Argentina como en Uruguay se han implementado diversas flexibilizaciones ad-hoc de los años mínimos requeridos. Esto es clave para compatibilizar la elevada cobertura de pensiones contributivas que se muestra en el Gráfico 3.5 con la baja proporción de trabajadores que alcanzaría el mínimo de años de aporte del Cuadro 3.3.

23. Rofman *et al.* (2013) proveen un análisis detallado del proceso de expansión de las pensiones no contributivas en la región.

El Gráfico 3.5 muestra la relevancia de las pensiones contributivas y no contributivas en los distintos países. Bolivia, con su programa de pensiones no contributivas Renta Dignidad, introducido en 2008, destaca con una cobertura casi universal de este tipo de pensiones. Aunque en menor medida que en Bolivia, las pensiones no contributivas son también muy importantes en Ecuador, México, Panamá y Paraguay. Retomando la clasificación de los países en tres grupos de cobertura y considerando la bajísima cobertura de las pensiones contributivas en estos países por la elevada informalidad laboral, se concluye que son las pensiones no contributivas las que permiten a estos países situarse en el grupo de mayor cobertura.²⁴

Como se verá con mayor detalle en el análisis de suficiencia, el desafío en los países con alta cobertura de pensiones no contributivas y baja cobertura de pensiones contributivas radica, en general, en los montos de las pensiones. Este es el caso claramente de México, que ha logrado niveles de cobertura elevados, pero, como muestra el Gráfico 3.2, presenta problemas de incidencia de la pobreza aún elevados para su nivel de PIB per cápita.

La expansión de las pensiones no contributivas fue fundamental para la mejora observada en la cobertura de las pensiones.

Suficiencia de los montos de las pensiones

La suficiencia del monto de las pensiones depende de si estas se evalúan desde el punto de vista del primero de los objetivos mencionados anteriormente, es decir, generar ahorro para la vejez, o del segundo objetivo, reducir la pobreza entre los adultos mayores. Según el primer criterio, los montos de las pensiones deberían ser suficientes para que los adultos mayores mantengan niveles de consumo similares a los que tenían durante su vida laboral activa. Dada la dificultad de contar con datos de consumo a lo largo del ciclo de vida de los individuos, una aproximación común a la evaluación de la suficiencia según este primer objetivo es presentar el monto de las pensiones en relación con los ingresos laborales de los individuos. Según el segundo criterio, los montos de las pensiones deberían ser tales que permitan a los adultos mayores alcanzar niveles mínimos de bienestar, lo que puede evaluarse vinculando los montos de las pensiones a medidas de pobreza.

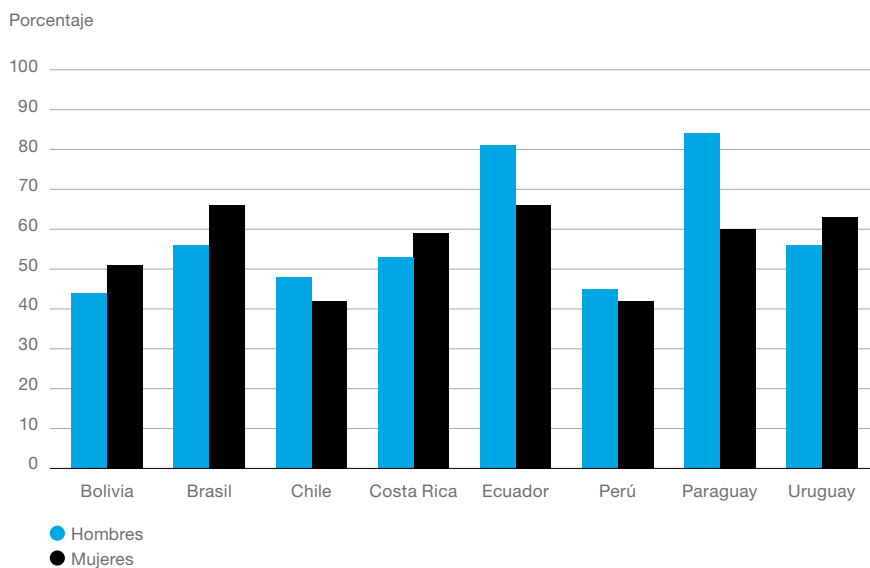
Comenzando con la evaluación según el primer objetivo, la tasa de reemplazo es un indicador de uso común que se define como la proporción que representa la primera pensión recibida respecto al ingreso laboral previo a la jubilación. De esta forma, este indicador muestra si la capacidad de consumo que otorga la pensión es similar a la que proporcionaba el salario. La medida ideal de la tasa de reemplazo requeriría tener acceso a datos de panel que vinculen salarios y pensiones para un mismo individuo. Dado que este tipo de datos no existe en la mayoría de los países, a continuación se explican dos medidas alternativas de tasas de reemplazo que se complementan entre sí para brindar un buen panorama de la relación entre jubilaciones y salarios en la región.

24. Paraguay se clasifica en el grupo de cobertura intermedio, pero comparte esta característica.

El Gráfico 3.6 presenta el primer tipo de tasas de reemplazo, que se pueden denominar empíricas y se construyen a partir de los salarios de los trabajadores dependientes de 55 a 59 años y las pensiones contributivas de los adultos mayores de 65 a 69 años reportados en las encuestas de hogares oficiales de los distintos países. Estas tasas de reemplazo son tasas netas porque toman salarios y pensiones después de impuestos y contribuciones. El Gráfico 3.6 muestra un hecho estilizado sobre las tasas de reemplazo en la región: estas son significativamente mayores en los países con sistemas de pensiones cuya arquitectura es de beneficio definido y reparto (en el gráfico, Brasil, Ecuador, Paraguay y Uruguay) que en los países con contribución definida y capitalización (Bolivia y Chile).²⁵ Dentro de los países con beneficio definido, destacan como particularmente elevadas las tasas de reemplazo de Ecuador y Paraguay.

Gráfico 3.6

Tasas de reemplazo netas promedio observadas para asalariados, 2018



Notas: La tasa de reemplazo neta se calcula como el promedio de las pensiones de personas entre 65 y 69 años con relación al salario de las personas de entre 55 y 59 años. Para este cálculo se toman salarios y pensiones netos, descontando impuestos y contribuciones.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de CEDLAS (2020).

El Cuadro 3.5 presenta el segundo tipo de estimación de tasas de reemplazo netas, denominadas simuladas. Estas se obtienen aplicando las reglas de cálculo de las pensiones en el régimen más importante de cada país dados los ingresos laborales y las tasas de empleo y formalidad observados en las encuestas de hogares.

25. Conclusiones similares sobre tasas de reemplazo en ambos tipos de sistemas se reportan también en OCDE, Banco Mundial y BID (2015) y en FMI (2018b). Si bien, como muestra el Cuadro 3.1, Uruguay tiene un régimen mixto, en general la pensión de monto promedio surge exclusivamente del componente de reparto.

Este ejercicio requiere un conjunto de supuestos sobre crecimiento del salario, tasas de interés, expectativa de vida y sobrevivencia del cónyuge, entre otros, que se detallan en el Apéndice de este capítulo.²⁶

Cuadro 3.5

Tasas de reemplazo netas simuladas para asalariados y cuentapropistas que se retiran a la edad mínima de cada país, 2020

	Años de contribución	Asalariados		Independientes	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Argentina	Siempre	81,2	85,0	66,4	87,5
	Mínimo	66,6	72,1	66,6	87,3
Brasil	Siempre	65,9	72,1	50,4	78,8
	Promedio	48,1	45,8	49,2	78,7
Chile	Siempre	40,1	41,3	46,7	41,7
	Promedio	34,3	22,0	24,5	40,1
Colombia (BD)	Siempre	86,0	87,9	109,4	154,1
	Mínimo	57,0	65,3	96,3	151,4
Colombia (CD)	Siempre	33,1	40,6	97,8	154,1
	Promedio	31,9	40,6	96,3	151,4
Ecuador	Siempre	111,9	119,3	114,5	107,1
	Mínimo	82,9	87,1	85,3	80,3
México	Siempre	22,5	29,5		
	Mínimo	21,6	29,9		
Perú (BD)	Siempre	46,3	43,9	96,6	134,7
	Mínimo	45,9	44,5	56,3	74,9
Perú (CD)	Siempre	38,1	29,1	46,8	78,7
	Promedio	22,4	21,3	44,9	74,9
Panamá	Siempre	60,8	61,9		
	Mínimo	44,8	32,3		
Uruguay	Siempre	51,8	54,5	51,5	59,7
	Mínimo	46,3	46,5	44,2	66,3

Notas: En la columna años de contribución, promedio corresponde a asalariados y mínimo, a independientes. El cálculo de independientes en Argentina se realiza con el monotributo categoría B. Para Colombia y Perú, se realizan cálculos separados para sistemas de beneficio definido (BD) y contribución definida (CD).

Fuente: Elaboración propia con base en Allub, Alves y López (2020).

Las tasas de reemplazo simuladas permiten evaluar la suficiencia de las pensiones generadas en el régimen contributivo principal de cada país. Como referencia,

26. Este tipo de estimación de la tasa de reemplazo es la más común en la literatura y es presentado, por ejemplo, en Forteza y Ourens (2012), OCDE, Banco Mundial y BID (2015), FMI (2018b) y OCDE (2019a). Los detalles del cálculo, así como un análisis más detallado, se presentan en el Apéndice de este capítulo y en Allub, Alves y López (2020).

Las tasas de reemplazo son en general mayores en los sistemas de reparto que en los sistemas de capitalización.

este tipo de tasa de reemplazo neta simulada es del 59 % en promedio en los países de ingresos altos de la OCDE y presenta una enorme variación entre países, con un desvío estándar de 18 puntos porcentuales, y mínimos del 28 % y el 37 % en Reino Unido y Japón, respectivamente, y máximos en torno al 90 % en Austria, Italia, Luxemburgo y Portugal (OCDE, 2019a). Estas tasas de reemplazo netas simuladas para la OCDE se construyen bajo el supuesto de individuos que contribuyen durante toda su vida laboral. Si bien este supuesto es claramente inadecuado para el análisis de la realidad de América Latina, se ofrecen los resultados según este supuesto (junto a otros) para poder comparar con el valor de la OCDE.

El Cuadro 3.5 presenta ocho tasas de reemplazo simuladas para cada país que surgen de la interacción de tres clasificaciones binarias: hombres y mujeres, asalariados y cuentapropistas, y trabajadores que contribuyen siempre durante su vida laboral *versus* trabajadores que contribuyen de acuerdo al promedio de tasas de empleo y formalidad de su país (cuando estos alcanzan el mínimo de años requeridos para jubilarse).²⁷ La inclusión de los casos de trabajadores por cuenta propia y de trabajadores que no contribuyen de forma continua durante su vida laboral constituye una innovación respecto a los antecedentes disponibles. Esta innovación resulta clave para la región dada la relevancia del trabajo por cuenta propia y de la informalidad.

El Cuadro 3.5 arroja varias conclusiones. En primer lugar, en el caso de los asalariados, se confirma el patrón que mostraron las tasas empíricas de reemplazo, siendo mayores en regímenes en los que predomina un componente de reparto con beneficio definido (Argentina, Brasil²⁸ y Ecuador) que en regímenes con predominio de componentes de capitalización con contribución definida (Chile y México), mientras que los regímenes mixtos de tipo complementario (Panamá y Uruguay) se colocan en una posición intermedia.²⁹ Los mayores valores de las tasas de reemplazo en beneficio definido respecto a las de contribución definida también se aprecian muy claramente en los dos países que tienen regímenes mixtos de carácter excluyente, Colombia y Perú.

En los tres países con régimen de reparto puro y en el componente de reparto de Colombia, la mayoría de las tasas están por encima de la media del 59 % de la OCDE.³⁰ Por lo tanto, utilizando la tasa de reemplazo como medida de suficiencia se podría concluir que la suficiencia no sería un problema en estos países; todo lo contrario, los cálculos realizados para este reporte sugieren que los regímenes de reparto con beneficio definido en la región son bastante más generosos que el promedio de las naciones desarrolladas.

27. Si el resultado de años de contribución resultantes del promedio de tasas de empleo y formalidad no alcanzan los años mínimos de aporte, se utiliza el mínimo de años de aporte requerido.

28. En el Cuadro 3.1 (ver pág. 173), Brasil figura con una arquitectura de pensiones que cuenta con elementos tanto de reparto como de capitalización. Dado que el componente de capitalización en dicho país es voluntario y de baja cobertura (Arenas de Mesa, 2019), aquí se incluye a Brasil dentro del grupo de países donde predomina un componente de reparto.

29. Este patrón no se observa con claridad entre los países de ingresos altos de la OCDE. El promedio de tasas de reemplazo en países con regímenes de beneficio definido es el mismo que tienen contribución definida o sistemas de puntos o cuentas nocionales. Solo dos países tienen regímenes de contribución definida puros: Australia, con una tasa de reemplazo del 41 %, y Dinamarca, con una tasa del 71 %.

30. Las tasas calculadas por la OCDE justamente corresponden a trabajadores que contribuyen toda su vida. En el caso de Brasil, las tasas son calculadas con las reglas vigentes luego de la reforma previsional de 2019.

En cuanto a los regímenes de contribución definida, si bien tanto Chile como México se ubican muy por debajo de la media de la OCDE en todos los casos, el primer país presenta tasas mayores que el segundo debido al sistema de subsidios a las pensiones de menores montos que instaló la reforma de 2008.³¹ En Chile y en el componente de contribución definida de Perú, preocupa en especial el caso de las mujeres que contribuyen el promedio de años, ya que presentan las tasas de reemplazo más bajas del Cuadro 3.5, en el orden del 20 %. Esto se debe a la combinación de varios factores que diferencian la situación de las mujeres de la que tienen los varones en este tipo de régimen: la menor cantidad de años de aporte asociada a los patrones de actividad, empleo y formalidad, los menores salarios, la mayor esperanza de vida y la edad mínima de jubilación, que es más baja.

Las tasas de reemplazo de los regímenes de capitalización con contribución definida son relativamente más bajas debido a una serie de factores. Por un lado, la elevada informalidad —que genera problemas de cobertura en los sistemas de beneficio definido— implica menos aportes a las cuentas de capitalización individual y, por lo tanto, problemas de suficiencia. En especial, la informalidad elevada en la etapa de juventud de los trabajadores (CAF, 2016) limita el potencial que tiene el interés compuesto para aumentar el monto de la pensión en esos sistemas. Por otro lado, las tasas de contribución en todos estos regímenes son relativamente bajas en comparación con la OCDE (ver Gráfico 3.11, pág. 195), contribuyendo así a menores tasas de reemplazo.

La comparación entre asalariados que contribuyen siempre y quienes contribuyen el mínimo de años requeridos o los años promedio muestra diferencias importantes en favor de los primeros, lo cual es saludable desde el punto de vista de los incentivos a contribuir. Estas diferencias resaltan la importancia del aporte original de este informe en términos de hacer posible este tipo de comparación. En el caso de las tasas de reemplazo de los trabajadores por cuenta propia, sus montos no plantean desafíos de suficiencia desde la perspectiva del objetivo de mantener durante la vejez los niveles de vida de la vida laboral activa, con excepción de los varones que contribuyen el promedio de años en Chile. Sin embargo, un problema importante desde el punto de vista de los incentivos radica en que, en Argentina, Brasil, Chile (mujeres), Colombia y Perú (contribución definida), las tasas de reemplazo entre quienes contribuyen siempre apenas superan las tasas de quienes contribuyen el mínimo o el promedio.^{32, 33}

Una de las limitaciones de la tasa de reemplazo como medida de suficiencia es que no capta la evolución de las pensiones con el paso del tiempo. En general, en la región, las reglas de ajuste de los montos de las pensiones más allá del primer año oscilan entre dos extremos.³⁴ En un extremo está el caso de países como Brasil, donde la reforma recientemente aprobada estableció que las pensiones se

31. Para una descripción detallada de la reforma de 2008 en Chile, ver, por ejemplo, Arenas de Mesa (2019).

32. Dean, Fleitas y Zerpa (2020) muestran cómo los trabajadores por cuenta propia en Uruguay reaccionan efectivamente a los incentivos dados por el método de cálculo de la jubilación.

33. En Argentina y Brasil, las mujeres cuentapropistas tienen tasas de reemplazo entre 20 y 30 puntos porcentuales mayores que las de los hombres. Esto se debe a que los montos de la pensión están fijados en todos los casos por una misma pensión básica y los ingresos de las mujeres cuentapropistas son menores que los de los varones de dicha categoría ocupacional.

34. El Cuadro A 3.5 en el Apéndice de este capítulo resume las formas de cálculo y de ajuste de los sistemas de beneficio definido.

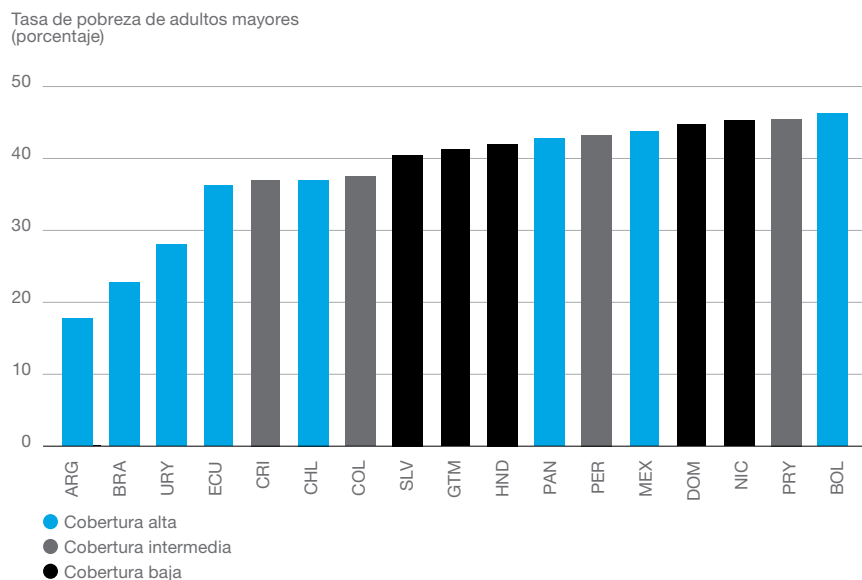
ajusten por inflación. En el otro extremo está el caso de Uruguay, que tiene una regla de ajuste de las pensiones según la evolución promedio de los salarios.

Si bien uno u otro mecanismo de ajuste tiene consecuencias muy relevantes para la sostenibilidad financiera, algo que se retomará en el siguiente apartado, desde el punto de vista de la suficiencia, ambos mecanismos presentan ventajas e inconvenientes, dependiendo de la evolución macroeconómica del país. Por un lado, el ajuste por inflación tiene la ventaja frente al ajuste por salarios de proteger la capacidad de consumo ante choques macroeconómicos que generen caídas de los salarios reales. Por otro lado, en contextos de crecimiento del salario real, ajustar por inflación, en vez de hacerlo por salarios, puede implicar caídas muy importantes de los montos de las pensiones respecto a los salarios y, por tanto, llevar a que los ingresos de los jubilados queden rezagados respecto a los de los trabajadores activos.

Respecto a la evaluación de la suficiencia de las pensiones desde el punto de vista del objetivo de reducción de la pobreza entre los adultos mayores, en el Gráfico 3.2 se vio la incidencia de la pobreza según una línea de USD 4 por día. El Gráfico 3.7 introduce la incidencia de la pobreza en términos relativos, con un umbral equivalente a la mitad del ingreso mediano per cápita de los hogares de cada país. Si bien en ambos gráficos la tasa de pobreza se ve influida no solo por el nivel de suficiencia, sino también por el nivel de cobertura de las pensiones, se pueden extraer conclusiones de suficiencia comparando países con niveles de cobertura similares.

Gráfico 3.7

Tasa de pobreza relativa entre mayores de 65 años según el nivel de cobertura de las pensiones, circa 2018



Notas: La línea de pobreza relativa corresponde a 50 % de la mediana del ingreso per cápita del hogar. Los países están ordenados de menor a mayor tasa de pobreza y coloreados según el nivel de cobertura de las pensiones.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de CEDLAS (2020).

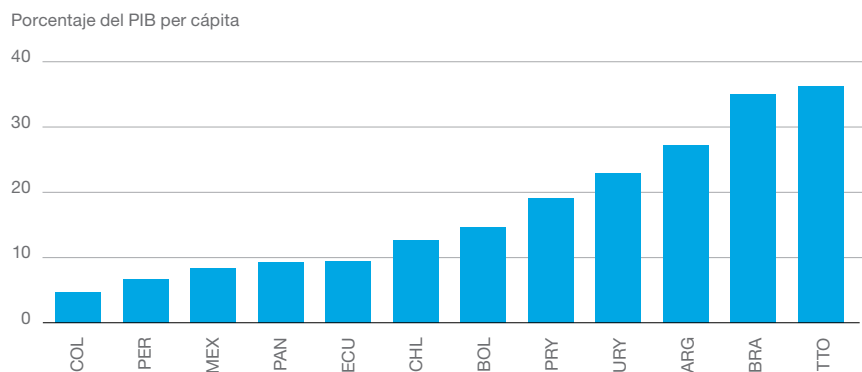
Tomando los tres grupos de países propuestos anteriormente en función de su cobertura, la comparación de las tasas de pobreza (absoluta y relativa) dentro del primer grupo implica que Argentina, Brasil y Uruguay parecen tener niveles de suficiencia adecuados, mientras que Bolivia, Chile, Ecuador, México y Panamá tienen montos de las pensiones que en promedio podrían ser demasiado bajos. En el segundo grupo de países clasificados por su cobertura, no existen diferencias tan importantes de pobreza relativa como las que se aprecian en el primer grupo, pero sí de pobreza absoluta (ver Gráfico 3.2), puesto que Paraguay y, especialmente, Costa Rica presentan menores niveles de pobreza que Colombia y Perú.

En la evaluación de la suficiencia de las pensiones según el objetivo de disminución de la pobreza, adquiere particular relevancia el rol de las pensiones no contributivas. El Gráfico 3.8 muestra una importante dispersión en los montos de las pensiones no contributivas con relación al PIB per cápita en los distintos países. Retomando las conclusiones sobre la suficiencia general de las pensiones del párrafo anterior, se puede comprobar que existe una estrecha relación entre ese diagnóstico general de suficiencia y los montos de las pensiones no contributivas. Por un lado, los países de elevada cobertura con menor incidencia de la pobreza entre adultos mayores (Argentina, Brasil y Uruguay) tienen pensiones no contributivas que están entre las más elevadas de la región. Por otro lado, los países con problemas de suficiencia dado su nivel de cobertura, como Bolivia, Chile, Ecuador y Panamá, tienen montos de pensiones no contributivas relativamente bajos.³⁵ Lo mismo sucede entre los países del segundo grupo de países según la cobertura: Paraguay tienen menos problemas de pobreza en adultos mayores y niveles más altos de pensiones no contributivas que Colombia y Perú.

Los montos de las pensiones no contributivas difieren significativamente entre países y son clave para la determinación de los niveles de pobreza en la vejez.

Gráfico 3.8

Monto de las pensiones no contributivas con relación al PIB per cápita, 2018



Notas: Los datos son de 2018, excepto para México, que corresponden a enero de 2019. En el caso de Colombia, los montos varían según el municipio. Se toma el monto mayor, sin considerar Bogotá, ya que es el valor más común entre los municipios. En el caso de Trinidad y Tobago, el monto varía dependiendo del ingreso y se toma como referencia el mayor valor. En Ecuador, el valor se refiere al programa denominado Pensión para Adultos Mayores, que es el programa no contributivo con mayor número de beneficiarios.

Fuente: Elaboración propia con base en sitios web oficiales de cada país en lo que respecta al monto de las pensiones; PIB per cápita con base en Banco Mundial (2020).

35. En Ecuador, existe otro programa importante de pensiones contributivas denominado Mis Mejores Años, que ofrece el doble del monto del que figura en el Gráfico 3.8. Sin embargo, por lo menos hasta 2018 (fecha del gráfico), dicho programa tenía menor cobertura que el programa más general denominado Pensión para Adultos Mayores.

Sostenibilidad financiera

La sostenibilidad financiera se refiere al equilibrio entre ingresos y egresos de los sistemas de pensiones a lo largo del tiempo. Así como los apartados anteriores evaluaron el grado de cobertura y suficiencia de los sistemas de pensiones tomando la sostenibilidad financiera como dada, este apartado analiza el equilibrio entre ingresos y egresos de los sistemas dadas las reglas vigentes que determinan los niveles de cobertura y suficiencia.

Como se expuso en la descripción de la arquitectura de los sistemas de pensiones en la región, el análisis de la sostenibilidad financiera tiene especial relevancia para aquellos países con componentes de reparto importantes en sus esquemas. En contextos de envejecimiento acelerado como los que enfrenta la región, los ingresos y egresos de un sistema de reparto pueden estar equilibrados en el presente, pero no estarlo en diez años a no ser que parámetros clave, como la tasa de reemplazo o la edad mínima de jubilación, se ajusten con el envejecimiento. Si bien el foco principal de este apartado estará en los sistemas de reparto, cabe señalar que los sistemas de capitalización en la región tienen componentes de subsidio y pensiones mínimas, como se ha visto en apartados anteriores. Esto implica que dichos sistemas no están financieramente equilibrados por definición, como sería el caso de sistemas de capitalización puros.

Situación financiera actual de los sistemas de pensiones

Para comenzar el panorama financiero actual de los sistemas de pensiones en la región, el Gráfico 3.9 presenta el nivel de ingresos y egresos de los sistemas de cada país en 2015, distinguiendo, a su vez, los egresos en pensiones no contributivas y contributivas. Dado el objetivo del análisis sobre sostenibilidad financiera de este apartado, el Gráfico 3.9 no considera los ingresos y egresos de los componentes de capitalización de los sistemas de pensiones que disponen de este tipo de cuentas, ya que están por definición equilibrados.

Desde el punto de vista de los egresos, el Gráfico 3.9 muestra una importante heterogeneidad entre países, con los extremos de Argentina, Brasil y Uruguay, que tienen gastos de más del 6 % del PIB, por un lado, y de Perú, con menos de 2 %, por otro. Estos niveles de gasto tan heterogéneos surgen de la interacción de tres elementos, algunos de los cuales ya se han analizado en el capítulo.

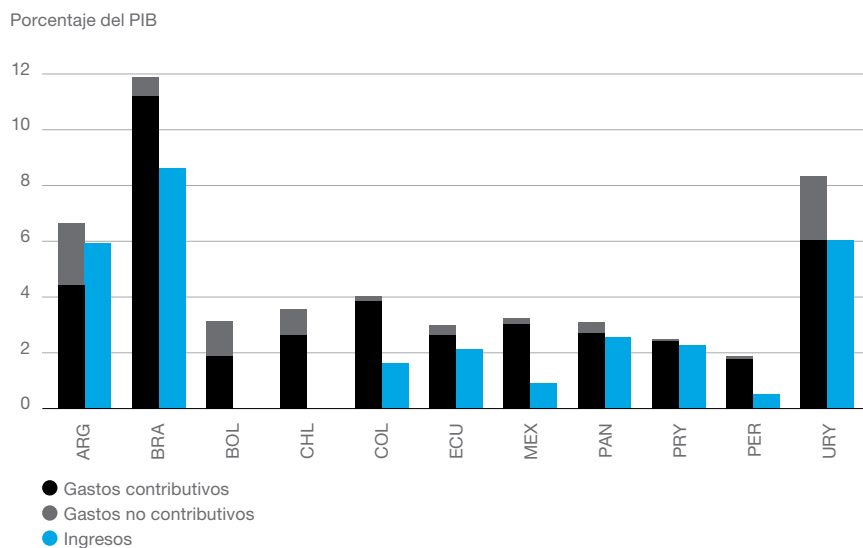
El primero es la arquitectura de los sistemas de pensiones. Sistemas de capitalización, como los de Chile o Bolivia, tendrán egresos contributivos relativamente bajos, mientras que en sistemas de reparto, como los de Argentina y Brasil, todo el monto de las pensiones resulta de egresos del sistema público.

El segundo elemento es el nivel de avance del envejecimiento de cada país. El Gráfico 3.9 muestra que países como Argentina y Uruguay, donde el 11 % y el 14 % de la población respectiva tiene 65 años o más, se encuentran entre los que tienen mayores niveles de gasto. En el otro extremo, se sitúan Bolivia, Colombia, México, Panamá, Paraguay y Perú, con menos del 8 % de su población en dicho rango, y esto influye en que el nivel total del gasto en pensiones sea menor.

El gasto público en pensiones es mayor en países con sistemas de reparto, más envejecidos y con pensiones de mayor cobertura y montos.

Gráfico 3.9

Ingresos y egresos de los sistemas de pensiones con relación al PIB, 2015



Notas: En el caso de Argentina, las jubilaciones de las distintas moratorias previsionales se contabilizan como gasto contributivo. En el caso de México, los valores corresponden a 2016.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de IERAL (2020).

En tercer lugar, cuanto mayor sea la cobertura y los montos de las pensiones (temas examinados anteriormente en el capítulo), mayor será el gasto. El Gráfico 3.10 permite evaluar esa dimensión mediante la comparación del nivel de gasto entre países que tienen tanto una proporción de adultos de más de 65 años como una arquitectura similar. Por ejemplo, si se comparan en el Gráfico 3.10 los niveles de gasto dentro del conjunto de países con poblaciones relativamente más jóvenes, se destaca especialmente el gasto elevado del sistema brasileño, que, como ya se dijo, se caracteriza por tener una cobertura y montos de las pensiones relativamente elevados.³⁶ Incluso entre el resto de los países relativamente jóvenes, hay diferencias importantes. Como se puede observar en el gráfico, el gasto de Colombia supera en más de dos puntos porcentuales al de Perú y en un punto al de Ecuador, Panamá y Paraguay.

En resumen, el análisis realizado en los párrafos anteriores, junto con lo expuesto en los apartados sobre cobertura y suficiencia, indican que, de los tres países con mayor nivel de egresos, el gasto de Brasil no se debe tanto a su nivel de envejecimiento como a la relativamente alta cobertura y, en especial, a los montos elevados de sus pensiones; Uruguay, a su vez, se destaca por ser

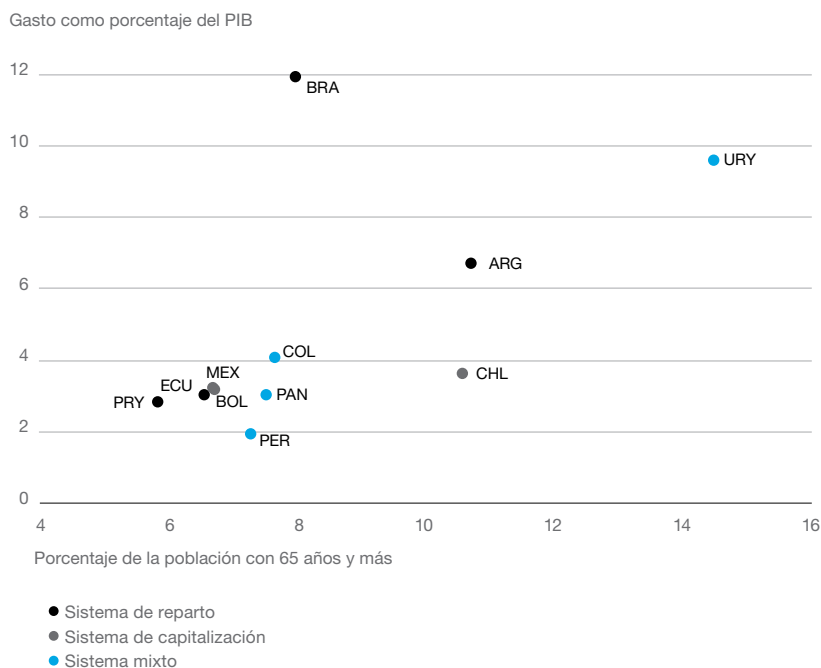
36. En el caso de Brasil, el gasto actual responde a la cobertura y el monto de las pensiones generados previo a la reforma de 2019, por lo que es esperable que el gasto evolucione a la baja en las próximas décadas a medida que ganen relevancia las pensiones generadas bajo el nuevo régimen.

La recaudación de los sistemas de pensiones es mayor en los países con mayor proporción de personas en edad de trabajar, mayor formalidad y mayores tasas de contribución.

el país con mayor proporción de adultos mayores en la región y Argentina queda en un lugar intermedio entre Brasil y Uruguay, tanto en términos de proporción de adultos mayores como de nivel de gasto dado su nivel de envejecimiento. Por otra parte, en el grupo de países situados en el cuadrante inferior izquierdo del Gráfico 3.10, los niveles de gasto son relativamente bajos, lo que se asocia tanto a una población que aún es relativamente joven como a distintas combinaciones de baja cobertura o monto de las pensiones. La existencia de un régimen de capitalización maduro junto a un componente no contributivo no demasiado generoso (ver Gráfico 3.8), explican el bajo nivel de gasto público en el caso de Chile, a pesar de tratarse de uno de los países con mayor proporción de adultos mayores en su población.

Gráfico 3.10

Gasto público en pensiones y envejecimiento, 2015



Notas: En el caso de México, el valor del gasto corresponde a 2016.

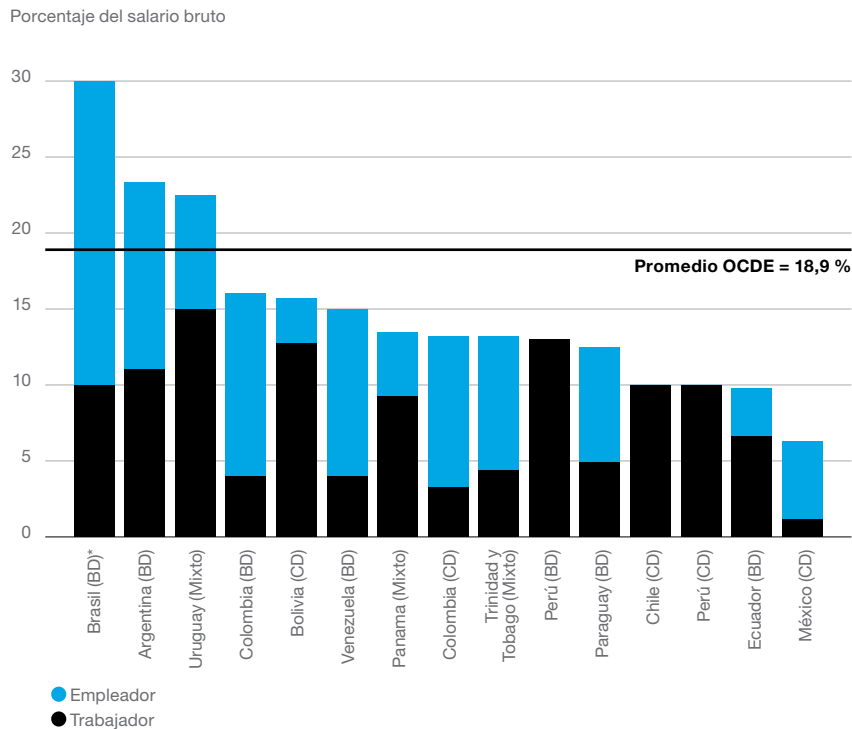
Fuente: Elaboración propia con base en proyecciones de población de Naciones Unidas (2019b) y datos fiscales de IERAL (2020).

Desde el punto de vista de qué factores afectan los ingresos de los sistemas públicos de pensiones (Gráfico 3.9), las tres variables de mayor relevancia son las tasas de contribución, que determinan cuánto aporta cada trabajador activo, la incidencia de la informalidad, que determina qué proporción de trabajadores activos contribuye al sistema, y la estructura demográfica, que determina cuántos trabajadores activos potenciales hay en el país.

Respecto a las tasas de contribución, el Gráfico 3.11 muestra que la mayoría de los países tienen niveles de contribución muy por debajo de los niveles de la OCDE, que se ubican en promedio en el 18,9 %. Sin embargo, los países con mayores déficits, como Argentina, Brasil y Uruguay, tienen niveles de aporte que ya son relativamente altos, ubicándose por encima de la media de la OCDE.

Gráfico 3.11

Contribuciones como porcentaje del salario bruto de asalariados, 2020



Notas: En Brasil, la tasa de contribución del empleado varía en franjas según el nivel de salario. Este porcentaje corresponde al asalariado de ingreso promedio. La tasa promedio de la OCDE corresponde a la tasa efectiva sobre los ingresos promedio en 2018 para 29 países, entre los que no se incluye a Chile ni a México.

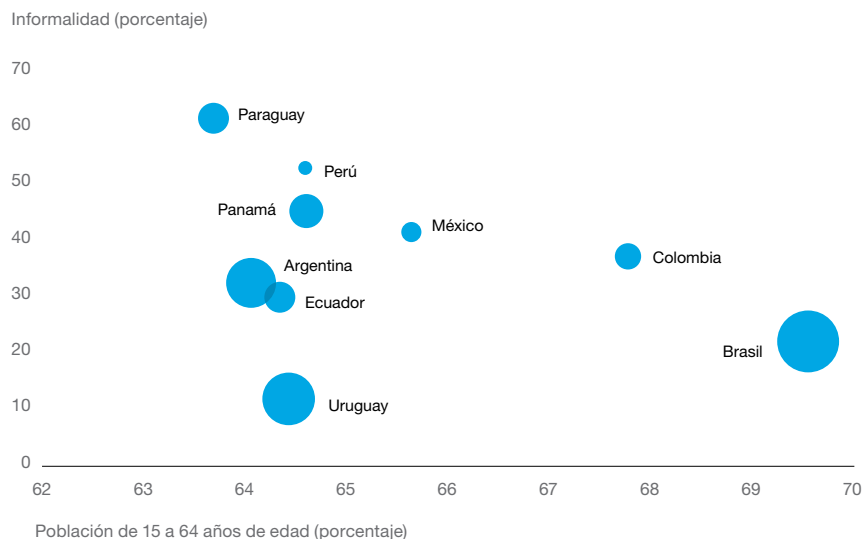
Fuente: Elaboración propia con base en sitios web oficiales de cada país en lo que respecta a países latinoamericanos y OCDE (2019a) para el promedio de los países de dicha organización.

El Gráfico 3.12 introduce el rol de las otras dos fuerzas determinantes del nivel de ingresos de los sistemas: la demografía y la informalidad. Los ingresos en el gráfico están representados por el tamaño de los círculos y el rol de la demografía está dado por la proporción de la población entre 15 y 64 años, rango de edad en el que se observan las tasas de empleo más elevadas. La proporción de la población en este rango de edad se ubica entre el 64 % y el 68 % en la mayoría de los países de la región y, de estos, Argentina y Uruguay se destacan como países de alta recaudación, debido a tasas de aporte relativamente elevadas y tasas de informalidad laboral relativamente bajas (en especial en Uruguay). En el otro extremo, Perú y México son países con alta informalidad y bajas contribuciones, lo que se manifiesta en ingresos muy bajos. En los casos de Paraguay y Panamá, su

recaudación relativamente baja se asocia principalmente a la elevada incidencia de la informalidad. Con una proporción de población entre 15 y 64 años de aproximadamente el 69 %, Brasil es el país con mayor potencial de recaudación desde el punto de vista demográfico. Esto, asociado a una tasa de contribución y una tasa de formalidad de la más elevadas de América Latina llevan a que Brasil tenga los mayores ingresos con relación al PIB de la región.

Gráfico 3.12

Ingresos de los sistemas de pensiones, informalidad y población en edad de trabajar, 2015



Notas: El tamaño de los círculos representa la recaudación en términos del PIB. En el caso de México, el valor de los ingresos corresponde a 2016.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de CEDLAS (2020) para informalidad, IERAL (2020) para ingresos y Naciones Unidas (2019b) para población.

Equilibrio actuarial entre ingresos y egresos como fundamento de la sostenibilidad financiera

El patrón de sostenibilidad financiera de los sistemas contributivos depende de forma fundamental de la relación entre el monto total que recibe un trabajador en forma de pensiones durante su jubilación y el monto total de las contribuciones que realizó a lo largo de su vida laboral. En particular, en contextos de envejecimiento demográfico, ratios elevados de prestaciones en relación con las contribuciones estarán indicando problemas de sostenibilidad financiera severos que, como se señaló antes, afectan especialmente a los sistemas de reparto con beneficio definido.³⁷

37. Además de ser útiles desde el punto de vista de la sostenibilidad financiera, estos ratios son informativos respecto a los incentivos que ofrece el sistema contributivo desde la perspectiva del rendimiento de los aportes para el trabajador.

Como parte del ejercicio que se hizo para las tasas de reemplazo simuladas presentadas anteriormente, el Cuadro 3.6 muestra esta relación entre el monto total aportado y el monto total recibido en forma de pensiones (ambos expresados en el mismo momento del tiempo mediante una tasa de descuento) para la combinación de ocho categorías de trabajadores según sexo, ocupación y años de aporte. A su vez, para evaluar los efectos del envejecimiento, el cuadro plantea el ratio entre prestaciones y contribuciones dada la esperanza de vida en 2020 y cuánto aumentaría dicho ratio con la esperanza de vida proyectada para 2065.

Un factor importante a tener en cuenta en la interpretación de estos resultados es que, si bien se presentan para un número considerable de casos, los datos no son representativos del total de trabajadores. Podría suceder que ratios para trabajadores de otras características (por ejemplo, según sus niveles de ingreso) arrojen conclusiones diferentes respecto a la sostenibilidad general del sistema. No obstante lo anterior, se puede ver que la consideración conjunta de los ratios y de las reglas de realización de los aportes y de cálculo de las pensiones resultan indicativas de desequilibrios financieros importantes en algunos sistemas.

Varias conclusiones emergen del Cuadro 3.6 con respecto al análisis de la sostenibilidad financiera de las distintas categorías y sistemas. En primer lugar, en 2020, el ratio para los asalariados muestra diferencias muy importantes entre los distintos países. Los sistemas de Brasil, Uruguay y el pilar de capitalización de Perú presentan ratios que no sugieren problemas de sostenibilidad importantes en el presente, en la medida que se ubican generalmente por debajo o en torno del 100 %.³⁸ Los de Argentina y Chile, por su parte, se ubican en una posición intermedia, con ratios entre diez y treinta puntos porcentuales por encima del 100 %. Si bien, en principio, el ratio en los sistemas de capitalización, como el de Chile, debería ser del 100 % por definición, en todos los casos existen complementos que el Estado realiza a las pensiones cuando estas no alcanzan determinados montos mínimos. El resto de los sistemas, en especial el de Ecuador y el pilar de beneficio definido de Colombia, muestran ratios con desbalances importantes que sugieren la necesidad de ajustes en las fórmulas de cálculo de las pensiones. En esos casos, el resultado se vincula directamente con las tasas de reemplazo elevadas presentadas en el apartado sobre suficiencia.

Como segunda conclusión, se observan en general ratios mayores para las mujeres que para los varones. Esto se cumple tanto para trabajadores asalariados como cuentapropistas y es causa de tres factores. En primer lugar, en los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Panamá, las mujeres tienen menores edades mínimas de jubilación, lo que implica menos años de aporte y más años de prestaciones. En segundo lugar, las mujeres tienen en todos los países mayor esperanza de vida que los varones, lo que se traduce en mayores prestaciones recibidas. Por último, el hecho de que las mujeres tengan menor densidad de aportes y salarios más bajos hace que el monto total de sus contribuciones normalmente sea inferior. Si bien en un sistema de capitalización puro esto no implicaría un menor ratio, como se comentó antes, estos sistemas tienen mínimos para las pensiones contributivas que resultan en ratios mayores al 100 %.

En la mayoría de los países los trabajadores reciben un monto acumulado de pensiones que supera el monto de aportes acumulados. Este patrón es más pronunciado para las mujeres y, muy especialmente, para los cuentapropistas.

38. En el caso de Brasil, estos cálculos corresponden a las nuevas reglas de jubilación y aportes establecidas en la reforma de 2019.

Cuadro 3.6

Ratio entre el total de prestaciones y contribuciones para asalariados y cuentapropistas, 2020 y proyecciones para 2065

	Años de contribución		Asalariados		Independientes	
			2020	Extra en 2065	2020	Extra en 2065
Argentina	Siempre	Hombre	94,4	14,4	570,8	87,3
		Mujer	129,0	15,0	746,2	86,9
	Mínimo	Hombre	113,3	17,3	864,4	132,3
		Mujer	142,8	16,6	1003,1	116,8
Brasil	Siempre	Hombre	87,0	9,9	737,5	83,5
		Mujer	98,2	11,1	802,6	90,9
	Promedio	Hombre	92,3	10,4	1671,2	189,2
		Mujer	119,1	13,5	2249,6	254,7
Chile	Siempre	Hombre	117,0	6,3	139,3	9,2
		Mujer	143,2	8,2	134,9	14,3
	Promedio	Hombre	133,8	8,4	307,3	38,9
		Mujer	135,2	14,4	815,4	86,8
Colombia (BD)	Siempre	Hombre	266,7	24,2	543,0	49,3
		Mujer	289,3	24,8	1110,4	95,0
	Promedio	Hombre	279,9	25,4	911,5	82,8
		Mujer	312,7	26,8	2233,8	191,2
Colombia (CD)	Siempre	Hombre	135,1	11,3	664,4	59,4
		Mujer	174,2	13,9	1513,4	128,5
	Promedio	Hombre	203,4	17,5	1243,4	112,0
		Mujer	284,5	23,4	3040,1	259,2
Ecuador	Siempre	Hombre	503,1	63,5	382,2	48,0
		Mujer	534,1	58,6	604,2	66,3
	Mínimo	Hombre	495,2	62,2	382,5	48,1
		Mujer	528,3	58,0	565,1	62,0
México	Siempre	Hombre	107,9	12,3	n.a.	n.a.
		Mujer	135,7	14,0	n.a.	n.a.
	Mínimo	Hombre	194,6	23,5	n.a.	n.a.
		Mujer	235,8	27,1	n.a.	n.a.
Perú (BD)	Siempre	Hombre	90,2	13,2	167,2	24,4
		Mujer	112,1	15,0	218,7	29,2
	Promedio/Mínimo	Hombre	142,0	20,7	227,7	33,3
		Mujer	231,9	31,0	285,1	38,1
Perú (CD)	Siempre	Hombre	100,0	0,0	108,9	14,6
		Mujer	100,0	0,0	169,5	21,5
	Mínimo	Hombre	100,0	5,3	239,9	33,8
		Mujer	149,6	18,8	374,1	48,8
Panamá	Siempre	Hombre	159,8	11,5	n.a.	n.a.
		Mujer	198,2	12,4	n.a.	n.a.
	Mínimo	Hombre	247,2	17,8	n.a.	n.a.
		Mujer	255,1	16,9	n.a.	n.a.
Uruguay	Siempre	Hombre	97,7	11,8	495,7	60,0
		Mujer	96,9	10,0	420,9	43,6
	Mínimo	Hombre	107,1	13,0	571,1	69,2
		Mujer	109,0	11,3	564,5	58,5

Notas: Se proporcionan datos separados para beneficio definido (BD) y contribución definida (CD) en los casos de Colombia y Perú. Los ratios de BD en este último país corresponden al promedio de años de aporte en el caso de los asalariados y al mínimo de años de aporte en el caso de los independientes. n.a. indica que el dato no aplica.

Fuente: Elaboración propia con base en Allub, Alves y López (2020).

La tercera conclusión es que, en todos los países, los ratios de los trabajadores por cuenta propia están tremendamente desbalanceados. Dado que, como se vio en el apartado de suficiencia, las tasas de reemplazo para estos trabajadores están en rangos relativamente razonables, lo explosivo de los ratios se debe a que los aportes de estos trabajadores son muy bajos.

En cuarto lugar, y como preámbulo de las simulaciones sobre el impacto agregado del envejecimiento en el déficit de los sistemas de pensiones, el Cuadro 3.6 muestra que el ratio entre prestaciones y contribuciones crece significativamente en todos los países cuando se utiliza la esperanza de vida que las Naciones Unidas proyectan para 2065. El aumento del ratio hacia 2065 surge de la multiplicación del incremento de la esperanza de vida con los montos existentes de las jubilaciones, lo que implica que aquellos regímenes que tienen actualmente ratios más desequilibrados tendrán también un mayor aumento de los mismos hacia 2065. Tomando el caso de los asalariados, donde las magnitudes son más manejables, los países con ratios más equilibrados en la actualidad (Brasil, Chile, el componente de contribución definida de Perú y Uruguay) tienen incrementos hacia 2065 de aproximadamente 10 puntos porcentuales (magnitud de todos modos significativa), mientras que los países con ratios más desequilibrados (Ecuador y el componente de beneficio definido de Colombia) muestran incrementos de más de 25 puntos.

Sostenibilidad financiera y envejecimiento

Para analizar los efectos agregados del envejecimiento en la sostenibilidad financiera de los países de la región, se presenta a continuación un escenario fiscal simulado. Dicho escenario toma los valores de salarios, pensiones y cobertura de aportes y pensiones por edad y sexo observados en 2015 y los cruza con las proyecciones de población por edad y sexo de las Naciones Unidas hasta 2065.³⁹ Algunos países, como México, Panamá y Uruguay, tuvieron reformas importantes en las últimas décadas, y por tanto las pensiones observadas en la actualidad corresponden, en parte, a regímenes que no estarán vigentes en 2065. El ejercicio de simulación toma en cuenta este elemento, calculando las pensiones a 2065 en base al régimen vigente en la actualidad. Los resultados de esta estimación responden entonces a la pregunta de cuáles serían los ingresos y gastos de los sistemas de pensiones en 2065 si el diseño institucional se mantuviera en su estado actual.⁴⁰

El Gráfico 3.13 presenta la variación simulada de los ingresos, los gastos y los resultados fiscales para los distintos países entre 2015 y 2065. Si bien el gráfico muestra diferencias muy importantes en la evolución de estos indicadores entre los distintos países, una primera conclusión general es que los cambios en los gastos son la fuerza dominante y los cambios en los ingresos tienen un rol menor para explicar el cambio en el resultado fiscal. La principal razón detrás de dicho predominio es que las magnitudes de los aumentos en la proporción de población mayor de 65 años son muy superiores a las magnitudes de reducción de la proporción de población activa. Mientras que el incremento promedio en la primera

39. En Daude y Pena (2020) se presenta en detalle esta metodología de simulación.

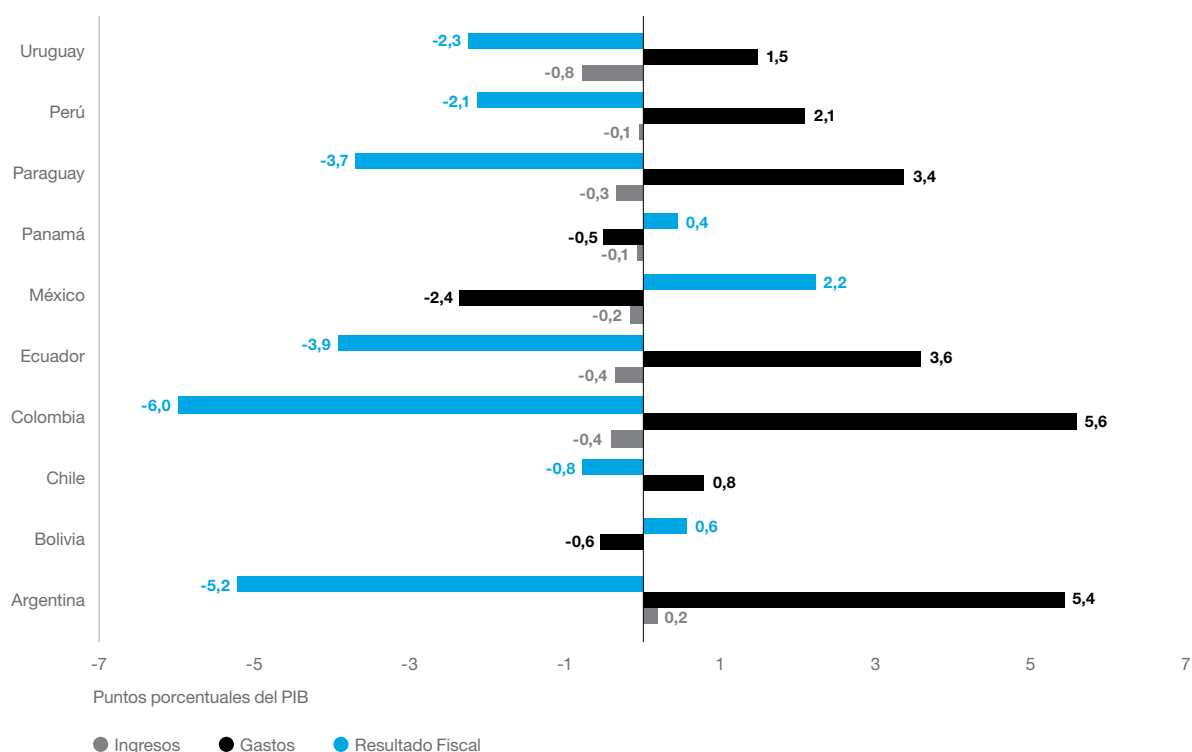
40. La metodología de construcción de escenarios a futuro es de simulación contable (no conductual) y agregada, en el sentido de que no incorpora simulaciones a nivel individual. Este tipo de metodología ha sido utilizada previamente, por ejemplo, en FMI (2018b) y en Izquierdo, Pessino y Vuletin (2018).

proporción es de 15,1 puntos porcentuales, la reducción promedio de la segunda es de 4,8 puntos (ver detalle por país en el Cuadro A 3.1 del Apéndice).⁴¹

Los resultados en el Gráfico 3.13 permiten distinguir claramente dos grupos de países según la evolución del déficit de sus sistemas de pensiones hacia 2065.⁴² Por un lado, en Argentina, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay, el envejecimiento incrementa el déficit de los sistemas de pensiones de forma significativa. Dentro de este primer conjunto de países, Argentina y Uruguay tienen los menores incrementos en la proporción de población de más de 65 años mientras que Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú presentan los mayores incrementos (ver Cuadro A 3.4 en el Apéndice). Por tanto, la explosión del gasto en los primeros se asocia en mayor medida al carácter relativamente generoso de sus sistemas, mientras que en los segundos tiene mayor relevancia el factor demográfico.

Gráfico 3.13

Variación de los ingresos, los gastos y el balance previsional en función del envejecimiento demográfico entre 2015 y 2065



Notas: El eje horizontal mide la diferencia (en puntos porcentuales del PIB) de los gastos, los ingresos y el balance previsional de los sistemas de pensiones entre los años 2015 y 2065. Los egresos incluyen pensiones contributivas y no contributivas.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de IERAL (2020).

41. El único país donde la evolución de los ingresos tiene una mayor importancia es Uruguay, que, con tasas de formalidad y de aporte relativamente elevadas y una caída importante de la proporción de población activa, tiene una disminución proyectada de los ingresos de 0,8 puntos del PIB.

42. No se incluye en este ejercicio a Brasil debido a que recientemente aprobó una importante reforma y nuestra metodología se basa fuertemente en las pensiones observadas en los últimos años.

El segundo grupo de países está conformado por Bolivia, Chile, México y Panamá y se caracteriza por no presentar problemas de sostenibilidad financiera hacia 2065. La evolución del resultado fiscal en estos países muestra variaciones negativas leves en el caso de Chile e incluso variaciones positivas en los casos de Bolivia, México y Panamá. Retomando el análisis de los determinantes del nivel de gasto actual en los distintos países, la arquitectura de capitalización individual de Bolivia, Chile y México, como ya se señaló, implica que estos países enfrentan pocos riesgos de sostenibilidad financiera. En el caso de Panamá, la introducción de un sistema mixto en la reforma de 2005 explica que el gasto simulado hacia 2065 sea levemente menor al observado en 2015.

Recomendaciones de política para el diseño de los sistemas de pensiones

En este último apartado, se retoma la evaluación conjunta de las tres dimensiones de la sostenibilidad de los sistemas de pensiones de los países analizados y se consideran posibles cambios en el diseño institucional de los mismos. Este análisis toma como dadas, en buena medida, la arquitectura general de las pensiones de cada país, la institucionalidad de supervisión y gestión de los sistemas, y la economía política de las reformas (algunos de estos temas serán analizados en el Capítulo 5).

Como se ha visto en el presente capítulo, los desafíos de los sistemas de pensiones varían enormemente dentro de la región y, por lo tanto, distintos países requieren distintas respuestas de política. Teniendo en cuenta el marco conceptual establecido en el Capítulo 1, el diseño del sistema de pensiones debe incorporar los incentivos que las distintas alternativas de diseño proporcionan a los trabajadores. Los dos aspectos más relevantes en materia de incentivos para el diseño de los sistemas de pensiones son la realización o no de aportes (y cuánto aportar) por parte de los diferentes tipos de trabajadores durante su vida activa y la decisión de cuándo retirarse. Considerar estos incentivos implica evaluar los costos y beneficios que las distintas alternativas de diseño suponen para las decisiones relativas a los aportes y la postergación o no de la jubilación que toman los trabajadores. Estos dos aspectos de los incentivos estarán por tanto presentes de forma transversal en la discusión de políticas que sigue.

En la realización de aportes y la edad de retiro, influyen numerosos aspectos de diseño institucional que trascienden el sistema de pensiones. En particular, resulta de primer orden el funcionamiento del mercado laboral, con sus regulaciones y sus dinámicas de creación y destrucción de empleo. Si bien este capítulo se centra en el diseño del sistema de pensiones, es importante tener en cuenta en el análisis que las regulaciones del mercado laboral restringen las opciones de diseño en algunos casos.

Dados los dos objetivos de los sistemas de pensiones y los aspectos de incentivos antes mencionados, la propuesta general del capítulo para los sistemas de pensiones de los países de la región se estructura a partir de tres elementos generales.

El primer elemento responde al objetivo de disminución de la pobreza y consiste en que los sistemas de pensiones provean un ingreso mínimo suficiente para todos los adultos mayores con cierto criterio de edad y de residencia en el país.⁴³ En la práctica, la cobertura universal con un ingreso mínimo suficiente puede alcanzarse con distintos diseños. El caso más simple es el de una pensión no contributiva universal, como la que existe en Bolivia. Pero este primer elemento también puede alcanzarse si existe una pensión no contributiva para aquellos adultos mayores que no poseen una pensión contributiva, esquema que, como se vio en el Cuadro 3.1, ya existe en la mayoría de los países de la región.

Los sistemas de pensiones deberían garantizar un mínimo de ingreso para todos los adultos mayores.

El segundo elemento responde al objetivo de ahorro o aseguramiento e incorpora además los aspectos de incentivos antes mencionados, que resultan críticos para alcanzar niveles de aportes que den sostenibilidad financiera a los sistemas. Este segundo elemento propone que exista la obligación de realizar aportes para todas las categorías de trabajadores (asalariados, cuentapropistas y patrones) y que el monto de las pensiones se incremente de acuerdo a la cuantía de los aportes realizados por el trabajador durante toda su vida. El monto de estas pensiones, que se incrementan en función de los ahorros que realizó el trabajador y que, por tanto, tienen por definición una naturaleza contributiva, debe cumplir con tres condiciones. Primero, la existencia de la pensión mínima detallada en el primer componente hace que, para que existan incentivos a aportar, el nivel mínimo de estas pensiones contributivas debe ser superior al de la pensión mínima establecida en el primer elemento. Segundo, la relación entre el importe de la pensión y el monto de las contribuciones debe ser tal que provea suficientes incentivos para aportar. Tercero, el nivel mínimo de estas pensiones contributivas y su razón de incremento respecto a los aportes deben permitir que exista un equilibrio financiero entre aportes y prestaciones, de forma que garanticen la sostenibilidad financiera del sistema.

El tercer elemento introduce dos herramientas muy utilizadas por los distintos países de la región como requisito para acceder a estas pensiones contributivas: los años mínimos de aporte y la edad mínima de retiro. Estas herramientas son necesarias para reforzar los incentivos a aportar y así contribuir a la sostenibilidad financiera de los sistemas, en un contexto en que la existencia de la pensión mínima puede inducir a muchos individuos a contribuir al sistema pocos años o a retirarse más temprano.

A continuación, se exponen las implicancias de estos tres elementos en los distintos países enfocándonos en cinco aspectos del diseño de la política de pensiones: la edad de retiro mínima y los incentivos a postergar la edad de jubilación; los años mínimos de aporte; el monto de las pensiones contributivas; los aportes de los asalariados y trabajadores por cuenta propia, y, por último, el monto y la cobertura de las pensiones no contributivas.

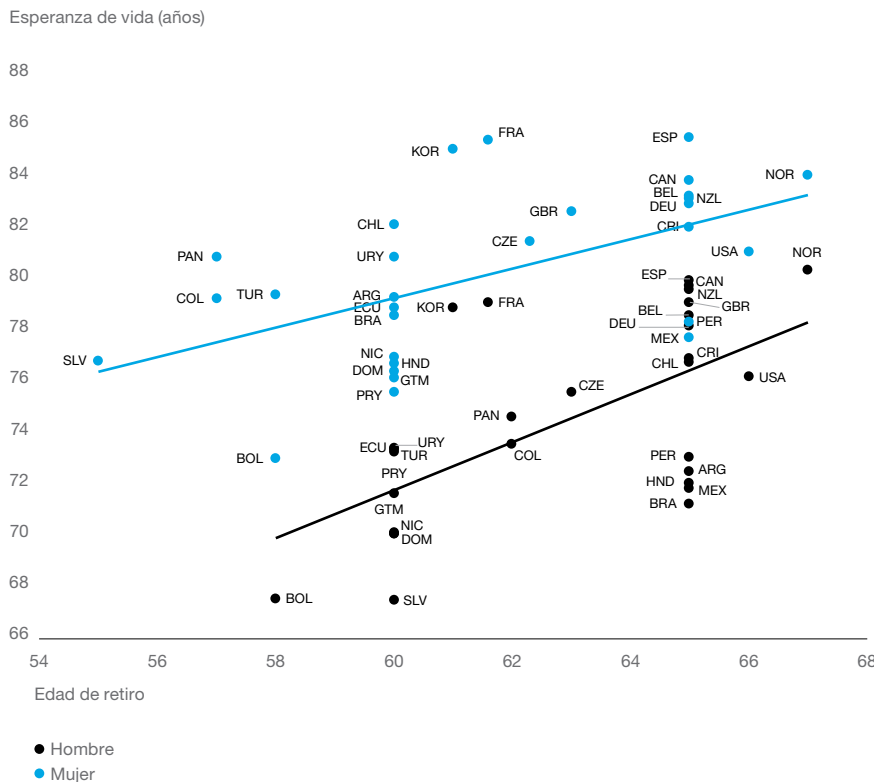
43. Este criterio es promovido, por ejemplo, por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y sus recomendaciones sobre pisos de protección social (OIT, 2012) y por el Banco Mundial y su propuesta de pilares múltiples (Holzmann y Hinz, 2005). Ambas instituciones han plasmado el acuerdo en este componente en la nota conceptual "Misión común en pro de una protección social universal" (OIT y Banco Mundial, 2015).

Edad de retiro: mínimos e incentivos para postergarla

Las edades de jubilación son un factor de primer orden para la sostenibilidad financiera de los sistemas en contextos de envejecimiento. Postergar un año la edad de retiro supone un año adicional de aportes y un año menos de pago de pensiones. Esta lógica implica que, a medida que los países envejecen y la esperanza de vida aumenta, mantener la sostenibilidad financiera para determinados niveles de cobertura y suficiencia requiere que las edades efectivas de jubilación se vayan incrementando. A su vez, como se vio en el Capítulo 2, el envejecimiento puede suponer una extensión del potencial de productividad de los trabajadores en relación con su edad, lo que posibilita el aumento de las edades de retiro.

Gráfico 3.14

Esperanza de vida y edades mínimas de retiro según el sexo del trabajador



Fuente: Elaboración propia con base en IERAL (2020).

La edad mínima de jubilación es un primer factor que afecta las edades de retiro efectivamente observadas, en cuanto define a partir de qué año los individuos pueden cesar su actividad laboral. El Gráfico 3.14 muestra las edades mínimas

de retiro y la esperanza de vida para varones y mujeres en la región y en un conjunto de países seleccionados a modo de comparación. Considerando todos los países del gráfico, en general existe una correlación positiva entre ambas variables, de manera que los países que tienen mayor esperanza de vida presentan también mayores edades mínimas de retiro. Esta correlación se cumple normalmente para América Latina, en especial, en el caso de edades mínimas de jubilación para los varones, que en la mayoría de los países de la región es de 65 años, lo que, a su vez, es la edad más común entre los países desarrollados. Los casos de Ecuador, Paraguay y Uruguay constituyen excepciones, con edades de retiro mínimas bajas considerando su esperanza de vida; por lo tanto, incrementarlas podría ser una opción de política relevante para ellos. Dentro del conjunto de países demográficamente más jóvenes, como Bolivia, El Salvador, Guatemala o Nicaragua, las edades mínimas relativamente bajas pueden no ser problemáticas en el presente, pero deberían irse incrementando en el futuro en función del envejecimiento.

Un aspecto en el que varios de los países de la región se distinguen de otros fuera de ella es que tienen edades mínimas de retiro bastante más bajas para las mujeres que para los varones. Este es el caso de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Panamá. La opción de política para estos países consiste entonces en converger hacia edades mínimas de retiro similares para ambos sexos, como es común en la mayoría de los países desarrollados.

Varios países tienen edades mínimas de retiro bajas dada su esperanza de vida, en especial para las mujeres.

En los países donde las edades mínimas de jubilación son relativamente bajas, tanto en general para los varones y las mujeres (Ecuador, Paraguay y Uruguay) como en particular para las mujeres (Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Panamá), cabe preguntarse cuán potente puede resultar el incremento de la edad mínima de retiro en términos de equilibrar las finanzas de sus sistemas de pensiones. Nuestra herramienta de simulación del ratio actuarial de las prestaciones en relación con las contribuciones nos permite contestar a esta pregunta. El Cuadro 3.7 indica que postergar un año el retiro efectivamente reduce dicho ratio en magnitudes que en la mayoría de los países oscilan entre 5 y 10 puntos porcentuales para asalariados y en torno a 40 puntos para los trabajadores por cuenta propia. Dicha reducción ocurre en todos los países excepto en Uruguay, donde, como muestra el Cuadro A 3.5 del Apéndice, existe un fuerte premio a la postergación de la edad de retiro más allá del mínimo. Estos resultados confirman, por tanto, el importante potencial que tiene la herramienta de la edad de retiro mínima para incidir en la sostenibilidad financiera de los sistemas.

Una vez que la edad mínima de retiro define a partir de qué años las personas pueden jubilarse, y asumiendo que se alcanzan los periodos mínimos de aporte (ver el apartado siguiente), los distintos sistemas de pensiones difieren en los incentivos que tienen los trabajadores para elegir el momento de retirarse. Esto nos lleva al segundo elemento de la propuesta general detallada al comienzo de este apartado, que se refiere a la relación entre los importes de las pensiones y los montos de los aportes.

Cuadro 3.7

Efecto en el ratio de prestaciones sobre contribuciones de postergar un año el retiro

	Contribuye		Asalariados		Independientes	
			Retiro en edad mínima	Un año adicional	Retiro en edad mínima	Un año adicional
Argentina	Siempre	Hombre	94,4	-5,8	570,8	-30,3
		Mujer	129,0	-7,7	746,2	-39,2
	Mínimo	Hombre	113,3	-4,4	864,4	-54,7
		Mujer	142,8	-5,9	1003,1	-60,4
Brasil	Siempre	Hombre	87,0	-4,9	737,5	-36,3
		Mujer	98,2	-5,9	802,6	-40,7
	Promedio	Hombre	92,3	-3,0	1671,2	-110,5
		Mujer	119,1	-3,7	2249,6	-203,2
Chile	Siempre	Hombre	117,0	-2,5	139,3	-3,7
		Mujer	143,2	-3,9	134,9	-6,5
	Promedio	Hombre	133,8	-1,5	307,3	-12,6
		Mujer	135,2	-5,8	815,4	-32,3
Colombia (BD)	Siempre	Hombre	266,7	-16,8	543,0	-30,4
		Mujer	289,3	-17,8	1110,4	-58,7
	Mínimo	Hombre	279,9	-13,4	911,5	-61,8
		Mujer	312,7	-16,5	2233,8	-165,0
Colombia (CD)	Siempre	Hombre	135,1	-7,0	664,4	-31,2
		Mujer	174,2	-9,1	1513,4	-79,6
	Promedio	Hombre	203,4	-12,9	1243,4	-83,8
		Mujer	284,5	-19,6	3040,1	-224,0
Ecuador	Siempre	Hombre	503,1	-38,2	382,2	-28,2
		Mujer	534,1	-37,9	604,2	-31,5
	Mínimo	Hombre	495,2	-33,9	382,5	-25,0
		Mujer	528,3	-34,5	565,1	-33,6
México	Siempre	Hombre	107,9	-7,1	n.a.	n.a.
		Mujer	135,7	-6,1	n.a.	n.a.
	Mínimo	Hombre	194,6	-13,1	n.a.	n.a.
		Mujer	235,8	-15,5	n.a.	n.a.
Perú (BD)	Siempre	Hombre	90,2	-4,9	167,2	-8,5
		Mujer	112,1	-7,0	218,7	-15,9
	Promedio	Hombre	142,0	-9,8	227,7	-21,5
		Mujer	231,9	-18,9	285,1	-21,4
Perú (CD)	Siempre	Hombre	100,0	0,0	108,9	-5,2
		Mujer	100,0	0,0	169,5	-8,1
	Mínimo	Hombre	100,0	0,0	239,9	-17,8
		Mujer	149,6	-10,2	374,1	-28,7
Panamá	Siempre	Hombre	159,8	-6,4	n.a.	n.a.
		Mujer	198,2	-9,1	n.a.	n.a.
	Mínimo	Hombre	247,2	-9,3	n.a.	n.a.
		Mujer	255,1	-2,4	n.a.	n.a.
Uruguay	Siempre	Hombre	97,7	0,8	495,7	1,8
		Mujer	96,9	0,2	420,9	-21,6
	Mínimo	Hombre	107,1	1,0	571,1	2,0
		Mujer	109,0	0,3	564,5	-34,3

Notas: n.a. indica que el dato no aplica.

Fuente: Elaboración propia con base en Allub, Alves y López (2020).

El incremento de las edades mínimas de retiro tiene impactos cuantitativamente significativos sobre el equilibrio actuarial entre prestaciones y contribuciones.

En lo que respecta a los incentivos para la decisión de cuándo retirarse, es importante que los sistemas no desincentiven la postergación de la edad de retiro más allá de la edad mínima. Asimismo, la relación entre la mayor pensión por trabajar un año más y los aportes adicionales que el trabajador realice durante ese año extra debe ser equilibrada, de forma que no perjudique las finanzas de los sistemas. Por lo tanto, en los países que tienen una edad mínima razonable para su esperanza de vida, como Costa Rica, México o Perú para varones y mujeres, y Argentina, Brasil y Chile para los varones, el diseño de los sistemas debería apuntar a que un año adicional no tenga mayor impacto ni al alza ni a la baja sobre el ratio de las prestaciones con relación a las contribuciones.

El impacto negativo en el ratio de prestaciones sobre contribuciones en casi todos los países, reflejados en el Cuadro 3.7, implica que el monto que reciben los trabajadores en concepto de pensiones con relación a lo que aportaron se reduce si deciden trabajar un año más, lo que indica que se incentiva el retiro a la edad mínima de jubilación. Este resultado guarda relación con varios aspectos de la forma de cálculo de las pensiones que se han repasado a lo largo del capítulo. Por un lado, en los casos de regímenes con beneficio definido, los incrementos de las pensiones por un año adicional de contribución rondan entre el 1 % y el 2 % (ver el Cuadro A 3.5 en el Apéndice), magnitudes que se muestran bajas de acuerdo a nuestros supuestos de una tasa de descuento del 2,5 % y de retorno de activos financieros del 3,5 %. El sistema de Uruguay, el único país que parece recompensar la postergación del retiro, tiene un premio explícito por retrasar la jubilación que no tienen otros regímenes, y que es adicional a lo recibido por años de aporte, que sí tienen todos los países. En Chile y México, con regímenes de capitalización que *a priori* se caracterizarían por ratios equilibrados independientemente de la edad de jubilación, la existencia de subsidios y pensiones mínimas hacen que los ratios también disminuyan con la postergación del retiro, ya que un año más de trabajo supone un año adicional de aportes, pero no necesariamente una mayor pensión, al menos en los casos analizados en el Cuadro 3.7.⁴⁴

Retomando el segundo elemento de la propuesta general de diseño de los sistemas de pensiones planteada al comienzo del apartado, la recomendación específica en este caso es que los países eviten tener contingentes importantes de trabajadores que queden en una situación que incentive a jubilarse de forma temprana. En los casos en que no sea viable, ya sea por razones de sostenibilidad financiera (no es posible ofrecer un mayor monto) o razones de diseño, el establecimiento de una edad de retiro mínima cubrirá parte de este problema de incentivos.

44. Para el caso de México, por ejemplo, dicha pensión mínima implica que los trabajadores con menos ingresos tienen incentivos a retirarse lo antes posible, ya que, de seguir trabajando, realizarán aportes sin aumentar su pensión (Aguila, 2014). Algo similar ha sido documentado para el caso de España (Jiménez-Martín y Sánchez Martín, 2007).

Años mínimos de aporte

El tercer elemento de nuestra propuesta general para el diseño de los sistemas de pensiones indica que los años de aporte mínimos pueden ser una herramienta válida, junto con la edad de retiro mínima, para proveer incentivos a aportar y garantizar la sostenibilidad financiera de los sistemas. Sin embargo, como se vio en el apartado del análisis de la cobertura, en varios países de la región, los años mínimos de aporte requeridos son demasiado elevados, lo que resulta problemático debido a que disminuye el nivel de cobertura de las pensiones y lo hace de forma muy regresiva.

Otro problema derivado de que los años mínimos de aporte sean elevados es que disminuye o directamente elimina los incentivos a realizar aportes para un enorme conjunto de trabajadores activos. Por ejemplo, un trabajador con 50 años de edad y 10 años de aporte en un país que requiere un mínimo de 30 años tendrá escasos incentivos para contribuir, ya que, para jubilarse a los 70 años, debería aportar de forma continua durante el resto de su vida laboral, algo poco probable dados sus antecedentes. Con base en los datos de registros administrativos disponibles, se estima que los trabajadores que a los 50 años ya no pueden alcanzar el mínimo, incluso si aportan de forma continua, representan casi la mitad de los asalariados argentinos del sector privado y casi un cuarto de los trabajadores uruguayos.⁴⁵ En cambio, este fenómeno tiene una incidencia menor en Ecuador y Brasil; en el primer caso, porque el mínimo de años de aporte a los 70 es de solo 10 años y, en el segundo, debido a una combinación de mínimos significativamente más bajos que en Argentina (15 años para las mujeres y 20 los varones) y a tasas de formalidad más altas.

Al retomar la información sobre años mínimos de aporte en los distintos países del Cuadro 3.2 (ver pág. 179), se puede observar que, por un lado, Argentina y Uruguay son los casos con años de aporte mínimos más elevados.⁴⁶ Por otro lado, las circunstancias en Colombia, Paraguay y Perú también son preocupantes dada su combinación de tasas de informalidad laboral y años mínimos de contribución elevados. La recomendación de política en estos países pasa entonces por reducir los años mínimos de aporte.

Montos de las pensiones contributivas

Los lineamientos para los montos de las pensiones contributivas fueron establecidos por el segundo elemento general al comienzo de este apartado. El monto debe ser siempre superior al de la pensión mínima no contributiva, y la razón del incremento de la pensión respecto a los aportes debe incentivar a contribuir durante toda la vida laboral sin amenazar la sostenibilidad financiera del sistema contributivo. Como se vio en los apartados de suficiencia y de sostenibilidad financiera, los desafíos en materia de políticas en cuanto a los montos de los regímenes de pensiones varían según el tipo de sistema. En general, los sistemas de beneficio definido tienen pensiones demasiado elevadas en relación con los aportes y suponen problemas de

45. Para mayor detalle sobre estos cálculos, ver Alves, Brassiolo y Martínez-Correa (2020).

46. El requerimiento de un mínimo de años de aporte elevado hace que se generen soluciones ad-hoc para los trabajadores que no alcanzan el mínimo. Este fue el caso de las moratorias previsionales en Argentina y también ha ocurrido en Uruguay. Este tipo de soluciones introducen incentivos adversos para la formalidad.

sostenibilidad financiera, mientras que las pensiones de los sistemas de contribución definida son excesivamente bajas y plantean problemas de suficiencia.

Lo elevado de las tasas de reemplazo de los sistemas de beneficio definido es uno de los hechos estilizados más establecidos sobre los sistemas de pensiones en la región. Como se señaló al comienzo, una dificultad de este tipo de sistemas en el contexto del envejecimiento es que no tienen mecanismos de ajuste automático de los montos de las pensiones. Mientras que el aumento de la esperanza de vida reduce automáticamente el monto mensual de las pensiones en los regímenes de contribución definida, esto no sucede en los regímenes de beneficio definido. El desafío de los sistemas de beneficio definido, por tanto, no es solo bajar las tasas de reemplazo actuales, sino también introducir mecanismos de ajuste automático que vinculen el monto de los beneficios con la evolución de la esperanza de vida del país. Si bien, en principio, no hay ningún impedimento para que la fórmula de cálculo de beneficio definido se ajuste de forma automática según la evolución de la esperanza de vida, la experiencia internacional indica que el ajuste se ha realizado principalmente mediante la introducción de componentes de contribución definida o versiones híbridas, como cuentas nocionales o sistemas de puntos (OCDE, 2011).

Los sistemas de beneficio definido enfrentan el desafío de cómo ajustar sus montos de forma tal que el envejecimiento no cuestione su sostenibilidad financiera.

El otro hecho estilizado fuertemente establecido en la región es que los sistemas de contribución definida tienen tasas de reemplazo demasiado bajas. La solución a este problema requiere, además de aumentar las tasas de las contribuciones en algunos países donde son insuficientes, subsidiar a los trabajadores de bajos ingresos, complementando el monto de la anualidad proveniente de la capitalización. Tanto Bolivia como Chile han realizado avances en este sentido con la introducción de componentes no contributivos a las pensiones que no alcanzan determinados mínimos. Los montos de las pensiones en algunos sistemas de capitalización en la región también han sufrido debido a la existencia de comisiones altas por parte de los fondos de pensiones, lo que se ha asociado al escaso conocimiento financiero de los contribuyentes, que los hace reaccionar poco a las elevadas comisiones y permite mercados con altas rentas para las administradoras.⁴⁷

Un desafío común en términos de incentivos a aportar en todos los tipos de regímenes contributivos es que los trabajadores comprendan bien el funcionamiento del sistema y, por tanto, entiendan las consecuencias de sus decisiones en cuanto a los aportes sobre su pensión futura. Esto generalmente requiere una combinación de diseños relativamente simples y que los sistemas inviertan en estrategias de comunicación e información. Otro desafío relacionado es que los sistemas sean previsibles para no agregar incertidumbre respecto a las consecuencias futuras de las decisiones de aporte. Esto hace recomendable evitar que aspectos críticos, como los años mínimos de retiro o los montos de las pensiones (o sus incrementos anuales), dependan de decisiones administrativas del gobierno de turno o estén sujetos a revisiones frecuentes.

47. Para el caso de México, Aguila, Hurd y Rohwedder (2014) muestran que las comisiones de administración promedio reducen el monto de los fondos de pensiones individuales en un 6 %, comparado con las comisiones mínimas. Hastings, Hortaçsu y Syverson (2017) explican que la combinación de medidas que aumentan la sensibilidad de los consumidores a las comisiones (como, por ejemplo, medidas de educación financiera) junto con la participación de un actor público que opere con menores comisiones pueden ser muy efectivas para bajar los montos de las comisiones y así incrementar el importe de las pensiones. Sin embargo, introducir solo al actor público no resulta efectivo, ya que las administradoras privadas podrían seguir explotando los segmentos de población poco sensibles al precio de las comisiones.

Aportes de trabajadores asalariados y por cuenta propia

Como mostró el Gráfico 3.11, existe margen para un aumento de las tasas de aporte de los asalariados donde estas son muy bajas, especialmente en Guatemala, Honduras y Trinidad y Tobago. Asimismo, en México y Chile el aumento de las tasas de aporte parece una condición necesaria para mejorar los niveles de suficiencia de las pensiones de capitalización individual.⁴⁸ Por otro lado, en algunos países, las tasas de aporte de asalariados son ya más altas que el promedio de la OCDE y por tanto el margen para incrementarlas puede ser reducido. Este es el caso de Argentina, Brasil y Uruguay. Dado que estos países figuran entre los que enfrentan mayores desafíos de sostenibilidad financiera, la introducción de reformas que mejoren el equilibrio financiero deberá apoyarse principalmente en la contención del gasto.

Los sistemas de pensiones tradicionales se diseñaron bajo una concepción donde la forma principal de trabajo era la del trabajo asalariado. De esta manera, el empleador era el responsable de realizar los aportes por sus empleados. Sin embargo, como se expuso en el Capítulo 2, América Latina tiene dos rasgos que afectan este sistema: las elevadas tasas de informalidad, que imposibilitan al Estado recaudar los aportes y contribuciones de esos empleados, y el elevado número de trabajadores por cuenta propia, que, en general, no están contemplados en los diseños tradicionales. Estos dos rasgos implican que una gran cantidad de trabajadores encuentra dificultades para alcanzar los requisitos de años mínimos de aportes o los montos aportados son insuficientes, poniendo en riesgo la cobertura, la suficiencia o la sostenibilidad de los sistemas de los distintos países.

Los trabajadores por cuenta propia presentan un desafío adicional para el diseño de los sistemas de pensiones por su gran heterogeneidad. Por un lado, están los cuentapropistas profesionales, que tienen ingresos medios y altos y, en muchos casos, pueden alternar su desempeño entre modalidades asalariadas e independientes. Por otro lado, están los empresarios pequeños que llevan adelante algún emprendimiento de subsistencia. Finalmente, están los empresarios que contratan trabajadores y poseen cierta capacidad de ahorro. El diseño del sistema de pensiones presenta desafíos de incentivos muy distintos para estos tres tipos de trabajadores. En lo que respecta a los cuentapropistas profesionales, es clave que el diseño del sistema de pensiones no favorezca el aporte como asalariado sobre la cuenta propia o viceversa. En cuanto a los emprendimientos de subsistencia, los montos de los aportes deben ser bajos y los procedimientos administrativos suficientemente simples para favorecer su inclusión. En estos casos, al igual que con los asalariados de bajos ingresos, puede ser deseable que el Estado subsidie o complemente parte de los aportes de estos trabajadores. Por otro lado, en el caso de los pequeños y medianos empresarios, los aportes y procedimientos administrativos del sistema de pensiones no deben convertirse en un obstáculo insalvable para operar en la formalidad.

Otro aspecto relevante para el diseño del sistema de pensiones de los trabajadores por cuenta propia es la dificultad para determinar su ingreso. En general, es muy difícil establecer cuál es el ingreso neto de un cuentapropista (después de

48. Al momento de cierre de este documento, el gobierno de México ha presentado una propuesta para elevar esta tasa de aportes de 6,5 % a 15 % en un período de 8 años.

deducir los gastos de operación) y qué parte de ese ingreso se debería considerar retribución al trabajo y qué parte retribución al capital.

Dada la gran heterogeneidad dentro del grupo de trabajadores por cuenta propia, resulta muy difícil diseñar un sistema que contemple las distintas realidades y alinee los incentivos. Este problema no es particular de América Latina (ver OCDE, 2019a o Karpowicz, 2019 sobre el caso de los Países Bajos). Sin embargo, como se mencionó anteriormente, los trabajadores por cuenta propia representan una porción significativa de los trabajadores activos en la región y, por lo tanto, esto vuelve necesario encontrar una solución.

El aporte obligatorio y los regímenes simplificados han sido herramientas exitosas para aumentar la proporción de cuentapropistas que realizan aportes.

La evidencia sobre políticas eficaces para incluir a los trabajadores por cuenta propia no es extensa. Un primer aspecto que se resalta es que la obligatoriedad de los aportes podría ser una herramienta útil para sumar a este tipo de trabajadores a los sistemas de pensiones. Por ejemplo, la introducción de regímenes obligatorios especiales para los trabajadores por cuenta propia en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay logró incrementar la proporción de aportantes dentro de este grupo poblacional. Esta experiencia podría ser tenida en cuenta en los países donde los aportes de los trabajadores por cuenta propia aún no son obligatorios (Bolivia, México, Paraguay o Perú) y plantearse esa opción. Un segundo aspecto a resaltar es que parte del éxito de la experiencia de Argentina, Brasil y Uruguay se debió a la reducción de los costos de contribuir mediante simplificaciones administrativas que unificaron los aportes a los sistemas de pensiones junto con el resto de los impuestos. La disminución de los costos administrativos asociados al pago de contribuciones para la jubilación es entonces una segunda recomendación para aquellos países que tienen una proporción muy baja de trabajadores por cuenta propia realizando estos aportes.

En cuanto al monto de los aportes por parte de los trabajadores por cuenta propia, como se dijo antes, su cuantía es la causa principal detrás de ratios entre prestaciones y contribuciones tremendamente desequilibrados para estos trabajadores. Esto podría incentivar la adopción preferente de formas de trabajo independientes sobre las asalariadas, agravando así los problemas de sostenibilidad financiera de los sistemas. El diseño de los aportes debería procurar la neutralidad entre ambas formas de trabajo. De ser necesaria la implementación de subsidios a las contribuciones para trabajadores de bajos ingresos, estos subsidios deberían existir tanto para asalariados como para cuentapropistas.

Para que la obligatoriedad sea exitosa, el Estado debe realizar cierto esfuerzo para controlar que los trabajadores por cuenta propia estén registrados en el sector formal y realicen sus aportes. Esto plantea un desafío para los Estados, porque muchos de los trabajadores cuentapropistas tienen una escala de operación muy pequeña, lo cual dificulta o vuelve no rentable la fiscalización. Sin embargo, este desafío puede tener como aliada a la tecnología, ya que tanto el uso de aplicaciones para efectuar transacciones que antes se realizaban en persona como el pago mediante medios electrónicos dejan constancia de la operación efectuada y su valor.

Como se vio en el Capítulo 2, un aspecto relevante de los trabajadores por cuenta propia en la región son las elevadas tasas de transición entre ocupaciones. Un diseño efectivo de los sistemas de pensiones debe, por una parte, permitir la portabilidad de los aportes cuando el trabajador cambia de forma de trabajo, para no

penalizar estas transiciones y, por otra parte, ayudar a que los trabajadores cumplan los requisitos de años mínimos de contribución. En este punto, nuevamente surge la necesidad de que los sistemas no beneficien una forma de trabajo sobre la otra para evitar comportamientos estratégicos en estas transiciones.

En el caso de los trabajadores cuentapropistas profesionales y empleadores que tienen capacidad de ahorro, un aspecto que podría ayudar a hacer más atractiva su contribución a los sistemas de pensiones es disponer de cierta flexibilidad en la elección y manejo de los fondos. Por ejemplo, en los Países Bajos, se ha documentado que estos trabajadores independientes prefieren sistemas de pensiones de capitalización que cuenten con varias alternativas de inversión con distintos niveles de riesgo (Karpowicz, 2019). Un sistema que asegure una pensión mínima a cambio de aportes obligatorios y tenga un componente que complemente ese ingreso de acuerdo con contribuciones voluntarias podría conciliarse con esa flexibilidad.

Cobertura y monto de las pensiones no contributivas

Como se indicó en el apartado de cobertura, la notable expansión de las pensiones no contributivas en la región en las últimas décadas ha sido clave para la reducción de los niveles de pobreza entre los adultos mayores. Los desafíos en términos del diseño de este tipo de pensiones varían según los países. Por un lado, en los sistemas que se basan fuertemente en la cobertura de este tipo de pensiones, como Bolivia y México, el desafío está en lograr los montos adecuados. Como se expuso en el apartado de suficiencia, estos países tienen montos de pensiones no contributivas relativamente bajos en el contexto regional. Por otro lado, en países que tienen niveles de cobertura de pensiones inadecuados y una elevada informalidad laboral, las pensiones no contributivas son la herramienta para incrementar la cobertura en el corto y mediano plazo, ya que la informalidad laboral limita el potencial de expansión de las pensiones contributivas, por lo menos, en el corto plazo.

Lo anterior se aplica, en especial, a República Dominicana, uno de los pocos países de la región que aún no dispone de un régimen de pensiones no contributivas. En casos como los de Colombia, Costa Rica y Perú, que ya poseen sistemas de pensiones no contributivas, existe espacio para ampliar su cobertura, ya que tienen niveles de cobertura menores al promedio esperado para su nivel de riqueza (Gráfico 3.3) y una cobertura de pensiones no contributivas por debajo del 25 % (Gráfico 3.5). Mientras que en Costa Rica las pensiones no contributivas tienen un nivel adecuado, los montos de estas pensiones en Colombia y Perú enfrentan desafíos de suficiencia. En cuanto a Chile y Panamá, se trata de países con niveles de cobertura comparativamente elevados, pero con desafíos de pobreza relativa entre los adultos mayores asociada a montos de pensiones no contributivas relativamente bajos en el contexto regional.

En cuanto a las edades de acceso a las pensiones no contributivas (ver Cuadro A 3.3 del Apéndice), todos los países tienen en general edades adecuadas, con la excepción de Bolivia y Colombia. En estos dos países, aumentar las edades de acceso a las pensiones no contributivas podría ayudar tanto a otorgar pensiones más elevadas como a proveer mayores incentivos al trabajo en el tramo de población entre 60 y 65 años.

Claves para adaptar los sistemas de pensiones ante los desafíos del envejecimiento

- 1** Los sistemas de pensiones son uno de los componentes de mayor magnitud económica dentro de los esquemas de protección social en las sociedades contemporáneas. Tienen como objetivo permitir a las personas contar con ingresos luego del retiro, a cambio de realizar aportes durante la vida laboral y evitar situaciones de pobreza en la vejez. En un contexto de envejecimiento, estos sistemas adquieren cada vez mayor importancia para el bienestar y para la sostenibilidad fiscal de los países.
- 2** En la región coexisten países con sistemas de pensiones donde predominan los componentes de reparto, como Argentina, Brasil, Ecuador y Paraguay, y países con sistemas donde predominan los componentes de capitalización, como Bolivia, Chile y México, además de aquellos con sistemas mixtos, como los de Colombia, Costa Rica, Panamá, Perú y Uruguay.
- 3** Más de 7 de cada 10 mayores de 65 años cobran una pensión en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, México, Panamá, Uruguay y Venezuela, pero solo los dos primeros países alcanzan niveles cercanos a la universalidad. En Colombia, Costa Rica, Perú y Paraguay dicha proporción se ubica entre 5 y 6 de cada 10 adultos mayores. En El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana menos de un tercio de los adultos mayores recibe una pensión.
- 4** La causa principal de la baja cobertura de las pensiones en la región es la baja proporción de trabajadores que realizan aportes al sistema de pensiones, en particular entre los cuentapropistas. Esto hace que un importante número de trabajadores no alcance el mínimo de años de contribución necesario para acceder a una jubilación, mínimo que además es demasiado elevado en varios de los países.
- 5** En un contexto de alta informalidad, es fundamental contar con una amplia cobertura y con montos de pensiones no contributivas adecuados para disminuir la pobreza en la vejez. Estos montos son aún muy bajos en varios países, en particular en Chile, Colombia, México, Panamá y Perú, mientras que países como Colombia y Perú deberían también evaluar una ampliación de la cobertura de este tipo de pensiones.
- 6** Los sistemas de pensiones de Argentina, Brasil y Uruguay tienen un elevado déficit financiero debido a su amplia cobertura, a que los montos de las pensiones superan los criterios mínimos de suficiencia y al predominio de los componentes de reparto en su arquitectura. En Brasil, se espera que la reciente reforma reduzca dicho déficit. Colombia también presenta un déficit importante, asociado a los montos relativamente elevados de su componente de reparto y a una recaudación relativamente baja debida a la informalidad. El resto de los países de la región presenta actualmente déficits de menor magnitud. En Bolivia y Chile, esto se asocia principalmente al predominio de componentes de capitalización. En países como Ecuador, Panamá, Paraguay y Perú, los déficits relativamente reducidos se asocian, en mayor o menor medida, a la baja cobertura, a los bajos montos de las pensiones y a que tienen poblaciones que aún son relativamente jóvenes.

- 7** De no mediar modificaciones en el diseño de los sistemas de pensiones, el envejecimiento incrementará fuertemente los déficits financieros de Argentina, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Dentro de los países que experimentarían aumentos del déficit de más de 4 puntos porcentuales del PIB hacia 2065, la causa principal de dicho incremento en Argentina es la generosidad de su sistema, mientras que en Colombia, Ecuador y Paraguay se debe fundamentalmente al envejecimiento previsto. En Perú y Uruguay los incrementos del déficit hacia 2065 se ubicarían entre 2 y 3,5 puntos porcentuales del PIB. El resto de los países no plantea problemas de sostenibilidad financiera severa dadas las reglas vigentes debido al predominio de los componentes de capitalización en sus sistemas.
- 8** Las eventuales reformas en los sistemas de pensiones deberían seguir tres criterios generales. Primero, que todos los adultos mayores cuenten con un ingreso mínimo, lo que en general implicará una expansión de la cobertura de las pensiones no contributivas. Segundo, que los aportes al componente contributivo sean obligatorios para todos los trabajadores, incluyendo los cuentapropistas, y que dicho componente esté equilibrado financieramente y provea incentivos a realizar aportes durante toda la vida laboral. Tercero, que las edades mínimas de retiro converjan al estándar de los 65 años tanto para varones como para mujeres y que los años mínimos de aporte no resulten excesivamente elevados.

Apéndice

Cuadro A 3.1

Años acumulados de contribución considerando solo relaciones laborales de tipo asalariado

País	Grupo	10 años	15 años	20 años	30 años
Argentina	Todos	76,5	57,8	39,3	12,8
	Varones	80,7	62,7	43,1	13,8
	Mujeres	68,5	48,4	32,1	10,9
	1er quintil	57,5	35,0	19,3	5,1
	5to quintil	83,0	77,7	46,3	14,1
Brasil	Todos	97,1	89,2	71,8	23,1
	Varones	98,1	91,6	75,4	24,2
	Mujeres	95,6	85,6	66,5	21,4
	1er quintil	95,6	80,8	66,5	21,4
	5to quintil	98,1	98,3	75,4	24,2
Ecuador	Todos	91,3	76,9	56,5	19,2
	Varones	91,0	76,0	54,6	17,4
	Mujeres	91,8	78,4	59,6	22,0
	1er quintil	79,9	56,0	33,2	6,8
	5to quintil	98,0	93,5	83,1	43,6
Uruguay	Todos	73,2	55,7	38,3	12,2
	Varones	73,7	57,1	40,7	13,9
	Mujeres	72,7	54,0	35,4	10,3
	1er quintil	49,2	28,6	15,4	3,3
	5to quintil	94,8	87,4	73,3	33,0

Notas: Ver Alves, Brassiolo y Martínez-Correa (2020) para mayor detalle sobre las fuentes de los datos y la metodología.

Fuente: Elaboración propia con base en los registros administrativos de la seguridad social.

Cuadro A 3.2

Condiciones de aporte de trabajadores por cuenta propia

País	Nombre del régimen	Población objetivo	Aporte		
			Obligatoriedad	Monto fijo/tasa	Magnitud
Argentina	Monotributo	Pequeños contribuyentes según el máximo de ingresos brutos anuales	Si	Monto fijo	Según categorías de ingreso
	Autónomos	Personas que desarrollan una actividad económica de forma habitual, personal y directa a título lucrativo, sin contrato de trabajo	Si	Monto fijo	Según categorías de ingreso
Brasil	SIMPLES	Microempresas o empresas de pequeño tamaño	Si	Tasa progresiva	Según facturación y sector de actividad
	Régimen para Microemprendedor Independiente (MEI)	Microemprendedores por debajo de cierta facturación	Si	Monto fijo	5 % del salario mínimo mensual
Bolivia	Sistema Integral de Pensiones (SIP)		No	Tasa	14,42 %
Chile	Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP)	Trabajadores independientes que obtengan rentas del trabajo y emitan boleta de honorarios o reciban boleta de prestación de servicios de terceros	Si	Tasa	10,75 %
Colombia	Sistema General de Pensiones	Trabajadores independientes, rentistas de capital, propietarios de empresas y sin vínculo laboral con empleador y con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo	Si	Tasa	16 % RPM, 11,5 % RAIS
Ecuador	Seguro General Obligatorio (SGO)	Personas con ingresos sin relación de dependencia o independientes	Si	Tasa	17,6 %
México	Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR)	Trabajadores con un negocio propio, en el que no dependen de un jefe o superior	No	Tasa	6,5 %
Panamá	Subsistema Mixto de Ahorro Personal	Trabajadores independientes que reciben honorarios superiores a cierto monto	Si	Tasa	13,5 %
Paraguay	Instituto de Previsión Social (IPS)	Trabajadores independientes, empleadores, amas de casa y trabajadores domésticos	No	Tasa	13,0 %
Perú	Sistema Nacional de Pensiones (SNP) o Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones (SPP)	Trabajadores que realizan una actividad laboral independiente y los asegurados de continuación facultativa	No	Tasa	13 % SNP,
					10 % SPP
Uruguay	Monotributo	Trabajadores de empresas unipersonales y actividades empresariales de reducida dimensión económica	Si	Monto fijo	Monto
	Monotributo Social MIDES	Emprendimientos de personas en situación de pobreza	Si	Monto fijo	Monto
	Régimen de IVA mínimo para la pequeña empresa	Pequeñas empresas cuya facturación anual no supere cierto monto	Si	Monto fijo	Monto

Notas: En Colombia, RAIS es el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad y RPM, el Régimen de Prima Media.

Fuente: Elaboración propia con base las legislaciones vigentes para cada país e IERAL (2020).

Cuadro A 3.3

Detalles de pensiones no contributivas

País	Pensión	Como % del PIB per cápita	Edad a partir de la cual se recibe	Criterio
Argentina	Pensión Universal para el Adulto Mayor (PUAM)	27,2 %	65	No contar con otra jubilación ni pensión
Brasil	Beneficio de Prestación Continua (BPC)	35,1 %	65	Ingreso per cápita del hogar menor a un cuarto del salario mínimo
Bolivia	Renta Dignidad	14,7 %	60	Universal
Chile	Pensión Básica Solidaria de Vejez (PBSV)	12,6 %	65	Pertenecer al 60 % más pobre de la población
Colombia	Programa de Protección Social al Adulto Mayor (PPSAM) ("Colombia Mayor")	4,6 %	59 hombres y 54 mujeres	Estar en los niveles 1 y 2 de la encuesta SISBEN y no poseer rentas para subsistir
Ecuador	Pensión para Adultos Mayores	9,5 %	65	Sin cobertura de seguridad social
	Pensión Mis Mejores Años	19 %		Sin cobertura de seguridad social y en condiciones de extrema pobreza
México	Pensión para Adultos Mayores	8,2 %	Población indígena, 65; población restante, 68	Universal
Panamá	"120 a los 65"	9,2 %	65	No poseer jubilación ni pensión, en condiciones de vulnerabilidad, marginación, riesgo social o pobreza
Paraguay	Pensión Alimentaria a Adultos Mayores	19,0 %	65	En situación de pobreza: no recibir sueldo, pensión o jubilación pública o privada, y no tener casos pendientes con la justicia
Perú	Pensión 65	6,6 %	65	En situación de pobreza extrema
Trinidad y Tobago	Pensión de la Tercera Edad (Senior Citizen's Pension)	36,2 %	65	Criterio de ingreso del hogar menor a cierto monto
Uruguay	Prestación no contributiva por vejez	22,9 %	70	Ingresos no pueden superar el monto de la pensión por vejez

Fuente: Elaboración propia con base las legislaciones vigentes para cada país e IERAL (2020).

Cuadro A 3.4

Proporción de población de 15-64 años y mayor de 65 años

País	15-64		65 años o más	
	2015	2065	2015	2065
Argentina	64,1	61,4	10,7	21,3
Bolivia	60,8	63,7	6,8	17,3
Brasil	69,6	57,6	8	29
Chile	68,8	56,2	10,6	30,4
Ecuador	64,3	61,5	6,6	21,4
México	65,6	61,9	6,7	22,4
Panamá	64,6	60,8	7,6	21,7
Perú	64,6	59,8	7,3	24
Paraguay	63,7	63,1	5,9	18,8
Uruguay	64,4	58,8	14,5	25,9
Venezuela	65,3	63,5	6,4	19,4
Colombia	67,8	58,3	7,7	28

Fuente: Elaboración propia con base en Naciones Unidas (2019b).

Cuadro A 3.5

Reglas de cálculo de las pensiones para sistemas de beneficio definido

País	Cálculo del beneficio base	Años considerados para el cálculo del beneficio base	Premio por años de aporte	Mecanismo de ajuste para jubilación
Argentina	1,5 % por cada año de aporte (máximo de 35 años) multiplicado por el salario promedio	10 últimos años	1 % por cada año que exceda los 30, con límite de 45	70 % IPC, 30 % RIPTE
Brasil	60 % del promedio de salarios	Vida laboral completa	2 % por cada año que exceda los años mínimos de contribución	Inflación: INPC del IBGE
Ecuador	Raíz sesentava de los aportes multiplicada por el coeficiente anual de años aportados o cotizados	5 años de mejores sueldos	De los 41 años de aportes en adelante, se incrementa en 1,25 % por cada año	Varía según el monto de la pensión
Panamá	60 % del salario base mensual	10 mejores años	Prima por doce cuotas completas en exceso de las cuotas de referencia: • Antes de alcanzar la edad de referencia: 1,25 % • Después de alcanzar la edad de referencia: 2 %	USD 10 cada cinco años, con excepción de las pensiones de USD 1.500 mensuales o más
Perú	50 % del monto de referencia. Bonificación del 25 % de la pensión habitual cuando cumplan 80 años de edad	Últimos 36, 48 y/o 60 meses. Para asegurados facultativos, últimos 60 meses	2 % hombre, 2,5 % mujer por cada año adicional a los años de aportación obligatorios	Por decreto
Uruguay	45 % del promedio de salarios	10 últimos años o 20 mejores	1 % por cada año que exceda los 30, con límite de 35; 0,5 % por cada año que exceda los 35, con límite de 40; 3 % por cada año que difiera el retiro; 2 % por cada año que supere los 60 mientras no se configure causal	IMSN

Notas: RIPTE (Remuneración imponible promedio de los trabajadores estables); IBGE (Instituto brasileño de Geografía y Estadística); IMSN (Índice Medio de Salarios Nominales).

Fuente: Elaboración propia con base las legislaciones vigentes para cada país e IERAL (2020).

Forma de cálculo de las tasas de reemplazo y ratios actuariales simulados

Los ejercicios de cálculo de las tasas de reemplazo netas y de ratios actuariales surgen de aplicar las reglas más comunes de pensión a los datos promedio de salarios y aportes de las encuestas de hogares oficiales de los distintos países. Este ejercicio supone el uso de una serie de datos y supuestos que se enumeran a continuación. En Allub, Alves y López (2020) puede consultarse mayores detalles sobre el ejercicio.

- Las reglas de jubilación son las señaladas en el Cuadro A 3.5 para los países con régimen de reparto o régimen mixto y, en los casos de Chile y México, las reglas de sus respectivos sistemas de capitalización (AFP, en el primero, y SAR, en el segundo).
- Las tasas de mortalidad se toman de las Perspectivas de la Población Mundial de las Naciones Unidas (2019b).

- Se asume una tasa de descuento del 2,5 %, una tasa de retorno neta sobre los fondos de capitalización del 3,5 %, una tasa de retorno neta para el cálculo de anualidades del 2,5 % y un crecimiento del salario real común a todos los países del 2,5 % anual.
- Se asume que los individuos tienen un cónyuge con derecho a cobrar pensión de sobrevivencia según las reglas de cada país. Se asume que el hombre es 3 años mayor que la mujer.
- Se asume que los individuos comienzan a trabajar a la edad de 20 años.
- El año de referencia utilizado varía para cada país, dependiendo de la disponibilidad de datos de salarios más reciente. Estos años son: Argentina, 2018; Brasil, 2015; Chile, 2017; Ecuador, 2017; México, 2018; Perú, 2018; Panamá, 2018, y Uruguay, 2017.
- Para cada país se presentan dos casos: 1) el individuo contribuye toda su vida laboral (desde los 20 años hasta la edad mínima de retiro) y 2) el individuo contribuye con cierta probabilidad, que varía según su sexo y edad. Como en la mayoría de los casos del segundo supuesto el individuo promedio no alcanza los años de contribución mínimos requeridos, se agrega el faltante de años de manera equitativa entre todos los años de vida laboral del individuo.
- En el Cuadro A 3.6 se presentan los años totales de contribución supuestos para cada caso. Para los casos en que el individuo promedio no alcanza los años de contribución mínimos requeridos y se agrega el faltante necesario, se muestra entre paréntesis ese requerimiento mínimo.

Cuadro A 3.6

Años de contribución para las tasas de reemplazo y ratios actuariales simulados

	Años de contribución	Dependientes		Independientes	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Argentina	Contribuye siempre	45	40	45	40
	No contribuye siempre	27,9 (30)	20,0 (30)	16,0 (30)	14,1 (30)
Brasil	Contribuye siempre	45	42	45	42
	No contribuye siempre	30,1	21,9	12, 6 (20)	9,3 (15)
Chile	Contribuye siempre	45	40	45	40
	No contribuye siempre	32,8	21,81	10,35	6,41
Colombia (BD)	Contribuye siempre	42	37	42	37
	No contribuye siempre	27,1	19,2 (25)	9, 7 (22)	9,9 (22)
Colombia (CD)	Contribuye siempre	42	37	42	37
	No contribuye siempre	27,1	19,2 (22)	9,7 (22)	9,9 (22)
Ecuador	Contribuye siempre	40	40	40	40
	No contribuye siempre	23,7 (30)	21,5 (30)	4,7 (30)	4,7 (30)
México	Contribuye siempre	45	45		
	No contribuye siempre	18,2 (24)	13,3 (24)		
Perú (BD)	Contribuye siempre	45	45	45	45
	No contribuye siempre	27,9	21,5	4,0 (20)	4,0 (20)
Perú (CD)	Contribuye siempre	45	45	45	45
	No contribuye siempre	27,9	21,5	4,0 (20)	4,0 (20)
Panamá	Contribuye siempre	42	37		
	Contribuye lo mínimo	26,6	10,1 (15)		
Uruguay	Contribuye siempre	40	40	40	40
	No contribuye siempre	32,1	26,9 (30)	16,7 (30)	18,1 (30)

Notas: Se presentan los años totales de contribución supuestos para cada caso. Cuando el individuo promedio no alcanza los años de contribución mínimos requeridos y se agrega el faltante necesario, se muestra entre paréntesis ese requerimiento mínimo.

Fuente: Elaboración propia con base en Allub, Alves y López (2020).

**Los servicios
de salud y
cuidados frente
al envejecimiento**

4

Los servicios de salud y cuidados frente al envejecimiento¹

El progreso científico en la medicina y en las condiciones de vida han permitido que la mayoría de la población goce de una existencia cada vez más larga y saludable (Ford *et al.*, 2007). Este proceso de extensión de la vida, junto con el descenso simultáneo en las tasas de fertilidad, ha generado un patrón demográfico que se consolida en todos los países del mundo: el envejecimiento de la población. Como se ha detallado en el Capítulo 1, América Latina no es ajena a esta tendencia. Los países de la región empezaron a envejecer después que los más desarrollados, pero, en contrapartida, lo hacen a un ritmo más acelerado.

Si bien el progreso observado en la salud y la longevidad de la población representa un hito en la historia de la humanidad, el proceso de envejecimiento ha encendido las alertas por su impacto potencial en la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud (y de pensiones, como se describe en el Capítulo 3). Contar con una mayor proporción de población adulta genera una presión natural sobre los gastos en salud, porque la demanda de servicios médicos suele aumentar con la edad y porque una mayor longevidad, sin un aumento correspondiente en los años de vida saludable, implica una mayor demanda de servicios durante un periodo de tiempo más prolongado. Además, el envejecimiento de la población viene acompañado de una transición epidemiológica en la cual el peso de las enfermedades no transmisibles, cuyo tratamiento suele ser más costoso, supera con creces al de las enfermedades transmisibles.

Ante estas tendencias, un desafío crítico de los sistemas de salud es garantizar los recursos necesarios para responder al aumento de la demanda de servicios de salud y generar al mismo tiempo mecanismos para mejorar la eficiencia del gasto. Sin cambios en las políticas públicas, el aumento potencial en el gasto no estará acompañado necesariamente de un aumento en los recursos al mismo ritmo, en la medida que disminuye el peso de la población económicamente activa dentro de la población total (como se detalla en el Capítulo 5).

Hay razones importantes por las cuales el envejecimiento puede implicar mayores desafíos para los sistemas de salud de América Latina que los que plantea a los países más desarrollados. En primer término, está la rapidez con la que la región está envejeciendo, la cual impone la necesidad de acelerar la velocidad de la respuesta. Además, el envejecimiento llega cuando la mayoría de los países latinoamericanos tiene aún un bajo nivel de desarrollo

1. La elaboración de este capítulo fue responsabilidad de Dolores de la Mata y Ricardo Estrada, con la asistencia de investigación de Daniel Fernández y Augusto Caro.

económico. Como se verá más adelante, el nivel de desarrollo de un país tiene una relación estrecha con el estado de salud de su población y con diversos factores que inciden en esta, entre los que destacan la cantidad de recursos disponibles para el cuidado de la salud. En la actualidad, los sistemas sanitarios de América Latina tienen dificultades para garantizar una cobertura universal de salud efectiva aun estando, en su mayoría, en etapas tempranas de la transición demográfica. Muchos latinoamericanos, y en particular los de menores recursos, no pueden acceder de manera efectiva a servicios sanitarios de calidad, ya sea porque no se encuentran disponibles, porque no se proveen de manera oportuna o no son financieramente asequibles. En su inmensa mayoría, los países de la región han construido sistemas de salud fragmentados, en los cuales coexisten dos o más subsistemas de salud que ofrecen coberturas diferenciadas de servicios (en cantidad, calidad y cobertura financiera) a segmentos de la población diferentes, con una participación del Estado desigual. La fragmentación del sector de la salud en subsistemas, generalmente determinados por el acceso al empleo formal, no solo favorece la ineficiencia e inequidad, incluso en condiciones de estabilidad en el perfil demográfico de la población, sino que además hacen aún más compleja la definición y puesta en práctica de las políticas necesarias para enfrentar los desafíos del envejecimiento.

El aumento de la población en edad avanzada también puede implicar cambios en la cantidad de personas que necesitan cuidados de largo plazo por padecer discapacidades físicas o intelectuales. Se puede esperar un aumento de la demanda de servicios de este tipo de cuidados dada la disminución en el tamaño de las familias y la mayor participación femenina en el mercado laboral, ya que el peso de brindar cuidado en los hogares suele recaer en las mujeres. Esto ha ocurrido ya en los países más desarrollados, en donde el gasto público y privado en estos servicios ocupa una parte creciente del gasto en salud.

La preocupación por los efectos del envejecimiento sobre el gasto en salud y cuidados ya es evidente en los países desarrollados, al agudizar la tensión natural entre el objetivo de brindar a la población el acceso más amplio y de mejor calidad posible a estos servicios y el de lograr su sostenibilidad financiera. Ante el dilema de atender una demanda creciente con recursos limitados, los esfuerzos para mejorar la eficiencia en el uso de los recursos serán un elemento clave de las políticas públicas del sector. Pero a diferencia de otros beneficios de la protección social, como las pensiones, los gastos en salud no son determinados de manera inequívoca por el Estado. No es posible asignar un monto fijo de dinero para cada habitante siguiendo una regla determinada de acuerdo con el estado de salud de la población. Por el contrario, los gastos surgen de un proceso complejo de interacción entre múltiples actores (pacientes, proveedores de servicios médicos, aseguradoras y el propio Estado), en el que los problemas de incentivos e información imperfecta que enfrenta cada uno de ellos juegan un rol relevante. Entender estos incentivos y problemas de información es fundamental para el diseño de mejores políticas en el sector.

Envejecimiento: cambios en la demanda y en el gasto en salud

¿Cómo cambia el perfil epidemiológico con el envejecimiento demográfico?

El cambio en la estructura etaria de la población ha estado acompañado, y es en parte resultado, de cambios importantes en el perfil epidemiológico de la población, en el cual el peso de las enfermedades no transmisibles ha superado con creces al de las enfermedades transmisibles. Las mejoras en la calidad de vida a lo largo del siglo XX (en nutrición e higiene, particularmente) y la adopción de métodos efectivos en los sistemas de salud para combatir las enfermedades infecciosas (cobertura de vacunación, uso de antibióticos y vigilancia epidemiológica, principalmente) han disminuido la mortalidad por enfermedades transmisibles, y en especial la mortalidad infantil. Estos avances han permitido que millones de personas tengan vidas más largas, pero también que, simultáneamente, enfrenten mayores posibilidades de sufrir enfermedades crónicas que aparecen con la edad. El mayor desarrollo económico, la urbanización, la integración de los mercados y los cambios en los estilos de vida han sido señaladas también, además del envejecimiento poblacional, como principales causantes del desplazamiento de las enfermedades infecciosas como principales causantes de la morbilidad y la mortalidad (Bygbjerg, 2012).

El cambio en la edad promedio de muerte y en las causas de fallecimiento —por el cual se pasa de una mortalidad infantil alta y de la prevalencia de epidemias infecciosas a una mayor morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles— es lo que se denomina transición epidemiológica. Esta transición ha dado pie a nuevos retos dentro de los sistemas de salud, relacionados con cambios en la demanda de servicios de salud y en los gastos asociados a la misma. Las enfermedades no transmisibles, como el cáncer, la diabetes y los problemas circulatorios, cuya cronicidad y progresión lenta demandan un contacto permanente con el sistema de salud, suelen ser responsables de gran parte de los gastos en salud. El cambio en el perfil epidemiológico de la población que se viene observando apunta a que, en los años venideros, la relevancia de estas enfermedades podría ser aún mayor, generando un aumento en la proporción del gasto total explicado por estas patologías. No obstante, el combate contra las enfermedades infecciosas no es un capítulo cerrado en la historia de la humanidad, y existen diversas amenazas, como las que se discuten en el recuadro 4.1, que podrían amortiguar estas tendencias.

El aumento de las enfermedades no transmisibles genera nuevos retos a los sistemas de salud al ser estas responsables de gran parte de los gastos en salud.

Recuadro 4.1

¿El regreso de las enfermedades infecciosas?

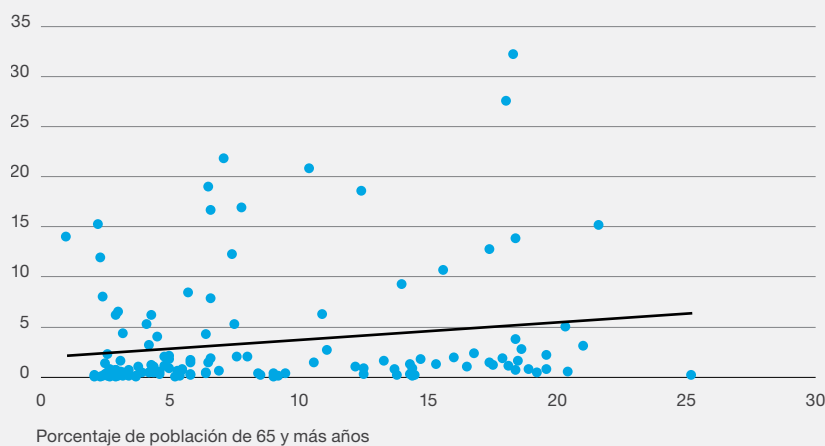
La reciente pandemia del COVID-19 puso en evidencia que las enfermedades infecciosas representan aún una gran amenaza para la salud pública en todos los países y que la batalla contra ellas aún no está ganada. La aparición de enfermedades infecciosas nuevas (además del COVID-19, otro ejemplo reciente, aunque de menor impacto global, fue el Zika) y la reaparición de otras ya controladas (por ejemplo, bacterias resistentes a antibióticos) en un contexto de mayor longevidad de la población aumenta los desafíos para los sistemas de salud, porque sus consecuencias podrían ser más graves para los adultos mayores.

Si bien la información sobre la mortalidad ocasionada por el COVID-19 es incipiente y las consecuencias de la pandemia son todavía desconocidas, los datos disponibles hasta la fecha muestran dos hechos interesantes. En primer lugar, la cantidad de muertes por COVID-19 desde el primer fallecimiento ocurrido en cada país hasta la actualidad representa, en promedio, un 50 % de las muertes por enfermedades transmisibles y un 3,3 % de las muertes totales, tomando como referencia el promedio de los fallecimientos que los países experimentaron en un periodo de tiempo equivalente entre los años 2010 y 2016.^a El primer valor es aún más alto en países más desarrollados, donde la mortalidad por enfermedades trasmisibles era relativamente baja. Para interpretar estas magnitudes, debe tomarse en cuenta, además, que las muertes por COVID-19 ocurrieron en general en un contexto de medidas restrictivas para promover el distanciamiento social y evitar su propagación. Para los países de América Latina, las muertes por COVID-19 registradas hasta la fecha de redacción de este reporte representan, en promedio, el 45 % de las muertes por enfermedades transmisibles y el 5,9 % de los fallecimientos totales promedio ocurridos en un periodo de tiempo equivalente entre los años 2010 y 2016.

Gráfico 1

Correlación entre envejecimiento y mortalidad por COVID-19

Ratio COVID-19 sobre muertes totales (años 2010, 2015 y 2016)



Notas: Para calcular el denominador del cociente representado en el eje vertical, se considera el promedio de muertes que ocurrieron en 2010, 2015 y 2016 en un período de tiempo equivalente al transcurrido desde la fecha de ocurrencia de la primera muerte por COVID-19 en cada país y el 7 de julio de 2020. Para realizar este ajuste, se asume una distribución uniforme a lo largo del promedio de muertes ocurridas en 2010, 2015 y 2016.

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (CEPCE), reportes oficiales de COVID-19 en cada país y base de datos de mortalidad de la OMS (2019c).

El segundo lugar, la información de mortalidad por el COVID-19 disponible a la fecha permite corroborar que la gravedad de las enfermedades transmisibles podría ser mucho mayor cuando la población está más envejecida. El Gráfico 1 muestra la correlación entre el cociente de muertes por COVID-19 y las muertes totales promedio de cada país entre los años 2010 y 2016 (tomando como referencia un periodo de tiempo equivalente a la cantidad de días que el virus se encuentra circulando en cada país) y la fracción de la población de más de 65 años, para un conjunto de 156 países. A pesar de la gran heterogeneidad —posiblemente por la diferente capacidad de respuesta para promover el distanciamiento social y la variada capacidad de los sistemas de salud para atender a los contagiados, entre otras razones—, emerge una correlación positiva entre ambas variables. En efecto, de acuerdo con los datos reportados en el panel A del Cuadro 1 para un grupo seleccionado de países de América Latina, el COVID-19 es mucho más letal para las personas mayores. En relación a las muertes totales promedio ocurridas entre 2010 y 2016 (Panel B del Cuadro 1), la incidencia de muertes por COVID-19 ha sido especialmente alta entre las personas de entre 50 y 70 años.

En resumen, la pandemia del COVID-19 pone de manifiesto que el impacto de nuevas enfermedades infecciosas puede ser cuantitativamente relevante y su interacción con poblaciones más longevas agudizarían sus consecuencias negativas. Por lo tanto, los sistemas de salud deberán mantenerse preparados para afrontar situaciones similares en el futuro.

Cuadro 1

Incidencia de las muertes por COVID-19 en relación con el total de casos positivos por COVID-19 y con el total de muertes (promedio 2010-2015-2016), por grupo de edad, en países seleccionados de América Latina

	Panel A. Incidencia de muertes por COVID-19 sobre casos positivos				Panel B. Incidencia de muertes por COVID sobre promedio de muertes totales (promedio 2010- 2016)*			
	Argentina	Chile	México	Perú	Argentina	Chile	México	Perú
0 a 4 años		0,2 %	4,0 %			0,3 %	0,6 %	
5 a 14 años	0,1 %	0,1 %	0,4 %	0,2 %	0,3 %	1,1 %	0,6 %	2,4 %
15 a 29 años		0,1 %	1,0 %			1,6 %	3,9 %	
30 a 49 años	0,4 %	0,5 %	4,9 %		1,8 %	4,2 %	24,8 %	
50 a 59 años	1,7 %	2,8 %	15,4 %	1,7 %	1,9 %	6,8 %	35,5 %	
60 a 69 años	5,9 %	10,4 %	28,0 %		1,8 %	8,7 %	29,5 %	
70+ años	15,8 %	44,7 %	41,2 %	13,7 %	1,5 %	6,9 %	10,5 %	23,8 %
Total	2,0 %	4,4 %	11,9 %	3,5 %	1,5 %	6,7 %	17,1 %	22,2 %

Notas: *Se consideran las muertes promedio que ocurrieron en los años 2010, 2015 y 2016. Luego se realiza un ajuste a un periodo de tiempo equivalente al transcurrido desde la fecha de ocurrencia de la primera muerte por COVID-19 en cada país y el 7 de julio de 2020. Para realizar este ajuste se asume una distribución uniforme a lo largo del año de las muertes totales ocurridas en los años de referencia.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de reportes oficiales de COVID-19 en cada país y base de datos de mortalidad de la OMS (2019c).

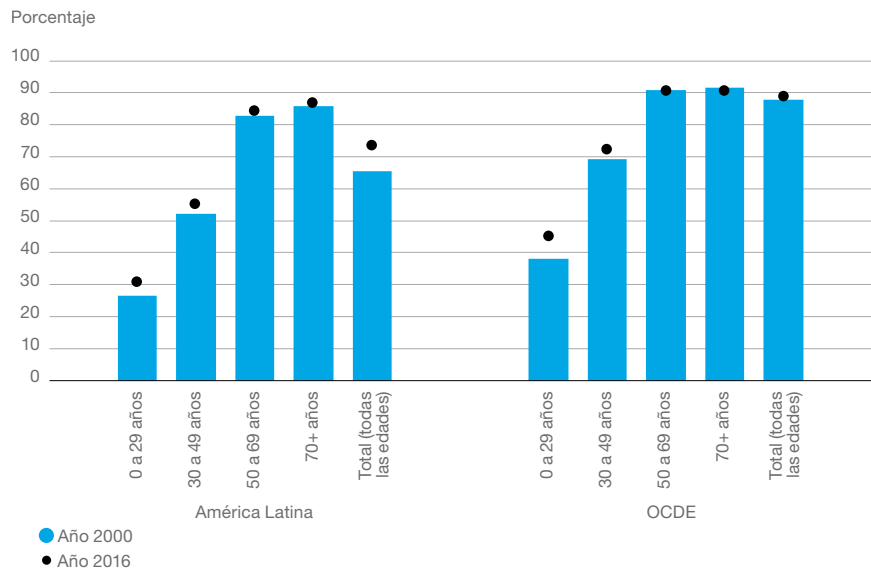
a. Para este cálculo se computa la cantidad de muertes por enfermedades transmisibles y muertes totales que ocurrieron en los años 2010, 2015 y 2016, en un periodo de tiempo equivalente al transcurrido desde la fecha de ocurrencia de la primera muerte por COVID-19 en el país y el 24 de junio de 2020. Para realizar este ajuste se asume una distribución uniforme a lo largo del año de las muertes ocurridas en 2010, 2015 y 2016, últimos años disponibles en la base de mortalidad de la OMS. Por el momento, las cifras de muertos por COVID-19 podrían considerarse un límite inferior, debido a que, en muchos países, se está mostrando que existe un exceso de mortalidad muy por encima del número esperable de muertes para la época del año, y que no es explicado por completo por los casos que han dado positivo en las pruebas de COVID-19.

En América Latina, la transición epidemiológica se encuentra en una etapa avanzada, pero todavía en progreso.

En América Latina, la transición epidemiológica se encuentra en una etapa avanzada, pero todavía en progreso. En el Capítulo 1 ya se documentó el dramático descenso que vienen experimentando las tasas de mortalidad en la región, que tienen como contrapartida un sostenido aumento en la esperanza de vida. El Gráfico 4.1 muestra el cambio en la composición de las causas de muerte. En promedio, el 74 % de las muertes acaecidas en el año 2016 en los países de América Latina fueron causadas por enfermedades no transmisibles, frente al 66 % en el año 2000. En comparación, en 2016, esta cifra ascendió al 89 % en los países de la OCDE, donde se había mantenido prácticamente sin cambios desde el año 2000. La contribución de las enfermedades no transmisibles a la mortalidad aumenta con la edad y resulta crucial para los efectos del envejecimiento en los sistemas de salud. Mientras que aproximadamente el 27 % de los fallecimientos de personas de 0 a 29 años de edad registrados en 2016 en América Latina se deben a estas afecciones, esta cifra asciende al 86 % en las personas de 70 años y más. No obstante, cabe destacar que el aumento de la incidencia de muertes por enfermedades no transmisibles observado en la región en años recientes también se explica en parte por el mayor peso que estas afecciones tienen incluso entre las personas más jóvenes.

Gráfico 4.1

Mortalidad por enfermedades no transmisibles en países de América Latina y de la OCDE, total y por grupo de edad, 2000 y 2016



Notas: Se consideran enfermedades no transmisibles las comprendidas entre las categorías C00 y R99 según el catálogo de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10).

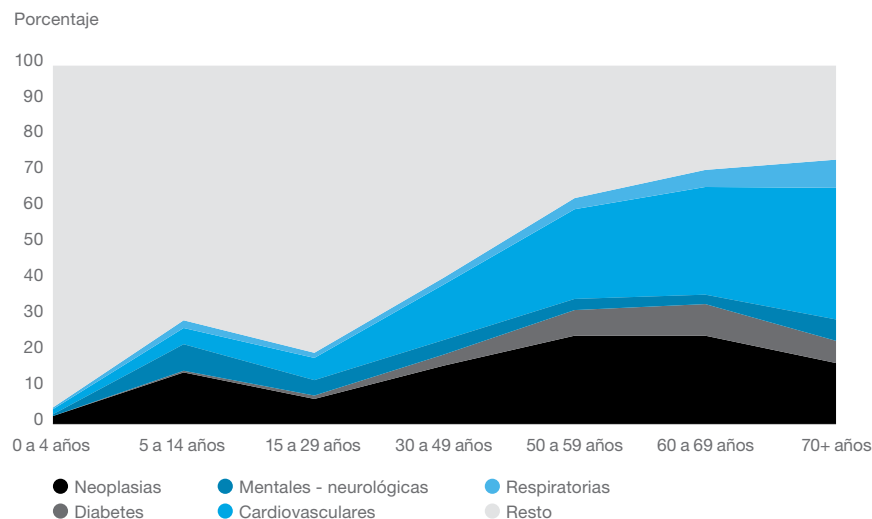
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la OMS (2019c).

Las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias se encuentran entre las principales causas de muerte en la región y explican el 37 % y el 18 %, respectivamente, de todas las muertes en 2016, aunque su incidencia es mucho mayor a edades avanzadas, como se observa en el Gráfico 4.2. La diabetes, las enfermedades

respiratorias crónicas, y las mentales y neurológicas fueron responsables del 5,3 %, el 5,2 % y el 4,5 %, respectivamente, de todas las muertes en 2016 y su prevalencia también aumenta con la edad, con la excepción de las mentales y neurológicas, que presentan un pico entre los 5 y 14 años. Solo estas cinco enfermedades explican actualmente el 59 % de todas las muertes en América Latina y el 80 % de las registradas en los países de la OCDE.

Gráfico 4.2

Incidencia de las principales causas de muerte en América Latina por grupo de edad, 2016



Notas: Con base en el catálogo de la CIE-10, se consideran neoplasias entre categorías C00 y D48; diabetes entre categorías E10 y E14; enfermedades mentales y neurológicas entre categorías F01 y G98; enfermedades cardiovasculares entre categorías I00 e I99; y enfermedades respiratorias entre categorías J00 y J98.

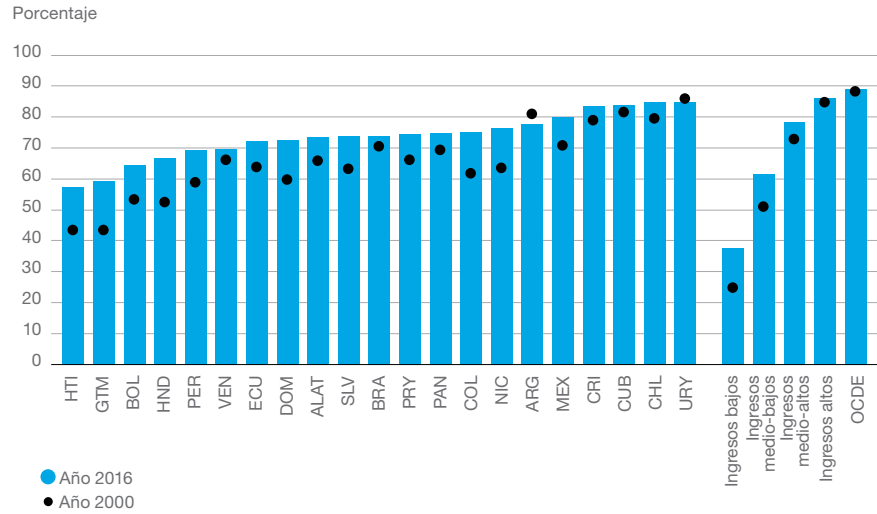
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la OMS (2019c).

Como podría esperarse, al interior de la región hay diferencias importantes en la prevalencia de las muertes asociadas a enfermedades no transmisibles y su evolución en el tiempo, como se observa en el Gráfico 4.3. Mientras que en países como Chile, Costa Rica, Cuba, México y Uruguay estas afecciones explican al menos el 80 % de los fallecimientos, en Guatemala y Haití son responsables de menos del 60 %. Esta clasificación de países se correlaciona fuertemente con el estadio en que cada uno se encuentra en términos de cambio demográfico y nivel de desarrollo, siendo el primer grupo de países los más envejecidos y los segundos los más jóvenes de la región.

Por último, una particularidad que caracteriza a los países de América Latina es que las muertes por enfermedades no transmisibles tienen un peso relativamente menor que en países cuya población ha alcanzado niveles similares de envejecimiento, como muestra el Gráfico 4.4. Este patrón refleja la “doble carga de la enfermedad” con la que los sistemas de salud de la región deben lidiar, en los que las enfermedades crónicas emergentes conviven con una todavía alta incidencia de enfermedades infecciosas, propia de contextos de alta desigualdad (Bygbjerg, 2012).

Gráfico 4.3

Mortalidad por enfermedades no transmisibles en países de América Latina y el resto del mundo, 2000 y 2016

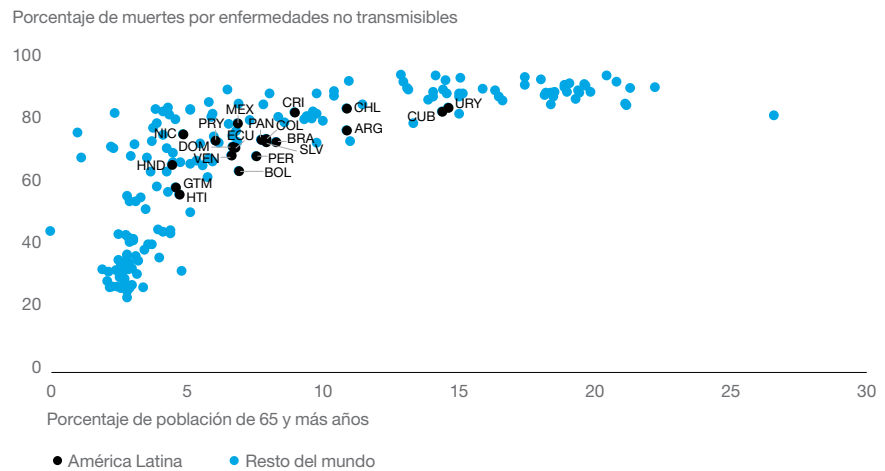


Notas: Se consideran enfermedades no transmisibles las comprendidas entre las categorías C00 y R99 en el catálogo de clasificación internacional de enfermedades CIE-10.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la OMS (2019c).

Gráfico 4.4

Correlación entre envejecimiento y mortalidad por enfermedades no transmisibles, 2016



Notas: Se consideran enfermedades no transmisibles las comprendidas entre las categorías C00 y R99 en el catálogo de clasificación internacional de enfermedades CIE-10.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la OMS (2019c) y Naciones Unidas (2019b).

¿Cuánto cambian los gastos y la demanda de servicios de salud a lo largo del ciclo de vida?

El aumento del gasto per cápita en salud a medida que avanza la edad es un aspecto central en un contexto de envejecimiento poblacional. Este aumento en el gasto se explica, en gran medida, por el cambio en el tipo de bienes y servicios médicos que son demandados durante el ciclo de vida como consecuencia de la incidencia de enfermedades y patologías que aparecen con la edad. Así, la demanda de servicios médicos curativos, típicamente más costosos, cobra mayor relevancia a edades avanzadas con relación a la de servicios médicos de índole preventiva.

Los perfiles de gasto sanitario por edad son insumos imprescindibles para poder cuantificar cómo evolucionará el gasto público en este sector como consecuencia del envejecimiento poblacional y alimentar el debate sobre cómo asegurar la sostenibilidad fiscal de los sistemas sanitarios. Construir estos perfiles de gasto es una tarea compleja ya que el gasto en salud suele ser financiado por múltiples fuentes. A pesar de su relevancia para la política pública, este tipo de información es limitada en los países de la región debido a la escasez de fuentes de datos actualizados y representativos de sus sistemas de salud. En varios países desarrollados, la disponibilidad creciente de bases de datos de registros administrativos ha permitido obtener una descripción detallada de los gastos sanitarios y construir, a partir de información individual, perfiles de gastos por edad, género y tipo de servicios médicos. Estudios recientes basados en este tipo de datos muestran, por ejemplo, que el gasto per cápita en salud de las personas que alcanzan los 80 años es en promedio entre 3 y 6 veces mayor —dependiendo del país, del género y del tipo de servicio considerado— que el de las personas de 30 años (Bakx, O'Donnell y van Doorslaer, 2016; Karlsson, Klein y Ziebarth, 2016; Kelly, Stoye y Vera-Hernández, 2016).² El aumento más pronunciado se observa a partir de los 50 años y es más acelerado para los hombres que para las mujeres.

Desafortunadamente, la disponibilidad de registros administrativos de los sistemas de salud de América Latina es todavía incipiente. Con el propósito de contribuir a paliar este vacío informativo, se comisionaron dos estudios para la elaboración de este reporte. Ambos estudios utilizan registros administrativos de los subsistemas de salud de Chile y Colombia para construir perfiles de gastos per cápita de salud por edad y género.³ En ambos casos, la información proviene de los sistemas contributivos de seguridad social. Adicionalmente, para el caso de Chile, la información

2. Bakx *et al.* (2016) analizan la distribución de gastos de salud y de cuidados a largo plazo por edad de toda la población de Holanda. Por su parte, Karlsson *et al.* (2016) utilizan información de todos los gastos en salud de una de las principales compañías de seguros de salud privado de Alemania. Finalmente, Kelly *et al.* (2016) estudian la distribución etaria de los gastos hospitalarios del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido.

3. de la Mata y Valdés (2020) estudian el caso chileno y Buitrago y Torres (2020), el caso colombiano. El análisis para Chile se realiza utilizando los datos que las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) reportan a la Superintendencia de Salud de Chile sobre la utilización de servicios médicos de sus afiliados. Esta información abarca al universo de afiliados a este subsistema, el cual cubría en 2018 al 24 % de la población. Para cada prestación de salud, se reporta el costo total de la misma, es decir, la suma de lo aportado por la aseguradora más el gasto cubierto por el asegurado en concepto de copago. No se incluyen los gastos asociados a la prima del seguro. En el caso de Colombia, se utiliza la información que las principales aseguradoras de salud (denominadas Entidades Promotoras de Salud o EPS) aportan al Ministerio de Salud sobre la utilización de servicios médicos de sus afiliados, los cuales cubren aproximadamente al 80 % de los afiliados al régimen contributivo del país. El régimen contributivo cubría en 2015 al 47 % de la población colombiana. Los gastos reportados no contemplan lo que abona el asegurado en concepto de copagos por las prestaciones registradas, aunque se estima que estos gastos no representan más del 2 % del gasto total. En ambos casos la fiabilidad de los datos es muy alta.

está acotada al subconjunto de personas que optan por cobertura de seguros privados de salud (denominadas Instituciones de Salud Previsional o ISAPRES).⁴

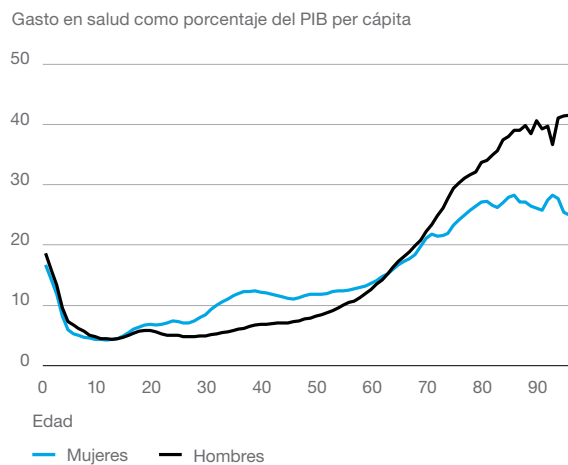
El gasto en salud comienza a aumentar de manera acelerada en torno a los 50 años de vida, en mayor medida para los hombres que para las mujeres.

El Gráfico 4.5 presenta los perfiles de gasto de ambos países, los cuales siguen el mismo patrón que el de los países desarrollados. Después del primer año de vida, el gasto desciende de manera acelerada hasta estabilizarse en torno a los cinco años. Cuando comienza la edad reproductiva, el gasto de las mujeres supera al de los hombres. En torno a los 50 años de vida, el gasto empieza a crecer de manera acelerada, en mayor medida para los hombres que para las mujeres, hasta alcanzar su máximo entre los 80 y 90 años. En Chile, la razón del gasto per cápita en personas de 80 años con respecto al gasto per cápita en personas de 30 años es de 2,7 para las mujeres y de 6,3 para los hombres, mientras que en Colombia es de 3,9 y 8,5, respectivamente.

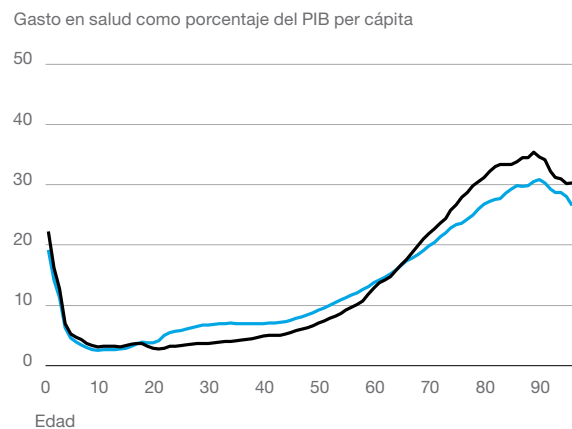
Gráfico 4.5

Gasto per cápita en salud por edad y género en Chile y Colombia

Panel A. Chile (subsistema de seguros privados), 2018



Panel B. Colombia (régimen contributivo), 2017



Notas: Los gastos en Chile corresponden a todos los gastos realizados por los afiliados al sistema contributivo de salud que eligen voluntariamente la cobertura privada (ISAPRES), los cuales representan aproximadamente un cuarto de la población chilena. Incluye tanto la parte del gasto a cargo de la aseguradora como el gasto (en copagos) afrontado por el afiliado. Los gastos en Colombia corresponden a los de afiliados en el régimen contributivo, que cubre al 47 % de la población colombiana, y no incluyen los gastos de bolsillo en concepto de copagos. Los datos se exhiben suavizados mediante una media móvil de las tres últimas observaciones de edad.

Fuente: Elaboración propia con base en de la Mata y Valdés (2020) para los datos de Chile, y Buitrago y Torres (2020) para los datos de Colombia.

¿Cuáles son los principales factores detrás de este aumento del gasto a lo largo del ciclo de vida? En primer lugar, a medida que las personas envejecen, hacen un mayor uso del sistema de salud, tanto en el margen extensivo (aumento en la probabilidad de contacto con el sistema) como el intensivo (aumento en la cantidad de contactos). Los Gráficos 4.6 y 4.7 ilustran estos aspectos en Chile y Colombia.

4. Más adelante en el capítulo se describen con mayor detalle las principales características de los sistemas de salud de Chile y Colombia.

El Gráfico 4.6 muestra el porcentaje de personas que utilizan el sistema de salud por tipo de servicio, edad y género. Como se puede apreciar, hay un patrón similar al reportado en el gasto. El uso de servicios aumenta aproximadamente a partir de los 50 años y lo hace de manera más acelerada entre los hombres que entre las mujeres.

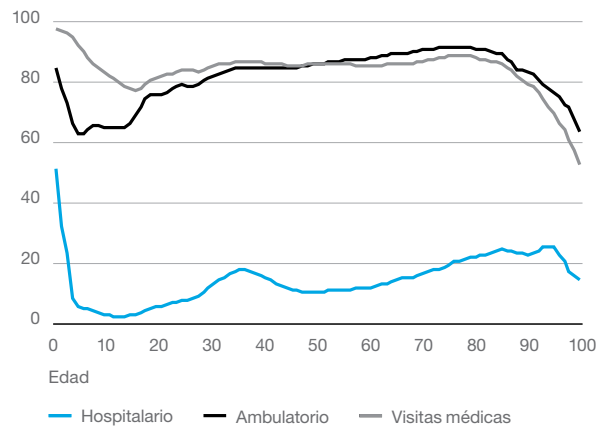
Gráfico 4.6

Personas que utilizaron un servicio de salud por tipo de servicio, edad y género en Chile y Colombia

Panel A. Chile (subsistema de seguros privados), 2018

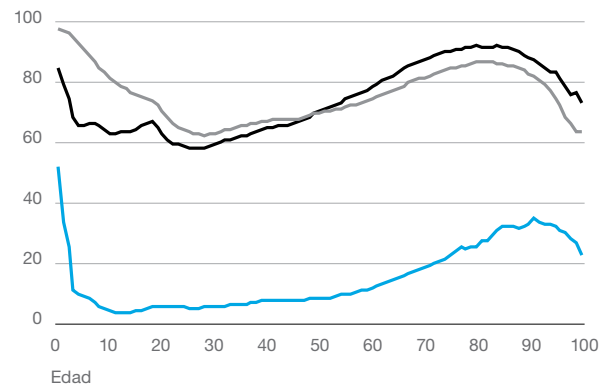
Mujeres

Incidencia en el uso de servicios médicos (porcentaje)



Hombres

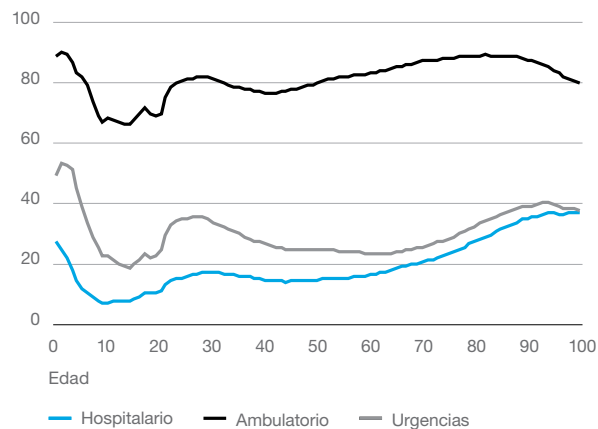
Incidencia en el uso de servicios médicos (porcentaje)



Panel B. Colombia (régimen contributivo), 2017

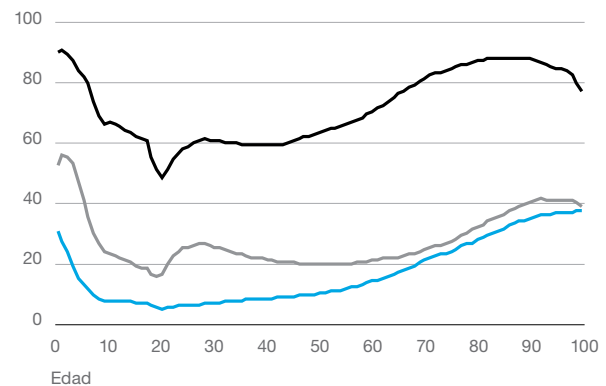
Mujeres

Incidencia en el uso de servicios médicos (porcentaje)



Hombres

Incidencia en el uso de servicios médicos (porcentaje)



Notas: La incidencia se expresa como el porcentaje de población asegurada. Los servicios ambulatorios contemplan todas aquellas prestaciones relacionadas con el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad que no requiere internación. En el caso de Colombia, se distinguen los servicios de salud recibidos en urgencias médicas. Los datos se exhiben suavizados mediante una media móvil de las tres últimas observaciones de edad.

Fuente: de la Mata y Valdés (2020) para los datos de Chile, y Buitrago y Torres (2020) para los datos de Colombia.

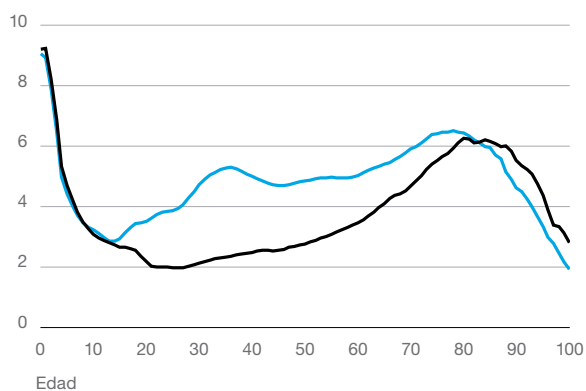
En cuanto a la intensidad de uso, el Gráfico 4.7 muestra promedios del número de consultas médicas y de días de hospitalización por edad y género. El patrón es claro: exceptuando los primeros años de vida, la frecuencia de contactos con el sistema de salud aumenta con la edad. Destaca también que durante la edad adulta las mujeres tienen un mayor número de consultas médicas per cápita que los hombres, mientras que, en los días de hospitalización per cápita, se observa una dinámica similar a la reportada para el perfil del gasto por edad: un crecimiento más acelerado para los hombres a partir de los 50 años de edad. Es decir, en promedio, las mujeres acuden de manera más frecuente a consultas médicas que los hombres durante la vida adulta, pero al llegar la vejez el gasto per cápita en los hombres crece de manera más rápida porque estos usan más los servicios de mayor costo.

Gráfico 4.7

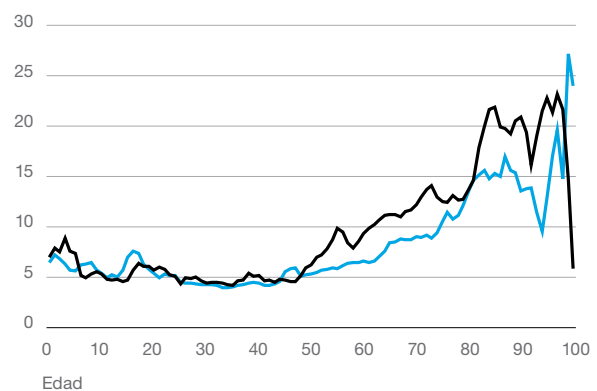
Número de consultas médicas y días de hospitalización per cápita, por edad y género en Chile y Colombia

Panel A. Chile (subsistema de seguros privados), 2018

Consultas médicas per cápita

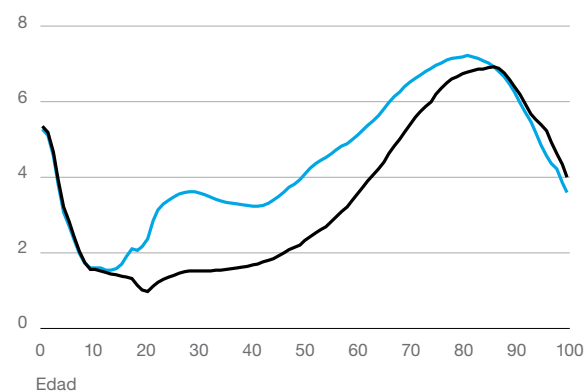


Días de estadía hospitalaria per cápita

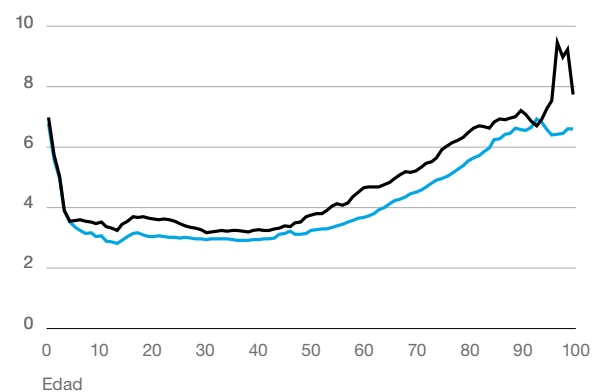


Panel B. Colombia (régimen contributivo), 2017

Consultas médicas per cápita



Días de estadía hospitalaria per cápita



— Mujeres — Hombres

Notas: Los días de hospitalización promedio se computan entre aquellas personas que han estado hospitalizadas.

Fuente: de la Mata y Valdés (2020) para los datos de Chile, y Buitrago y Torres (2020) para los datos de Colombia.

En segundo lugar, el aumento del gasto a lo largo del ciclo de vida está asociado a un cambio en la importancia relativa de los distintos tipos de servicio de salud demandados. En particular, se observa un fuerte aumento del peso de los servicios curativos y los más caros (como las hospitalizaciones), frente a servicios típicamente más asociados a medicina preventiva (como chequeos médicos). El aumento en el uso de servicios ambulatorios (excluyendo las consultas médicas) y las hospitalizaciones explica el incremento del gasto en salud en las edades más avanzadas, como lo muestra el Gráfico 4.8.⁵ En ambos países, la contribución de las consultas médicas en el gasto total se reduce a lo largo de la vida a pesar de que la intensidad de uso de este servicio aumenta a partir de aproximadamente los 20 años (como se mostró en el gráfico anterior). Tanto en Chile como en Colombia, los gastos hospitalarios aumentan su peso en el gasto total a lo largo de la vida, desplazando eventualmente a los gastos ambulatorios como la principal fuente del gasto.

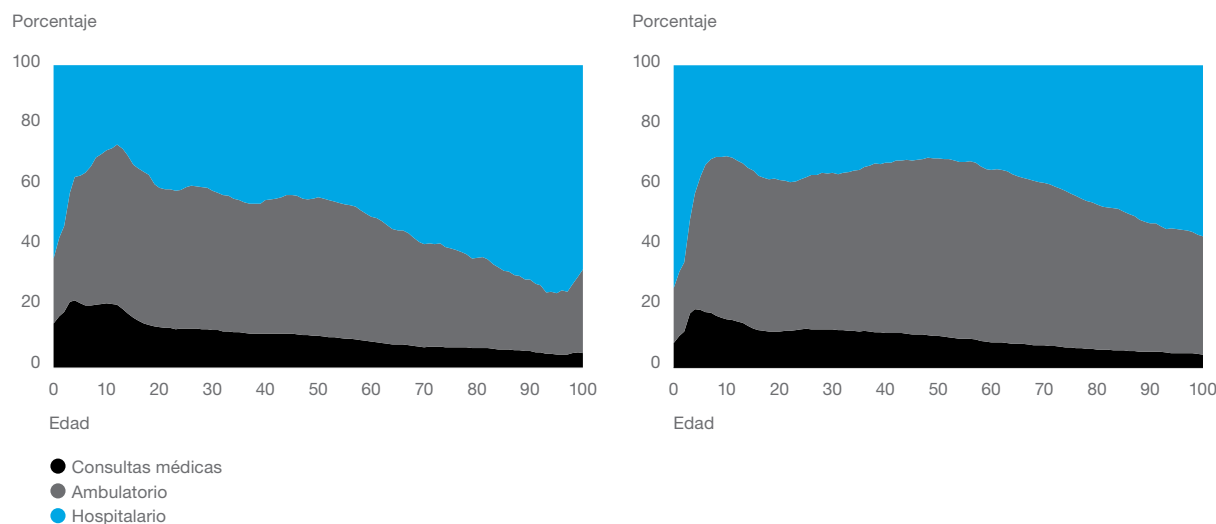
A lo largo del ciclo de vida se observa un fuerte aumento del peso de los servicios curativos y los más caros, frente a servicios típicamente asociados a medicina preventiva.

Gráfico 4.8

Composición del gasto per cápita en salud por tipo de servicio y edad, en Chile y Colombia

Panel A. Chile (subsistema de seguros privados), 2018

Panel B. Colombia (régimen contributivo), 2017



Notas: Los gastos en el rubro “Ambulatorio” contemplan todas aquellas prestaciones relacionadas al diagnóstico o tratamiento de una enfermedad que no requieren internación.

Fuente: de la Mata y Valdés (2020) para los datos de Chile, y Buitrago y Torres (2020) para los datos de Colombia.

Por último, el aumento del gasto con la edad es producto de la incidencia de patologías más severas y multimorbididades, más frecuentes en edades más avanzadas, generalmente crónicas y más costosas. El Gráfico 4.9 muestra que con la

5. Los gastos en el rubro “ambulatorio” contemplan todas aquellas prestaciones relacionadas con el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad que no requieren internación.

edad aumenta el gasto hospitalario generado por algunas de las enfermedades no transmisibles más importantes (cáncer, diabetes, desórdenes mentales, enfermedades circulatorias y respiratorias crónicas). En Chile, estas cinco enfermedades no transmisibles son responsables de la mitad de todos los gastos hospitalarios incurridos por la población de 60 años y más. En Colombia, son responsables de aproximadamente el 40 % de los gastos hospitalarios en salud del mismo grupo etario. La evidencia mostrada aquí ilustra por qué el avance de las enfermedades crónicas producto de la transición epidemiológica que acompaña el envejecimiento poblacional es una de las razones principales detrás de la preocupación por la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud.

Gráfico 4.9

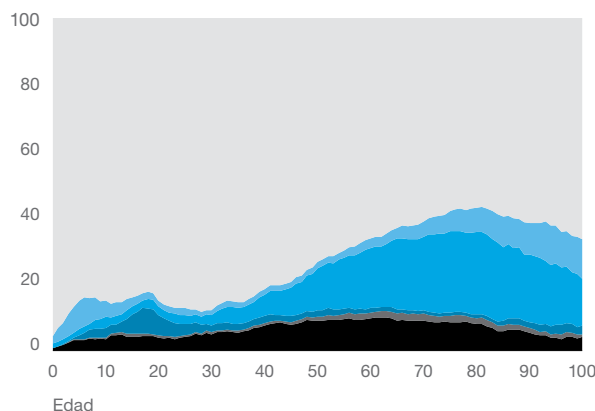
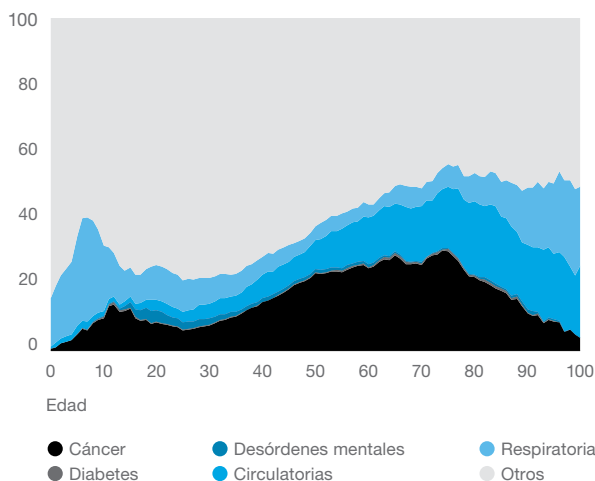
Composición del gasto hospitalario por tipo de patología y edad en Chile y Colombia

Panel A. Chile, (subsistema de seguros privados), 2013

Panel B. Colombia, (régimen contributivo), 2017

Porcentaje del gasto total en salud

Porcentaje del gasto total en salud



Notas: En el caso de Chile, las enfermedades con base en el código CIE-10 se clasifican en neoplasmas (C00-D48); diabetes (E10-E14); desórdenes mentales (F00-F99); enfermedades circulatorias (I00-I99), y enfermedades respiratorias crónicas (J00-J99).

Fuente: de la Mata y Valdés (2020) para los datos de Chile, y Buitrago y Torres (2020) para los datos de Colombia.

Gasto en salud al alza

En las últimas décadas, el gasto sanitario ha mostrado una tendencia al alza en muchos países del mundo, incluyendo los de América Latina (Chernew y Newhouse, 2011; Marino, Morgan, Lorenzoni y James, 2017). El envejecimiento de la población ha sido uno de los factores que ha contribuido a esa expansión. Alrededor de una cuarta parte del aumento de la participación del gasto público en salud con relación al producto interno bruto (PIB) observado en las últimas décadas en economías avanzadas (Clements y Coady, 2010) y un poco más de una tercera parte del

incremento en los países de América Latina en el periodo 1995-2014 (Panadeiros y Pessino, 2018) sería atribuible a factores demográficos.

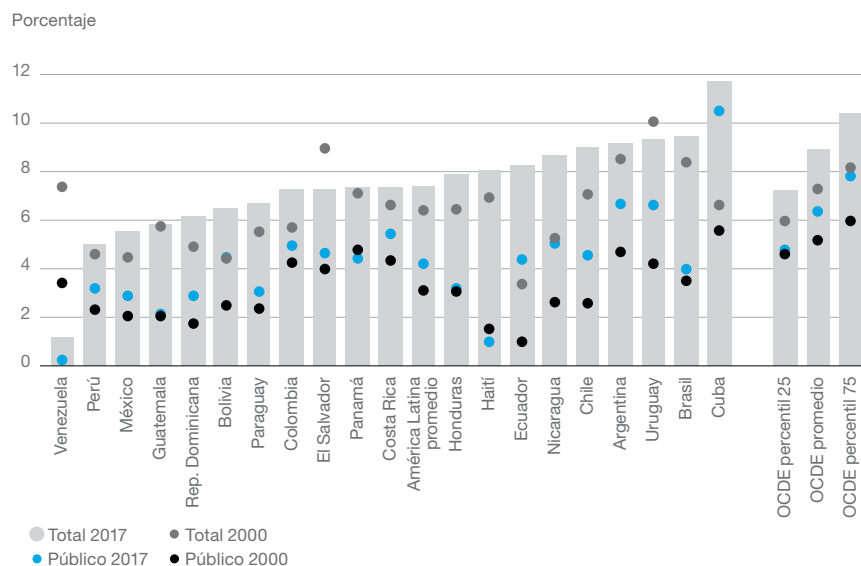
Como se documentó anteriormente, la combinación del cambio demográfico y el cambio epidemiológico, con un perfil de gastos en salud per cápita que aumenta con la edad, presiona al alza los gastos agregados en el sector de la salud. Si bien otros factores no demográficos han sido señalados también como causas de igual o mayor relevancia que los demográficos para explicar el aumento del gasto en el pasado (ver Recuadro 4.2), es natural que los países latinoamericanos encuentren en el envejecimiento una amenaza real a la sostenibilidad fiscal de sus sistemas de salud de mantenerse las tendencias observadas hasta ahora.

El promedio del gasto total (público y privado) en salud de los países de la región pasó del 6,4 % del PIB en el año 2000 al 7,4 % en el 2017, como muestra el Gráfico 4.10. Este aumento se dio en un contexto de expansión económica. Entre el 2000 y el 2017, el PIB de los países de la región creció en promedio 85 %; es decir, que el gasto en salud creció a un ritmo más rápido que la economía. La evolución del gasto público tuvo un rol determinante en esta expansión de las erogaciones. En promedio, el gasto público en salud pasó del 3,1 % al 4,2 % del PIB durante el mismo periodo. Como resultado, la participación del gasto público en el gasto total en salud subió del 47 % al 55 %.

El sector público tuvo un rol importante en el aumento del gasto total en salud, que actualmente representa el 7,4 % del PIB.

Gráfico 4.10

Gasto en salud como porcentaje del PIB en países de América Latina, 2000 y 2017



Notas: El gasto público en salud contabiliza la financiación del sistema de salud público, vía transferencias o subsidios, así como el financiamiento obligatorio que aportan los actores privados a los sistemas de seguridad social. El gasto total en salud incluye al gasto público en salud, el gasto privado voluntario, los copagos por las prestaciones y las transferencias netas del exterior destinadas al consumo de servicios sanitarios. El dato para América Latina es el promedio simple de los países reportados en el gráfico. El dato de la OCDE es el promedio simple de los países miembros de la organización, exceptuando Colombia, Chile y México.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la OMS (2019b).

Recuadro 4.2

¿Por qué crece el gasto en salud? Factores adicionales al envejecimiento

Además del envejecimiento, se han planteado diversas hipótesis para explicar el aumento sostenido en el gasto en salud —en general, a un ritmo más acelerado que el PIB— observado en la mayoría de los países. Esas explicaciones son independientes de la organización de sus sistemas de salud y su financiamiento, y comprenden:

- Avances en la tecnología médica. La introducción continua de tecnología en el sector sanitario ha sido señalada como uno de los principales determinantes del aumento sostenido del gasto en este sector. Chernen y Newhouse (2011) distinguen tres tipos de nuevas tecnologías médicas, caracterizadas por innovaciones de índole diversa: 1) nuevos productos (por ejemplo, medicamentos) o equipamiento que permite proveer un servicio diferente; 2) nuevos conocimientos que permiten una aplicación inédita de productos preexistentes; 3) innovación de procesos que reducen el costo de productos ya existentes. El gasto puede aumentar si estas innovaciones permiten atender patologías no tratadas previamente o llegar a un mayor número de pacientes, o si ofrecen mayores beneficios que un tratamiento existente, pero a un costo proporcionalmente mayor. Las innovaciones pueden también expandir el gasto al requerir servicios complementarios. Por último, las innovaciones pueden mejorar la salud de las personas y prolongar su vida, pero generando un consumo de servicios médicos mayor durante más años. La evidencia apunta a que los mecanismos a través de los cuales las innovaciones médicas presionan al alza los gastos en salud (vía costos o un mayor uso de todos los servicios médicos) han predominado sobre aquellos que podrían reducirlos.
- Aumento en el ingreso. A medida que los individuos de un país se vuelven más ricos aumenta también la proporción del gasto en salud debido a que la vida se vuelve cada vez más valiosa (Hall y Jones, 2007). Si bien existe una correlación entre el ingreso per cápita y la proporción del gasto destinado a la salud, los estudios empíricos más recientes encuentran —luego de tomar en cuenta otros factores que podrían estar mediando la relación positiva entre el gasto en salud y el ingreso— que si bien el gasto en salud aumenta con el ingreso, en general, no lo hace a una mayor velocidad que el PIB (Baltagi, Lagravinese, Moscone y Tosetti, 2017).
- Bajo crecimiento de la productividad en el sector de la salud (o lo que se conoce como la enfermedad de los costos de Baumol). Diversos estudios muestran que el crecimiento de la productividad en el sector de la salud ha sido considerablemente menor que el de otros sectores. Como el sector de la salud es altamente intensivo en mano de obra, un aumento mayor en la productividad en los otros sectores de la economía se refleja en mayores salarios y costos en el sector sanitario.
- Políticas de salud. Por su importancia y complejidad, el sector de la salud está altamente regulado. Además de la definición del presupuesto público que se destina al mismo, las políticas públicas para el sector son determinantes en el gasto agregado en salud porque suelen tener un efecto de primer orden sobre la demanda y oferta de servicios sanitarios y sobre sus costos. Con el objetivo de garantizar la cobertura universal en materia de salud, muchos países, incluidos los latinoamericanos, han expandido fuertemente la cobertura, generando un aumento en el gasto agregado del sector.

¿Cómo se encuentra América Latina con respecto a los países más desarrollados? En promedio, el gasto total en salud en los países de la región, como porcentaje del PIB, es menor en apenas 1,5 puntos porcentuales al de los países de la OCDE y similar al que estos tenían en el año 2000. A pesar del aumento ya mencionado, se mantiene una distancia relativamente mayor en la importancia del gasto público en salud

en la región con relación al de la OCDE. Mientras que, en promedio, el gasto público representa el 4,2 % del PIB y el 57 % del gasto total en salud en América Latina, estas cifras ascienden al 6,3 % y el 71 %, respectivamente, en los países miembros de la OCDE. Si bien parte de las diferencias en el gasto entre ambas regiones se explican por diferencias en el envejecimiento y el nivel de desarrollo de los países, como se documentó en el Capítulo 1, el rol de la política pública, entre otros factores, es importante (como se discute más adelante). En particular, los sistemas de salud en América Latina son menos generosos que los de la OCDE, tanto en el acceso a distintos bienes y servicios médicos como en la protección financiera que ofrecen.

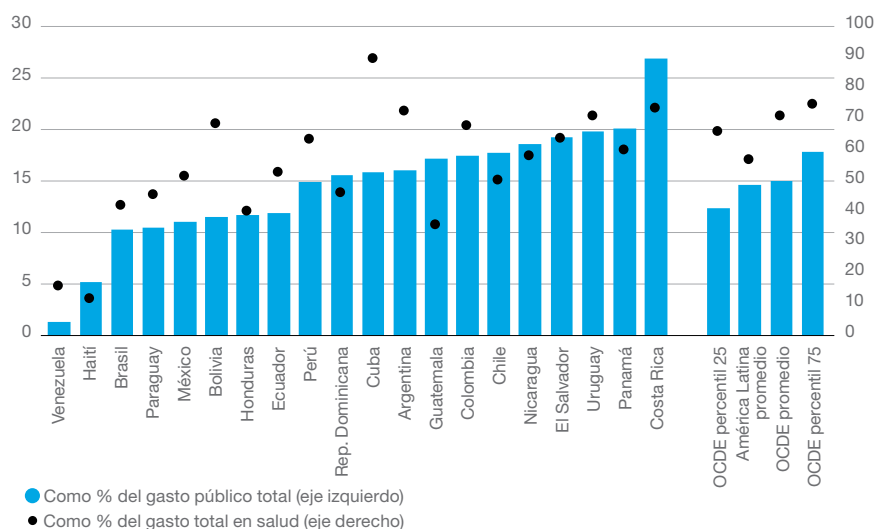
Por supuesto, tanto dentro de América Latina como de la OCDE, hay diferencias importantes en el gasto total en salud de los países, como se puede ver en el Gráfico 4.11. Por ejemplo, mientras que Argentina, Brasil, Chile, Cuba y Uruguay dedican una proporción de su PIB al gasto en salud mayor que el promedio de la OCDE, Guatemala, México y Perú dedican menos del 6 %.

A pesar del avance de la participación estatal, el gasto público en salud en la mayoría de los países de América Latina sigue estando por debajo del 6 % del PIB recomendado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014), con las excepciones de Argentina, Cuba y Uruguay. Sin embargo, al valorar este gasto con respecto al presupuesto público total, el esfuerzo realizado para atender al sector sanitario es alto. La participación de la salud en el gasto público total de América Latina es del 15 % en promedio, muy similar al de los países de la OCDE (Gráfico 4.11). Incluso en países como Chile, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Panamá y Uruguay, el peso del gasto en salud dentro del gasto público total es tal que los ubicaría dentro del 25 % de miembros de la OCDE con la cifra más alta.

El gasto público en salud como porcentaje del presupuesto público total en los países de América Latina se equipara, en promedio, al de los países de la OCDE.

Gráfico 4.11

Gasto público en salud en países de América Latina y de la OCDE, 2017



Notas: El dato de América Latina es el promedio simple de los países reportados en el gráfico. El dato de la OCDE es el promedio de los países miembros, exceptuando Colombia, Chile y México.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la OMS (2019b).

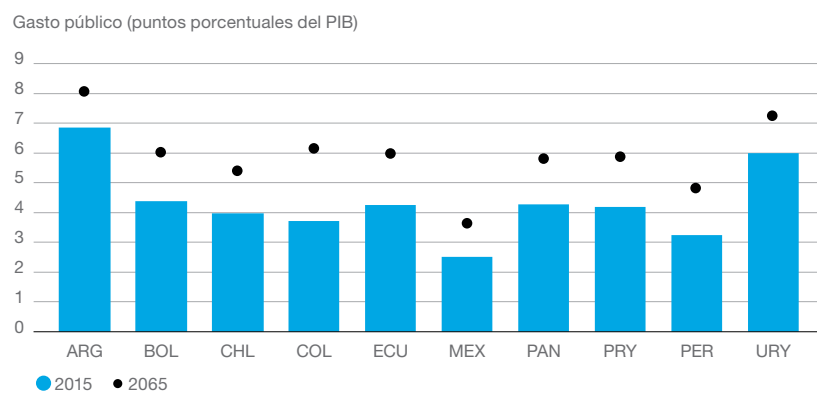
¿Cuánto puede crecer el gasto público en salud en América Latina con el envejecimiento?

La evidencia presentada hasta el momento muestra que conforme avanza el envejecimiento de la población en los países de la región es de esperar que aumente el gasto en salud. Ante tal predicción es natural preguntarse, ¿cuál podría ser la dimensión de este aumento, y, en particular, el incremento del gasto público? Como se mencionó, la participación de la salud en el gasto público total en muchos de los países de América Latina es ya relativamente alta (similar a la de los países más desarrollados). Por lo tanto, un aumento considerable en el gasto público en salud podría ejercer una presión importante sobre las finanzas públicas. ¿Es esto viable?

A continuación se presentan los resultados de un ejercicio de proyección realizado durante la elaboración de este reporte con la intención de ilustrar el efecto potencial del cambio en la estructura etaria de la población sobre el gasto público requerido en salud. Para este análisis, se utilizaron las proyecciones de envejecimiento de la población de las Naciones Unidas presentadas en el Capítulo 1, información del gasto público en salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los perfiles de gasto en salud por edad y género ya vistos en este capítulo. Debido a que estos perfiles solo se encuentran disponibles para Chile y Colombia, para el resto de los países se toma el promedio de estos dos. A grandes rasgos, las proyecciones muestran cómo evolucionaría el gasto público en salud a medida que una mayor proporción de la población alcanzara edades en las que el gasto per cápita en salud es mayor, manteniendo todo lo demás constante. No se incluye en el análisis la evolución del gasto privado en salud ni la del gasto total en servicios de cuidado de largo plazo, que, como se verá, puede ser importante de cara al futuro.

Gráfico 4.12

Proyecciones del gasto público en salud en países de América Latina, 2015 y 2065



Notas: Ver Daude y Pena (2020) para una descripción detallada de la metodología del ejercicio de proyección.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la OMS (2019b), Crosta *et al.* (2019), de la Mata y Valdés (2020), Buitrago y Torres (2020) y proyecciones de población por edad y sexo de las Naciones Unidas (2019b).

El Gráfico 4.12 presenta los resultados. Como era de esperar, en todos los casos se proyecta un aumento del gasto como porcentaje del PIB. Este aumento es

mayor en países donde el envejecimiento se encuentra menos avanzado hoy en día. Ahora, ¿de qué magnitud son estos cambios? Para el año 2065, se proyectan aumentos, según el país, de entre 1,2 y 2,4 puntos porcentuales del PIB.

Al interpretar estos resultados hay que recordar que provienen de un ejercicio dirigido a ilustrar el efecto potencial del envejecimiento en el gasto en salud del sector público, tomando como dada su estructura actual. Es decir, no se trata de un pronóstico sobre la evolución efectiva del gasto ni de estimaciones acerca de su nivel óptimo.

Recuadro 4.3

¿Cambiará el perfil de gastos por edad a medida que aumenta la esperanza de vida?

Un elemento central en la discusión acerca del efecto del envejecimiento sobre el gasto en salud es el supuesto de si el perfil de gastos por edad que se observa en la actualidad va a permanecer inalterado conforme las nuevas generaciones vayan envejeciendo. Esto depende de si el nivel de salud de la población y de sus necesidades de uso de servicios médicos a cada edad será similar, o no, al actual. ¿Es plausible esperar que no haya cambios en el perfil del gasto en salud cuando el proceso de envejecimiento implica por definición un aumento en la esperanza de vida de las personas y, por lo tanto, cambios en su salud? A grandes rasgos, hay dos visiones opuestas al respecto que se deberían esperar a medida que la población envejece.

Una visión optimista plantea que el perfil de gastos por edad podría estar por debajo del observado actualmente. Según esta hipótesis, no importa tanto la edad de las personas como el tiempo que les resta de vida (Felder, 2013). Como una parte importante de los gastos en salud se producen en los últimos años de vida, el aumento del gasto con la edad refleja el hecho de que entre las personas de edad avanzada hay más individuos próximos a morir. En esta visión, dado que el envejecimiento poblacional se produce gracias a aumentos en las tasas de supervivencia, a medida que la población envejezca, los gastos en salud para cada edad deberían ser menores, ya que habría una menor proporción de personas cuyas vidas se acerca a su fin. Defensores de esta hipótesis sostienen que el cambio en la composición etaria de la población no generará los aumentos tan acelerados que se prevén y que el envejecimiento actúa como una “cortina de humo”, tapando las verdaderas razones que explicarían la tendencia creciente de los gastos (el cambio tecnológico, los aumentos de la cobertura, los cambios de las regulaciones, las ineficiencias, etc.).

Con relación a esta hipótesis, la evidencia reciente construida a partir de datos muy precisos provenientes de registros administrativos en países desarrollados muestra que los gastos en salud en los últimos 12 meses de vida de las personas que mueren en un año determinado, si bien son altos, representan un porcentaje moderado del gasto total: entre un 6 % y un 10 %, elevándose a una cifra entre el 8 % y el 11 % si se adicionan los gastos en cuidados de largo plazo (French *et al.*, 2017). Este resultado indicaría que las ganancias generadas por mejoras en la salud y aumentos en la esperanza de vida podrían aplanar solo moderadamente la curva de gastos en salud a lo largo del ciclo de vida.

Una visión pesimista del envejecimiento plantea, por el contrario, que el perfil de gastos por edad podría ser, en el futuro, más acentuado que el que se observa actualmente. La hipótesis de expansión de la morbilidad (Gruenberg, 1977) propone que los progresos tecnológicos permiten prolongar la vida de personas más enfermas. Como consecuencia, esta hipótesis plantea que la salud de las próximas cohortes de adultos será, en promedio, peor que la observada en la actualidad y los gastos esperados para cada grupo de edad deberían ser mayores. Si este es el caso, las proyecciones de gasto basadas en perfiles actuales subestiman el impacto del envejecimiento sobre los gastos sanitarios.

El modelo de proyección toma como punto de partida el gasto per cápita actual. Sin embargo, como se discute más adelante, este nivel de gasto puede ser insuficiente, incluso hoy día, para garantizar el acceso efectivo a servicios sanitarios de calidad para toda la población. Si este es el caso, en ausencia de mejoras en la productividad de los servicios de salud, mantener a futuro el nivel de gasto actual puede llevar a un deterioro en la calidad y disponibilidad efectiva de la cobertura de esos servicios. Por otra parte, las proyecciones no toman en cuenta cambios en la oferta y demanda de servicios de salud por edad inducidos por el envejecimiento. Por ejemplo, si aumenta la disponibilidad de tratamientos hoy poco usados, puede incrementarse el gasto per cápita en las edades más avanzadas, y con este, el gasto agregado (aunque también crecerían los beneficios en la salud). Hay otro factor importante por el cual se puede modificar el perfil de gasto en salud por edad que se observan en la actualidad: cambios en el estado de salud de las nuevas generaciones al llegar a las edades más avanzadas (como se expone en el Recuadro 4.3).

Finalmente, además del envejecimiento, hay otros determinantes del gasto que debería tomar en cuenta un ejercicio cuyo objetivo sea pronosticar el gasto futuro en salud (ver Recuadro 4.2).

Envejecimiento: cambios en la demanda y en el gasto para cuidados

¿Cómo aumenta la necesidad de cuidados con la edad?

La posibilidad de tener vidas más prolongadas plantea otro desafío: el incremento de las personas que requieren de asistencia o ayudas importantes para realizar actividades de la vida diaria.

Además de la demanda de servicios propiamente de salud, la posibilidad de tener vidas más prolongadas plantea otro desafío: el incremento de las personas en situación de dependencia. La dependencia se refiere el estado en el que se encuentran las personas que requieren de asistencia o ayudas importantes para realizar actividades de la vida diaria, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual (Failache *et al.*, 2019). Las enfermedades crónicas son un factor importante que contribuye a este deterioro (Aranco, Stampini, Ibarrarán y Medellín, 2018). Las personas en condición de dependencia requieren de cuidados de largo plazo (CLP), en contraste con quienes pueden necesitar apoyo por un periodo determinado debido a una situación momentánea. La demanda creciente de cuidados asociados a la dependencia es otro factor que puede presionar al alza el gasto en salud y los recursos (monetarios y no monetarios) que los hogares dedican al cuidado de los adultos mayores.

En el Capítulo 1 se presentaron proyecciones de las Naciones Unidas sobre la evolución de la tasa de dependencia adulta en los países de América Latina para las próximas décadas (ver Gráfico 1.17, pág. 61). Esta tasa de dependencia adulta es el número de personas de 65 años y más con relación al número de personas de entre 15 y 64 años (o la relación entre mayores de 85 años, respecto a la población de 15 a 84 años, según una segunda medición). En otras palabras, es el número de adultos dependientes potenciales por cada proveedor de cuidados potencial. Como primera aproximación, se trata de un indicador útil para entender la magnitud potencial de la dependencia, que tiene la gran ventaja de utilizar información ampliamente disponible y comparable entre países (la estructura etaria

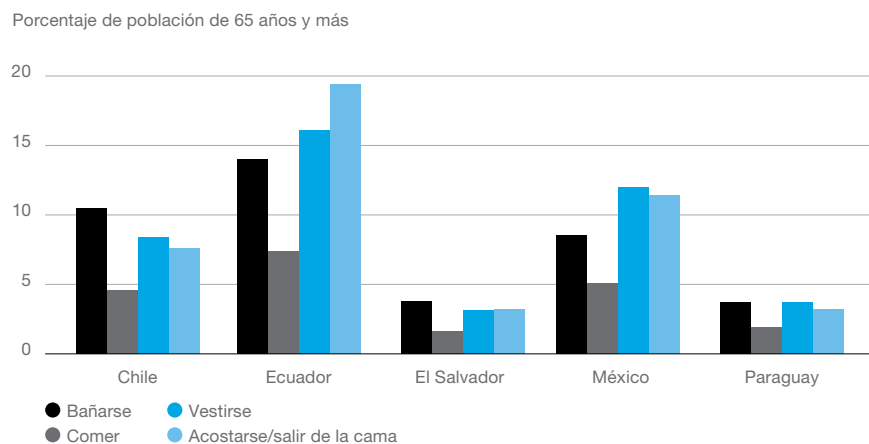
de la población). Sin embargo, tiene limitaciones importantes, ya que no todos los adultos mayores están en situación de dependencia.

En América Latina, hacen falta fuentes de información que permitan conocer la incidencia efectiva de la dependencia y, más aún, hacer comparaciones sistemáticas entre países. Con el propósito de contribuir a paliar este vacío informativo, durante la elaboración de este reporte se llevó a cabo un análisis de las encuestas longitudinales de protección social realizadas en Chile, Colombia, El Salvador y Paraguay, y de las encuestas sobre salud y envejecimiento de Argentina, Ecuador y México, y se comisionó un informe al respecto (Failache *et al.*, 2019). Los resultados que se presentan a continuación incluyen a la mayor cantidad de países analizados para los cuales hay información disponible para el indicador específico reportado. No obstante, se aconseja tener cautela al hacer comparaciones entre países, dado que suele haber diferencias en las preguntas utilizadas para medir un mismo fenómeno.

El Gráfico 4.13 muestra la proporción de personas mayores de 65 años que tienen dificultades para realizar por sí mismas cuatro actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en cinco países de la región. Las cifras varían entre países, pero entre el 4 % y el 14 % necesitan ayuda para bañarse; entre el 2 % y el 7 %, para comer; entre el 3 % y el 16 %, para vestirse; y entre el 3 % y el 9 %, para acostarse o levantarse de la cama. Por supuesto, algunas personas pueden requerir ayuda para solo una de estas actividades, mientras que otras pueden hacerlo para dos o más.

Gráfico 4.13

Población de 65 años y más con dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria por tipo de actividad en cinco países de América Latina, 2015 o año más reciente

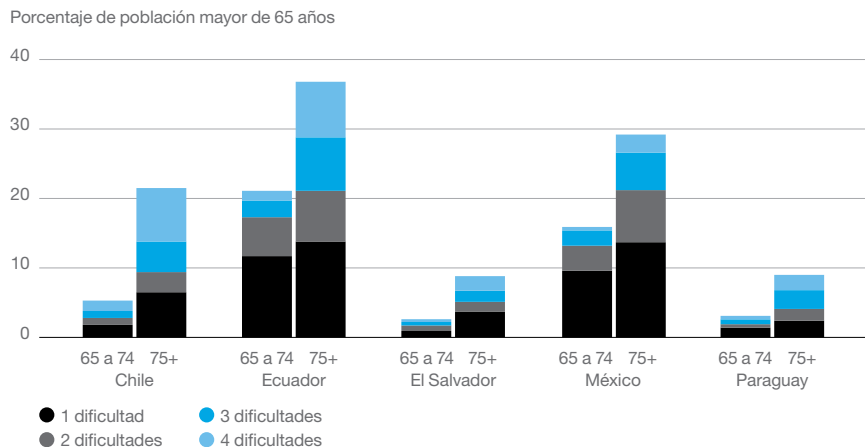


Notas: En Chile, El Salvador y Paraguay se pregunta a la persona entrevistada si “habitualmente necesita ayuda o tiene dificultades” para realizar cada una de las actividades reportadas, mientras que en Ecuador y México se pregunta si “tiene dificultades” para realizar esas mismas actividades.

Fuentes: Elaboración propia con base en microdatos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social en Chile, 2015; El Salvador, 2013; y Paraguay, 2015; Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento 2009 en Ecuador; y Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento 2015 en México.

Gráfico 4.14

Dependencia por número de actividades básicas de la vida diaria para las cuales se necesita ayuda en cinco países de América Latina, 2015 o año más reciente

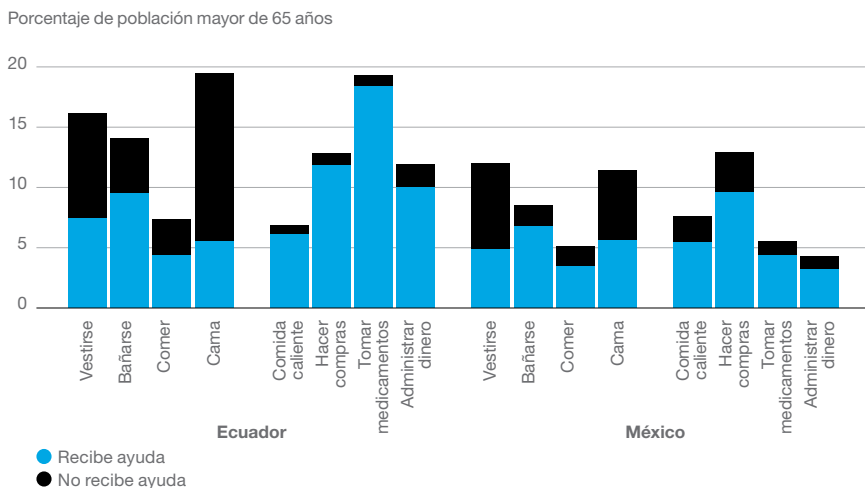


Notas: Se consideran dificultades para vestirse, bañarse, comer y entrar o salir de la cama. En Chile, El Salvador y Paraguay se pregunta a la persona entrevistada si “habitualmente necesita ayuda o tiene dificultades” para realizar cada una de las actividades reportadas, mientras que en Ecuador y México se pregunta si “tiene dificultades” para realizar esas mismas actividades.

Fuentes: Elaboración propia con base en microdatos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social en Chile, 2015; El Salvador, 2013; y Paraguay, 2015; la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores en Argentina, 2012; la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Ecuador, 2009; y la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2015.

Gráfico 4.15

Población mayor en situación de dependencia y déficit de cuidados para actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) en Ecuador y México, 2009 y 2015



Fuentes: Elaboración propia con base en microdatos de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento 2009 en Ecuador; y la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento 2015 en México.

El Gráfico 4.14 muestra la proporción de adultos mayores que tienen dificultades para realizar por lo menos una de las actividades reportadas en el Gráfico 4.13, con información desagregada por grupo etario y por el número de actividades para las cuales requieren ayuda. Dos patrones destacan. Primero, la dependencia aumenta con la edad. En todos los casos, la incidencia de la dependencia es mayor entre la población mayor de 75 años que entre la de 65 a 74 años de edad. Las implicaciones de este fenómeno son cruciales para la demanda de cuidados. Conforme una mayor proporción de la población llegue a edades más avanzadas, es de esperar que aumente el número de personas que necesitarán ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria. Segundo, una proporción considerable de los adultos mayores en situación de dependencia tiene dificultades para realizar dos o más de estas cuatro actividades básicas, un dato que importa porque el número de dificultades en ABVD que padece una persona está asociado con la intensidad de los cuidados que requiere (Failache *et al.*, 2019). Al valorar la información contenida en este gráfico, es importante tomar en cuenta que puede haber otras actividades cotidianas para las cuales los adultos mayores necesitan apoyo, y que no se reportan aquí porque no se incluyen en todas las encuestas analizadas. Por lo tanto, estos datos subestiman probablemente a la población en situación de dependencia. Aun así, se observa una alta prevalencia de la dependencia entre la población de 75 años y más en Chile, Ecuador y México, e incluso entre la que tiene de 65 a 74 años de edad en los últimos dos países.⁶

Como la dependencia aumenta con la edad, es de esperar que con el envejecimiento poblacional aumente el número de personas en situación de dependencia.

Como podría esperarse, las limitaciones para realizar actividades de la vida diaria se ven reflejadas en otros ámbitos de la vida. Por ejemplo, los adultos mayores en situación de dependencia tienen tasas de participación laboral más bajas que las personas que no padecen estas limitaciones (Failache *et al.*, 2019), lo cual puede resultar en un estado de mayor vulnerabilidad económica, considerando la cobertura limitada de las pensiones en la región (ver Capítulo 3).

La presencia de dificultades para realizar actividades básicas no implica necesariamente la recepción de ayuda. El Gráfico 4.15 muestra la proporción de personas de 65 años y más en Ecuador y México que tiene dificultades para realizar por lo menos una de las cuatro ABVD ya presentadas. A estas se suman cuatro actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): preparar comida caliente, hacer compras, tomar medicamentos y administrar dinero. El análisis se limita a estos dos países porque son los únicos para los cuales las encuestas utilizadas permiten hacer esta distinción. La inclusión de las AIVD muestra otra dimensión, más compleja, en la cual las personas pueden tener dificultades para funcionar de manera independiente.⁷ Para cada actividad, se muestra la proporción de personas que recibe y no recibe ayuda aun necesiéndola. En cuanto a las ABVD, es claro que la proporción de personas con dificultades es superior a la que recibe apoyo. Por ejemplo, menos de la mitad de quienes tienen dificultad para vestirse por sí mismos reciben ayuda para hacerlo. Es decir, una parte importante de los adultos mayores que necesitan ayuda para realizar este grupo básico de actividades de la vida diaria no la reciben. Esta brecha es mucho menor en actividades instrumentales (preparar comida caliente, hacer compras, administrar medicamentos y manejar dinero). Estas brechas sugieren la existencia de

6. En El Salvador y Paraguay se da una baja prevalencia de dificultades en estas cuatro actividades. Sin embargo, la prevalencia es más significativa en otras actividades, como subir escaleras (no reportadas en los gráficos). A este respecto, el 25 % de los mayores de 65 años en Chile declaran tener dificultades para subir por sí mismos escaleras, mientras que las cifras son del 43 % en Ecuador, el 18 % en El Salvador, el 29 % en México y el 27 % en Paraguay.

7. En Medellín *et al.* (2018) se puede consultar un análisis detallado sobre la medición de la dependencia.

un déficit de cuidados, aunque se debe reconocer que algunas de estas personas podrían no recibir apoyo porque son capaces de llevar a cabo estas actividades de manera autónoma sobreponiéndose a las dificultades.

En resumen, es de esperar que conforme avance el proceso de envejecimiento de la población aumente de manera considerable el número de personas que requerirán cuidados de largo plazo, debido al aumento de la dependencia con la edad y a las altas tasas de dependencia prevalentes en la región. Este aumento esperado en la demanda de cuidados se da en un contexto en el cual hoy en día un grupo significativo de personas pudiera recibir menos cuidados de los que necesita para realizar actividades básicas de la vida diaria.

¿Quién cuida a los adultos mayores con dependencia en América Latina?

En la región, la familia funciona como el principal proveedor de cuidados de largo plazo para adultos mayores. Los servicios de atención se encuentran poco desarrollados, tanto los de tipo domiciliario como los institucionales.

En la región, la familia funciona como el principal proveedor de cuidados de largo plazo para adultos mayores. Los servicios de atención se encuentran poco desarrollados, tanto los de tipo domiciliario como los institucionales. Por ejemplo, la poca información disponible muestra que solo una minoría de adultos mayores habita en residencias institucionales. De acuerdo a los censos de población, menos del 1 % de la población de 65 años y más en Brasil, Costa Rica, Ecuador y Uruguay vive en una residencia. Si bien estos datos no se encuentran actualizados —se refieren al 2011 (2010 para Brasil)—, son útiles para fijar un punto de referencia. Si uno se enfoca en la población de 85 años y más, el panorama no es muy distinto. La población en este rango etario que vive en una residencia institucional alcanza el 2,3 % en Brasil y el 1,3 % en Costa Rica, y se sitúa en el 0,5 % en Ecuador y Uruguay. En comparación, esta cifra asciende en promedio al 9,8 % entre los mayores de 80 años de los países de la OCDE (2020c).

¿Cuál es la situación de los adultos mayores que residen en sus hogares y reciben cuidados de largo plazo? El Cuadro 4.1 presenta información al respecto para Argentina, Colombia y México (en concreto, sobre el cuidador principal). En los tres países, las personas no remuneradas son la principal fuente de cuidados. De manera más específica, el 77 % de los cuidadores principales en Argentina son familiares, mientras que en México lo son entre el 95 % y el 99 %, según el tipo de actividad (los datos utilizados para Colombia no permiten hacer una distinción similar). En Argentina, donde la encuesta utilizada posibilita una mayor desagregación para el perfil del cuidador, es posible observar que la atención remunerada es llevada a cabo principalmente por personal no especializado, y en menor medida por personal especializado.⁸

Como en otras dimensiones del cuidado a adultos mayores, hay poca información acerca de las características de los proveedores no remunerados y del alcance de sus actividades. Con el objetivo de paliar este vacío informativo, la Encuesta CAF (ECAF) 2019 ofrece evidencia novedosa sobre la población que brinda cuidados no remunerados a personas adultas en 11 ciudades de América Latina. Para

8. En Uruguay, el 20 % de los adultos mayores receptores de cuidados reciben atención de personal remunerado (Failache *et al.*, 2019), lo cual, junto con la información reportada para Argentina, ilustra la mayor presencia que pueden tener los servicios remunerados de CLP en países más envejecidos. No obstante, en el caso de Uruguay no se puede distinguir si se hace referencia a un cuidador principal o a un secundario.

interpretar los resultados siguientes es importante tener en cuenta que son informativos del cuidado de adultos en general, es decir, no se refieren exclusivamente a los cuidados de largo plazo a adultos mayores en situación de dependencia (con dificultades para desarrollar alguna actividad de la vida diaria, como las ya descritas). Por lo tanto, las preguntas utilizadas pueden capturar también actividades de cuidado temporal y de acompañamiento a adultos de cualquier edad. Además, el dominio de estudio de la ECAF 2019 abarca a personas de entre 25 y 64 años de edad, es decir, no incluye a adultos de 65 años y más. La omisión importa porque las personas en este rango etario tienden a tener un rol activo como proveedores de cuidados, particularmente a cónyuges (López-Ortega y Aranco, 2019).

Cuadro 4.1

Adultos mayores con dependencia que reciben cuidados de largo plazo por tipo de cuidador principal y tipo de actividad de la vida diaria en Argentina (2012), Colombia y México (2015)

Tipo de cuidador	Argentina		Colombia	México	
	ABVD	AIVD		ABVD	AIVD
No remunerado	83 %	81 %	95 %	95 %	99 %
Familiar	77 %	77 %		93 %	97 %
Otro	6 %	4 %		2 %	2 %
Remunerado	17 %	19 %	5 %	5 %	1 %
Personal especializado	4 %	2 %			
Personal no especializado	13 %	17 %			

Notas: Se consideran como actividades básicas de la vida diaria (ABVD) vestirse, bañarse, comer y entrar o salir de la cama. Se consideran como actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) preparar comidas calientes, hacer compras, administrar medicamentos y manejar dinero. Para Colombia no se distingue por el tipo de actividad por la cual las personas reciben cuidados. Para México se toma en cuenta solo el primer cuidador que reporta la persona entrevistada para cada tipo de actividad.

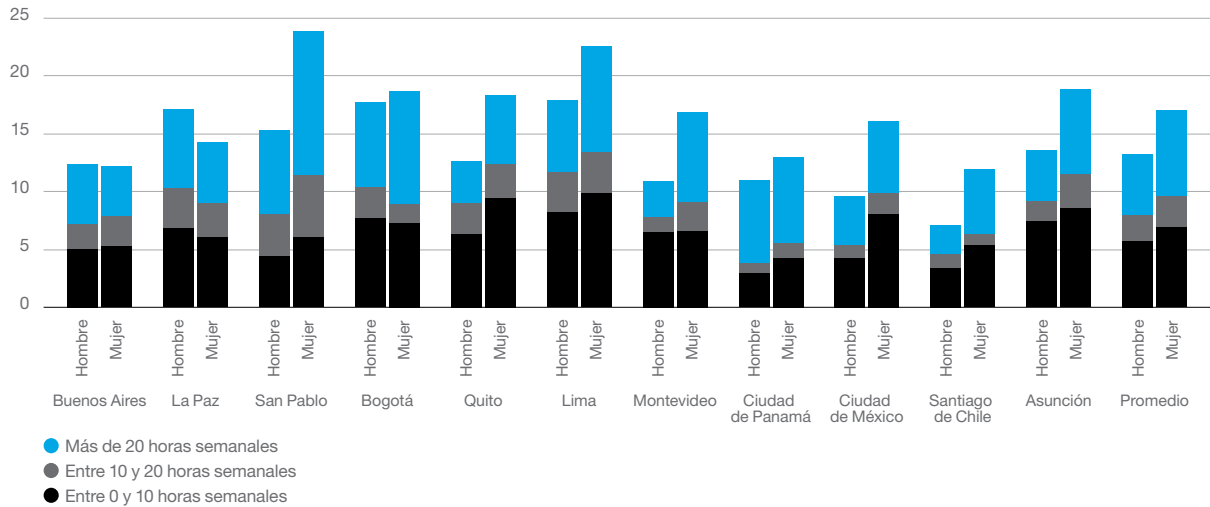
Fuente: Failache *et al.* (2019) para Colombia. Elaboración propia con microdatos de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 en Argentina y la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento 2015 en México.

El Gráfico 4.16 muestra el porcentaje de población en las ciudades participantes en la ECAF 2019 que brindó cuidados no remunerados a una persona adulta durante la semana previa a la consulta. En promedio, el 17 % de las mujeres consultadas y el 13 % de los hombres fungieron como cuidadores de algún adulto mayor, una brecha de género que se observa en casi todas las ciudades estudiadas. Esta feminización del cuidado es un patrón generalizado, que se ha documentado ampliamente en el caso del cuidado a menores (Marchionni, Gasparini y Edo, 2019). En el mismo gráfico, se puede observar la carga horaria que suponen estas tareas de cuidado, la cual sigue un patrón en forma de U: alrededor del 6 % de las personas en estas ciudades dedica menos de 10 horas a la semana, 2 % consagra entre 10 y 19 horas, y 6 % lo hace 20 o más horas a la semana. Este patrón sugiere la existencia de dos grupos distintos de cuidadores no remunerados: quienes participan, pero lo hacen de forma moderada, y quienes se dedican de manera más intensiva a las tareas de cuidado.

Gráfico 4.16

Población con edad entre 25 y 65 años que brinda cuidados no remunerados a adultos, según el número de horas de cuidados, en 11 grandes ciudades de América Latina

Porcentaje de población de 25 a 65 años

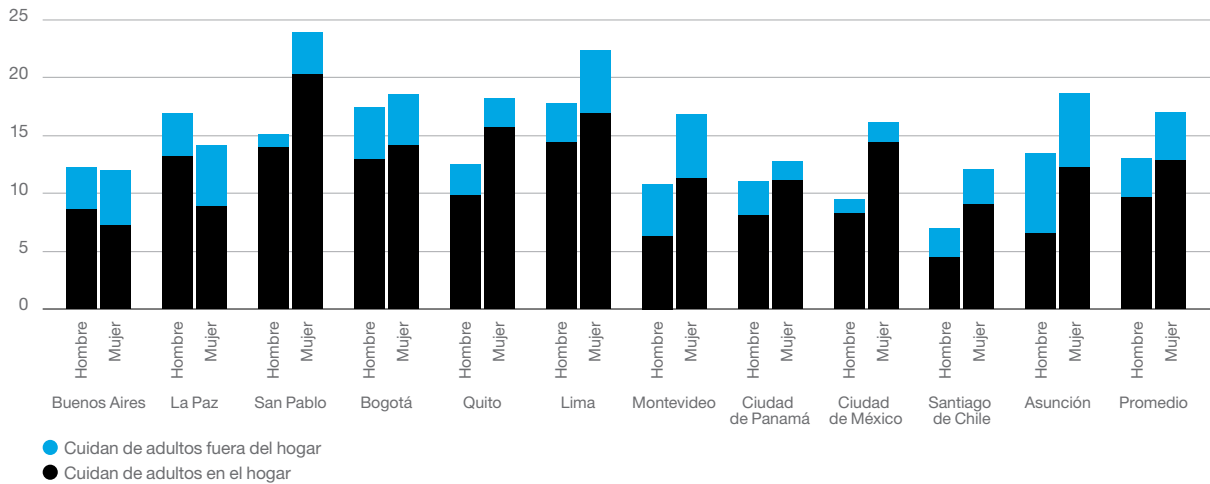


Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

Gráfico 4.17

Población de 25 a 65 años que brinda cuidados no remunerados a adultos por condición de residencia del receptor de los cuidados en 11 ciudades de América Latina

Porcentaje de población de 25 a 65 años



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

Como lo muestra el Gráfico 4.17, los principales destinatarios del tiempo de cuidado documentado por la ECAF en esas ciudades son adultos que residen en el mismo hogar que la persona que provee los cuidados. En promedio, 13 % de las mujeres y 10 % de los hombres cuidaron a algún adulto que vivía en su hogar, mientras que solamente 4 % y 3 %, respectivamente, cuidaron a un adulto que reside en otra vivienda.

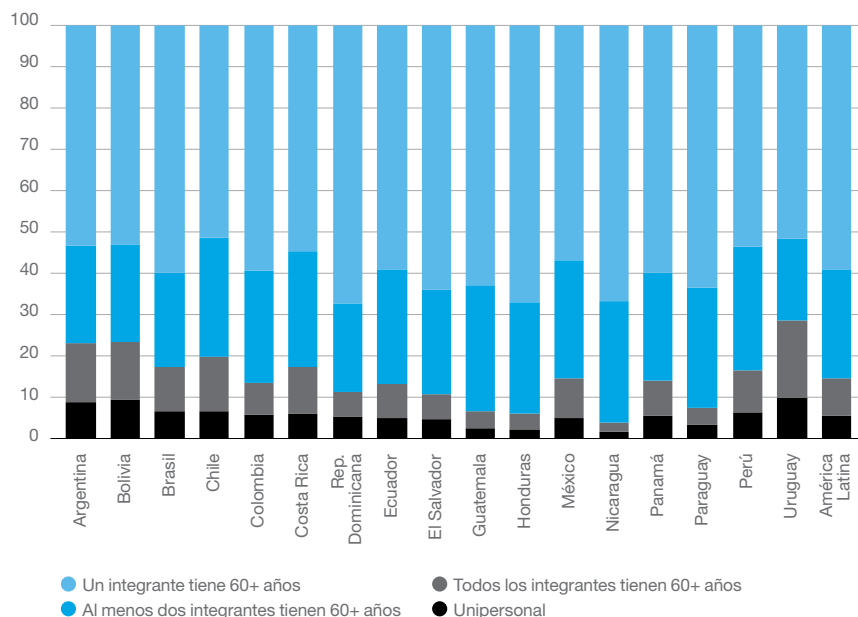
Los principales destinatarios del tiempo de cuidado son adultos que residen en el mismo hogar que la persona que provee los cuidados.

La carga horaria por cuidador no necesariamente coincide con el número de horas de cuidados que cada individuo en situación de dependencia recibe en promedio, ya que suele haber más de un cuidador por persona. En un informe comisionado para este reporte, Failache *et al.*, (2019) indagan en el número de horas semanales de cuidado que reciben los adultos mayores en situación de dependencia en Colombia y Uruguay. Sus hallazgos muestran una provisión de cuidado intensa por parte de otros residentes del hogar. En promedio, cada adulto mayor en situación de dependencia recibe 53 horas semanales de cuidado en Colombia y 80 horas en Uruguay. Estas autoras documentan también que la extensión horaria del cuidado aumenta con la intensidad de las limitaciones.

Gráfico 4.18

Población de 60 años y más según el tipo de hogar en el que residen en países de América Latina, 2018 o año más reciente

Porcentaje de adultos de 60 años y más



Notas: Los datos de Argentina, Bolivia, Colombia, México, Panamá y Perú son de 2018; los de Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras y Uruguay, de 2017; los de República Dominicana, de 2016; los de Paraguay, de 2015; y los de Guatemala y Nicaragua, de 2014.

Fuente: Elaboración propia con base en procesamiento de CEDLAS (2020).

La preponderancia del cuidado a adultos por integrantes de un mismo hogar tiene su correlato en la estructura de los hogares. El Gráfico 4.18 caracteriza a los hogares en los que residen personas de 60 años y más en América Latina, utilizando encuestas nacionales de hogares. En promedio, el 5 % de las personas de 60 años y más viven solas, y el 9 % reside en hogares multipersonales, integrados exclusivamente por individuos de esa misma franja etaria. El otro 86 % de los adultos vive en hogares en los cuales comparten residencia con personas menores de 60 años. En su conjunto, la información mostrada en este apartado sugiere que hay una relación entre la estructura de los hogares y las necesidades de cuidado de los adultos mayores.

En resumen, la evidencia indica que la familia es la principal fuente de cuidados para los adultos mayores en la región. Debido al bajo uso de servicios de cuidado formales y al avance todavía incipiente del proceso de envejecimiento de la población, el gasto en servicios de cuidado de largo plazo es aún limitado en los países latinoamericanos, aunque la ausencia de estadísticas oficiales al respecto no permite precisar este enunciado. En algunos de ellos, como Argentina, se observa una mayor presencia de proveedores no especializados remunerados. Tal situación contrasta con lo que ocurre en buena parte del mundo desarrollado.

Gasto al alza en cuidados de largo plazo: la experiencia de países desarrollados

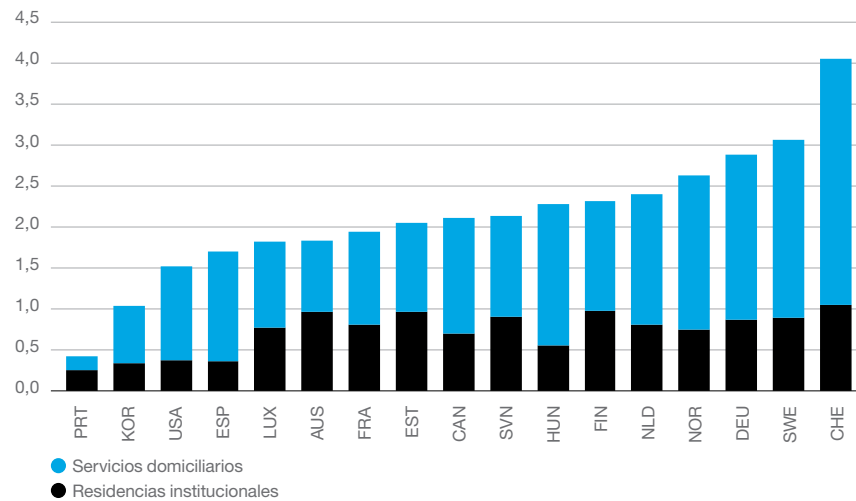
El gasto en servicios de cuidados de largo plazo de un país es resultado de la cantidad de personas que usan estos servicios y del gasto promedio por usuario. ¿Qué tan extendido está el uso de estos servicios en los países de la OCDE en la actualidad? El Gráfico 4.19 muestra el porcentaje de población de 65 años y más que recibe servicios formales de cuidado de largo plazo y, por lo tanto, no incluye los cuidados informales, ya sean remunerados o no. En promedio, el 12 % de los adultos mayores son usuarios de servicios formales de cuidados de largo plazo (CLP), lo que equivale al 3,6 % de la población total en estos países. Alrededor de dos terceras partes recibe servicios en una institución (no hospitalaria), mientras que una tercera parte recibe servicios domiciliarios.

El Gráfico 4.20 muestra el gasto promedio por usuario de servicios formales de cuidado de largo plazo (como porcentaje del PIB per cápita) de 17 países de la OCDE para los cuales hay datos disponibles. Si bien hay heterogeneidad entre países, llama la atención que en 8 de los casos reportados el gasto per cápita por usuario es de por lo menos el 50 % del PIB per cápita, y en dos de esos casos (Holanda y Noruega) llega incluso al 100 % del PIB per cápita. Detrás de esta cifra, hay diferencias de intensidad de uso, calidad y precio de los servicios. No obstante, su magnitud ilustra el alto nivel de gasto per cápita potencial de los servicios formales de CLP.

Gráfico 4.19

Población de 65 años y más usuaria de servicios formales de cuidado de largo plazo por tipo de servicio en países de la OCDE, 2016

Porcentaje de población de 65 años y más



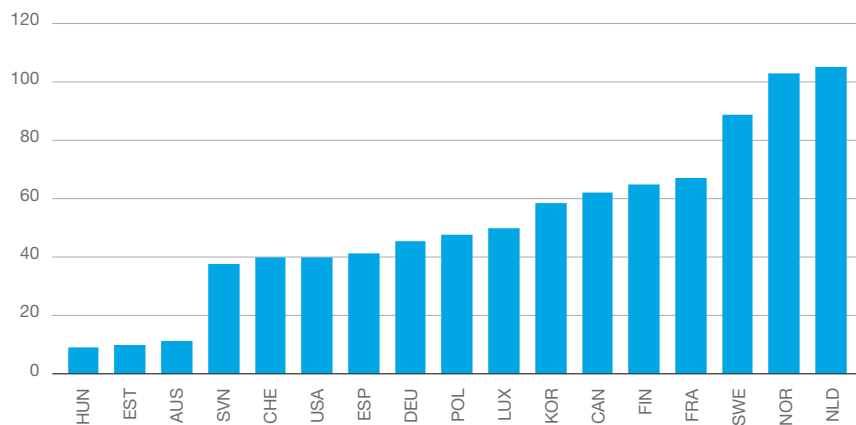
Notas: El gasto en cuidados de largo plazo abarca al conjunto de estos destinados a prestaciones médicas que alivian el dolor y administran servicios de salud para casos de dependencia extendidos en el tiempo, así como la provisión de asistencia en actividades de la vida diaria.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la OCDE (2020c).

Gráfico 4.20

Gasto promedio por usuario de servicios formales de cuidado de largo plazo en países de la OCDE, 2016

Porcentaje del PIB per cápita



Notas: El gasto en cuidados de largo plazo abarca al conjunto de estos destinado a prestaciones médicas que alivian el dolor y administran servicios de salud para casos de dependencia extendidos en el tiempo, así como la provisión de asistencia en actividades de la vida diaria.

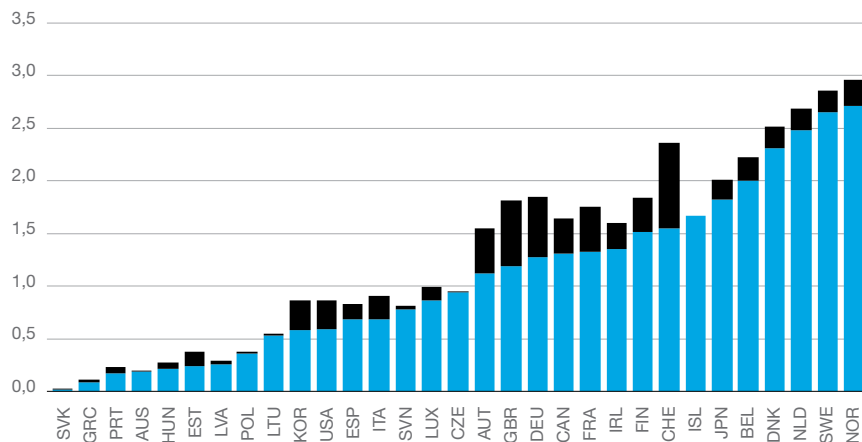
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la OCDE (2020c).

Gráfico 4.21

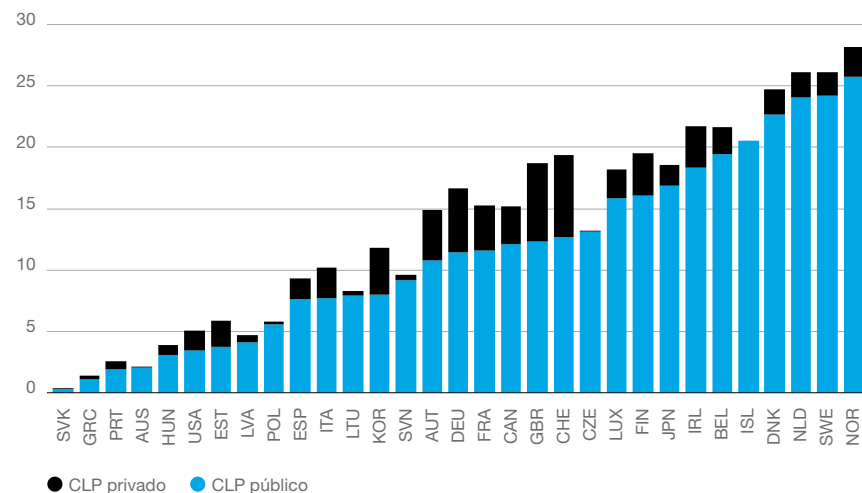
Gasto público y privado en servicios de cuidado de largo plazo
en países de la OCDE, 2016

Panel A. Gasto en servicios de cuidado de largo plazo como porcentaje del PIB

Porcentaje del PIB

**Panel B. Gasto en servicios de cuidado de largo plazo como porcentaje del gasto en salud**

Porcentaje del gasto en salud total



Notas: El gasto en cuidados de largo plazo abarca al conjunto de estos destinados a prestaciones médicas que alivian el dolor y administran servicios de salud para casos de dependencia de largo plazo, así como la provisión de asistencia en actividades de la vida diaria.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de OCDE (2020c).

Como consecuencia, no sorprende que el gasto en servicios formales de CLP haya alcanzado niveles considerables en un número importante de países desarrollados. Como se reporta en el panel A del Gráfico 4.21, el gasto en este rubro es superior al 1 % del PIB en 16 de 31 países de la OCDE, y alcanza el 2 % del

PIB en 7 de los casos. Como el proceso del envejecimiento sigue en marcha, la OCDE proyecta que el gasto promedio en estos países se triplique para el año 2050 (Colombo, Llena-Nozal, Mercier y Tjadens, 2011).

Como se puede observar en el mismo gráfico, el rol del gasto público en el mercado de servicios de cuidados de largo plazo es preponderante. En promedio, el gasto público representa el 87 % del gasto total en servicios de cuidados en los países de la OCDE. En comparación, el gasto público contribuye al 72 % del gasto total en salud en los mismos países (ver Gráfico 4.11, pág. 239). O sea, que el gasto público tiene una mayor presencia en el mercado de servicios de cuidado de largo plazo que en el de servicios propiamente de salud.

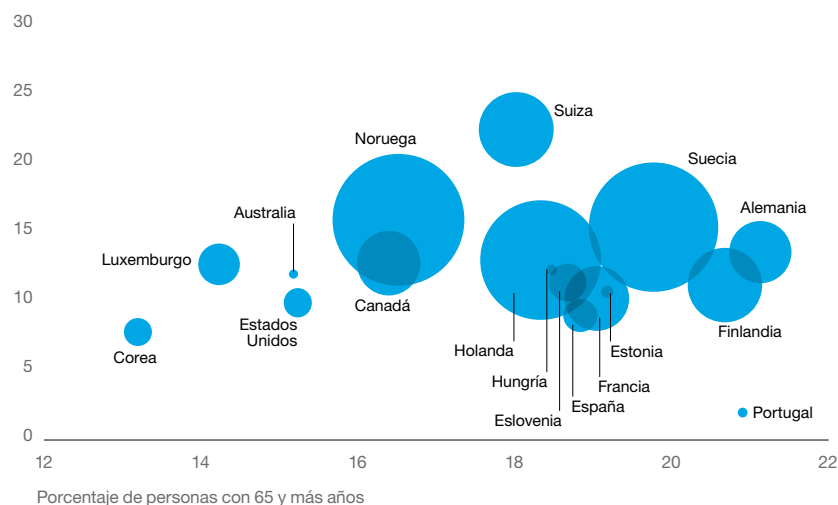
Otra manera de valorar la importancia del gasto en servicios de cuidado de largo plazo es por su contribución al gasto total en salud (público y privado) del cual forma parte. Como se reporta en el panel B del Gráfico 4.21, en la mitad de los países de la OCDE, el gasto en servicios de cuidado de largo plazo es por lo menos el 15 % del gasto sanitario, llegando a representar alrededor de una cuarta parte en el caso de Dinamarca, Suecia, Holanda y Noruega. Es de destacar también que el ordenamiento entre países observado en los paneles A y B es similar, lo cual sugiere que el gasto en servicios de cuidado de largo plazo pudiera ser un sustituto del gasto en servicios sanitarios, particularmente del gasto en pacientes en estado crítico (French *et al.*, 2019).

Como se dijo al principio de este subapartado, el gasto en servicios de CLP es el producto del número de usuarios de estos servicios y del gasto promedio por usuario. Con el envejecimiento, es de esperar que aumenten ambas cifras, ya que la dependencia crece con la edad, tanto en el margen extensivo como en el intensivo (más personas necesitan más cuidados). Pero hay otra manera en que este cambio demográfico puede impactar en el uso y el gasto en servicios de CLP. En la medida en que una mayor proporción de la población se pueda encontrar en situación de dependencia, es de esperar que la oferta de servicios se desarrolle y que los gobiernos implementen políticas públicas de apoyo a la demanda. El Gráfico 4.22 presenta evidencia sugestiva de este fenómeno. Este gráfico muestra cómo el gasto en servicios formales de CLP varía de acuerdo al envejecimiento (eje horizontal) y al uso de estos servicios entre los adultos mayores (eje vertical). Como era de esperar, se puede observar una relación entre el envejecimiento (eje horizontal) y el gasto en CLP (representado en las burbujas). Pero quizás el patrón que más llama la atención es que se observa también una relación positiva entre el envejecimiento y la proporción de adultos mayores que utilizan servicios formales de CLP. Si bien esta evidencia es solo indicativa, es compatible con la hipótesis de que el envejecimiento puede aumentar el gasto en servicios de cuidados de largo plazo, tanto por el crecimiento de la cantidad de personas que necesitan estos servicios, como de la proporción que efectivamente los usan.⁹

9. Por el contrario, a medida que se desarrolle el mercado de servicios de CLP, es de esperar que el nivel de competencia en este mercado aumente y los precios disminuyan, lo cual podría ayudar a aliviar el efecto del envejecimiento en el gasto en estos servicios. No obstante, la evidencia proveniente de países desarrollados no parece respaldar, hasta el momento, esta hipótesis. Durante las últimas décadas, los precios de los servicios de CLP han seguido una tendencia al alza —si bien es difícil afirmarlo con certeza debido a que durante el mismo período ha habido cambios importantes en la calidad de estos servicios— (Barczyk y Kredler, 2018).

Gráfico 4.22**Gasto y uso de los servicios formales de cuidado de largo plazo y envejecimiento en los países de la OCDE, 2016**

Porcentaje de personas con 65 y más años que reciben cuidados de largo plazo en instituciones no hospitalarias o en el hogar



Notas: El gasto en cuidados de largo plazo abarca al conjunto de estos destinados a prestaciones médicas que alivian el dolor y administran servicios de salud para casos de dependencia extendidos en el tiempo, así como la provisión de asistencia en actividades de la vida diaria.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la OCDE (2020c).

Finalmente, es importante tener en cuenta que el rol prominente que tienen los servicios formales de CLP en muchos países desarrollados no implica la ausencia de cuidadores informales. Por ejemplo, entre los adultos mayores de 50 años de edad que reciben cuidados de largo plazo en Estados Unidos, el 72 % es atendido en casa exclusivamente por proveedores informales y un 10,5 % por una combinación de proveedores informales y formales (un 4,5 % reciben cuidados en casa proporcionados exclusivamente por trabajadores formales y un 13 % en residencias institucionales para adultos mayores) (Barczyk y Kredler, 2018).

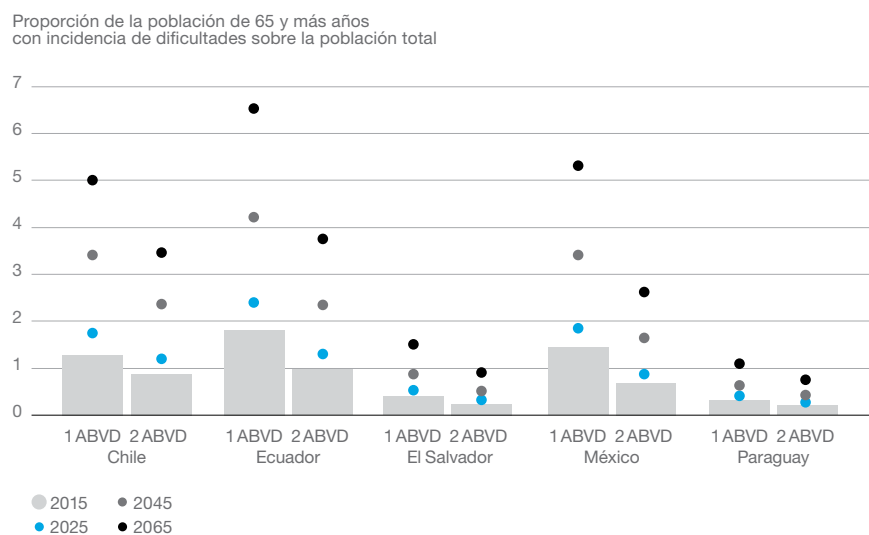
¿Cómo puede aumentar la demanda de cuidados de largo plazo en América Latina?

La demanda de cuidados de largo plazo, entendida como la proporción de la población total que requiere de esta atención, depende de la estructura etaria de la población y de la incidencia de la dependencia por edad. Como se documentó en las páginas anteriores, la probabilidad de que una persona se encuentre en situación de dependencia aumenta con la edad, y la proporción de adultos mayores en esa situación en América Latina es elevada, particularmente entre los que tienen más de 70 años. Por lo tanto, es de esperar que se dé un aumento importante en la demanda de cuidados de largo plazo conforme continúe el proceso de envejecimiento de la población en la región.

En el Gráfico 4.23 se presentan los resultados de un ejercicio simple de proyección que tiene el propósito de ilustrar la dimensión potencial del aumento en la demanda de cuidados de largo plazo en los países de la región. Para este ejercicio, se utilizaron las proyecciones de cambio en la estructura de la población de las Naciones Unidas y los perfiles de dependencia para las ABVD por edad, cuyos resultados fueron presentados en las páginas anteriores. En resumen, estas proyecciones muestran la evolución esperada en la cantidad de personas de 65 años y más en situación de dependencia como proporción de la población total, dado el perfil actual de salud por edad y el cambio esperado en la estructura de la población. Para proveer información sobre la intensidad de la dependencia, se muestran proyecciones de la cantidad de personas con necesidad de ayuda para hacer por lo menos una y dos ABVD.

Gráfico 4.23

Población de 65 años y más en situación de dependencia en cinco países de América Latina, 2015 y proyecciones para 2025, 2045 y 2065



Fuente: Elaboración propia con base en microdatos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social en Chile, 2015; El Salvador, 2013; y Paraguay, 2015; la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 en Argentina; la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento 2009 en Ecuador; y la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento 2015 en México.

Salta a la vista que se esperan aumentos notables de la población de adultos mayores en situación de dependencia en los cinco países analizados. Estos aumentos son más acelerados en países en los cuales se espera un mayor aumento de la población de adultos mayores (por ejemplo, Chile) o donde la incidencia de la dependencia es relativamente alta desde los 65 años de edad (por ejemplo, Ecuador y México). Estas proyecciones dependen de si hay o no hay cambios en la salud de las futuras generaciones respecto a las actuales. Por una parte, mejoras en la nutrición, los servicios de salud y, en general, la calidad de vida, hacen suponer que

cuando lleguen a edades avanzadas, las próximas generaciones podrían gozar de mejor salud que las actuales, lo que haría que las proyecciones aquí mostradas sean pesimistas. Por la otra, si no hay cambios en los aumentos recientes en los factores de riesgo de enfermedades crónicas, como la obesidad, o si los avances médicos aumentan los años de vida no saludables, las generaciones futuras podrían llegar a la vejez con una salud más deteriorada, haciendo que el escenario aquí proyectado subestime lo que ocurra en la realidad. Si bien es difícil saber cuál de estos escenarios ocurrirá en el futuro, la fuerza del cambio demográfico es tal que la estrategia prudente es prepararse para un aumento significativo de la demanda de cuidados de largo plazo.

El aumento de la población que requiere cuidados de largo plazo puede darse junto con tendencias sociodemográficas que pueden limitar la capacidad de las familias para proveer cuidados a adultos mayores.

Ante estos cambios, ¿es viable esperar que la familia continúe siendo la principal fuente de cuidados de largo plazo en la región? A futuro, tres tendencias ponen presión sobre la capacidad de las familias para actuar como proveedores de cuidados a adultos mayores. La primera, naturalmente, es el propio proceso de envejecimiento de la población, que no solo implica un aumento en la demanda de cuidados, sino también una reducción del número de cuidadores potenciales, con la disminución del tamaño promedio de las familias y los hogares. A este cambio demográfico se suma el aumento en el nivel educativo y en las oportunidades laborales de las mujeres, que desempeñan un rol desproporcionado en las tareas de cuidado (Marchionni, Gasparini y Edo, 2019). En resumen, el aumento de la proporción de población que requiere cuidados de largo plazo puede darse junto con tendencias que pueden limitar la principal alternativa de cuidado usada en la región.

La provisión de cuidados por parte de familiares, que frecuentemente residen en el mismo hogar, disminuye los gastos en servicios de cuidado externos. Sin embargo, no está exenta de costos. Estos incluyen, de manera notable, el tiempo que las familias, y en particular las mujeres, dedican a las actividades de cuidado y una estructura de hogar específica. Además, si bien la mayoría de las personas en situación de dependencia no requiere cuidados especializados, hay quienes sí necesitan el apoyo de personal calificado debido a la intensidad de sus dificultades. De manera más amplia, es fundamental entender si la falta de desarrollo de servicios formales de largo plazo obedece a fallas potenciales de mercado, de gobierno o a ambas.

Caracterización de los sistemas de salud en América Latina

Como en la mayoría de los países desarrollados, en los países de América Latina el rol del Estado en los esquemas de aseguramiento y provisión de servicios de salud es preponderante, ya sea como regulador o prestador directo. Como se discutió en el Capítulo 1, el funcionamiento imperfecto de los mercados de seguros de salud generados por asimetrías de información, así como el acceso a la salud como un derecho que se debe garantizar y la equidad son las razones fundamentales que justifican el importante rol estatal.¹⁰ Como re-

10. Todos los países cuentan con disposiciones explícitas en sus constituciones u otros mecanismos legales que reconocen el derecho a la salud.

sultado de este rol activo, casi la totalidad de los ciudadanos latinoamericanos tiene algún tipo de aseguramiento frente a los riesgos para su salud y acceso a un piso básico de servicios. No obstante, este aseguramiento dista de ser homogéneo, no solo entre países, sino también entre personas dentro de cada uno de ellos.

La mayoría de los países de América Latina ha construido sistemas de salud en los que conviven dos o más subsistemas que dan cobertura a diferentes segmentos de la población, siguiendo las líneas marcadas por el acceso al empleo formal, por un lado, y el nivel de ingresos de los hogares, por el otro. Aunque algunos países han avanzado hacia una integración horizontal entre estos subsistemas, aún prevalece una importante fragmentación en la mayoría de los casos, con diferencias amplias en la cantidad y calidad de bienes y servicios cubiertos, y en el nivel de protección financiera ante eventos de salud que cada subsistema ofrece.

En América latina, los sistemas de salud se caracterizan por la convivencia de dos o más subsistemas que dan cobertura diferenciada a distintos segmentos de la población.

Los subsistemas presentes en los países de la región pueden ser categorizados en tres grandes grupos: sistemas contributivos (o de seguridad social), sistemas no contributivos (o de salud pública o protección social) y seguros privados de elección voluntaria.

El primer pilar de cobertura son los sistemas contributivos de seguridad social, los cuales siguen un modelo de seguro obligatorio o bismarkiano para un grupo específico de la población: los trabajadores del sector formal de la economía. Estos sistemas se financian generalmente a través de impuestos al trabajo (aportes que realizan empleados y empleadores) y de aportes del gobierno. En la mayoría de los países, la cobertura de estos sistemas se extiende a familiares directos de los cotizantes y a quienes están jubilados por un esquema contributivo de pensiones.

Dependiendo del país, la administración de los seguros es delegada a aseguradoras privadas, a organizaciones sin fines de lucro o a los propios institutos de seguridad social del Estado; por lo tanto, el grado de competencia en este mercado es muy heterogéneo entre países (ver en el Cuadro 4.2 las características para un grupo de países seleccionados de la región).¹¹ En algunos países como Chile, Perú y Uruguay, convive la administración del aseguramiento público con el privado, al cual los beneficiarios de la seguridad social acceden de manera voluntaria, típicamente aquellos de mayores salarios.

11. Para tener una noción de esta heterogeneidad, en Argentina la administración del aseguramiento está en manos de más de 300 obras sociales (entidades encargadas de organizar la prestación de atención médica a los trabajadores). En Chile, dentro del subsistema contributivo, quienes optan voluntariamente por cobertura privada, pueden elegir entre seis ISAPRES abiertas. En Colombia existen 32 EPS autorizadas, las cuales no compiten en precio (prima), sino en calidad para atraer afiliados, ya que el Estado realiza un pago capitado (por afiliado) ajustado por riesgo (edad, sexo y localización) (Bardley, 2013; Riascos, Romero y Serna, 2017). En Uruguay existen 38 Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC, también denominadas mutualistas), y reciben igualmente un pago capitado (por afiliado) ajustado por riesgo (edad y sexo). La movilidad de los afiliados entre los mutualistas se encuentra regulada.

Cuadro 4.2

Cobertura de salud a través de sistemas de seguridad social contributivos en países de América Latina

	Seguro obligatorio para:			Opcional para:	Administración del aseguramiento	Provisión de servicios médicos	Canasta de servicio mínimo garantizada
	Trabajadores asalariados	Jubilados	Otros				
Argentina	✓	✓	Monotributistas		Organizaciones sin fines de lucro e institutos de la seguridad social de grupos específicos	Mixta (público, privado con y sin fines de lucro), generalmente no integradas con aseguradoras	Programa Médico Obligatorio (PMO)
Bolivia	✓	✓			Ocho cajas de salud y dos seguros integrales con régimen especial	Privada. Proveedores generalmente no integrados con aseguradoras.	
Chile	✓	✓		Trabajadores independientes	Público (FONASA, grupos B, C, D)	Pública (modalidad institucional) y privada (modalidad libre elección)	Garantías Explícitas en Salud (GES)
					Aseguradoras privadas (ISAPRES), de elección voluntaria	Privada. Proveedores generalmente no integrados con aseguradoras.	
Colombia	✓	✓	Trabajadores independientes con capacidad de pago		Aseguradoras privadas (EPS)	Privada. Proveedores generalmente no integrados con aseguradoras.	Plan Obligatorio de Salud (POS)
Ecuador	✓	✓		Trabajadores independientes	Público (Instituto de Seguridad Social y regímenes especiales)	Privada	
México	✓	✓		Trabajadores independientes	Público (Instituto de Seguridad Social y regímenes específicos)	Mixta (pública y privada, con y sin fines de lucro)	
Panamá	✓	✓		Trabajadores independientes	Público (Caja de Seguro Social)	Pública.	
Paraguay	✓	✓			Público (Instituto de Seguridad Social y regímenes especiales)	Mixta (pública y privada)	
Perú	✓	✓			Público (Seguro Social de Salud, EsSalud)	Pública	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)
					Aseguradoras privadas (EPS), de elección voluntaria	Privada. Proveedores generalmente no integrados con aseguradoras.	
Uruguay	✓	✓		Trabajadores independientes	Público (Administración de Servicios de Salud del Estado [ASSE])	Pública y privada	Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS)
					Privado, Organizaciones sin fines de lucro (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva [IAMC])	Privada. Integrado con asegurador	

Fuente: Elaboración propia con base en Crosta *et al.* (2019), páginas web oficiales de los Ministerios de Salud e Institutos de Seguridad Social de cada país, Lorenzoni *et al.* (2019) y Giedion, Bitrán y Tristao (2014).

La provisión de servicios médicos en los esquemas contributivos es realizada tanto por proveedores públicos como privados, que generalmente no están integrados verticalmente con las entidades que administran el seguro. Es decir, que en la mayoría de los casos hay una separación entre el aseguramiento y la provisión de servicios de salud. Una excepción es el caso de Uruguay. Cuando el Estado no está involucrado en la administración del aseguramiento o la provisión, cumple un rol de regulador de las entidades que administran el seguro o de los proveedores de los servicios.

En algunos de estos países se define de manera explícita el paquete de beneficios esenciales que debe estar garantizado a la población asegurada. Aunque su sola existencia no es garantía de un acceso efectivo a estos servicios, los planes explícitos de salud son vistos como un instrumento que permite a los ciudadanos exigir el cumplimiento de sus derechos de acceso a dichos servicios. No menos importante —en especial, en el contexto de la presión al alza en la demanda de servicios médicos producto del envejecimiento, el cambio en el perfil epidemiológico y el continuo progreso tecnológico en el sector sanitario—, los planes de beneficios explícitos también contribuyen a orientar el gasto hacia las intervenciones más efectivas y con mayor impacto en la salud. Asimismo, son una herramienta útil cuando la administración del aseguramiento se transfiere a terceros, como es el caso de Argentina, Chile, Colombia, Perú y Uruguay (Giedion, Bitrán y Tristao, 2014). No obstante, las condiciones socioeconómicas de cada país afectan el alcance de la canasta de servicios que cada país puede ofrecer y el nivel de corresponsabilidad en el pago que se exige a los beneficiarios. Cuanto más limitados son los recursos, más usuales son los mecanismos de racionamiento implícitos presentes en todos los sistemas de salud (listas de espera, denegación de servicios en el punto de atención y dificultades para recibir autorización para ciertos tratamientos) y mayores las dificultades para dar cumplimiento a los beneficios explícitos.

El segundo pilar de cobertura en los países de la región lo conforman los sistemas no contributivos de salud pública o protección social (ver Cuadro 4.3). En la mayoría de los países estos sistemas se asemejan a los modelos de seguro público universal o Beveridge, ya que son de acceso gratuito o altamente subsidiados, con provisión de servicios a través de una red pública de hospitales y centros de atención primaria. En algunos países, como Colombia, los beneficiarios de estos subsistemas pueden acudir también a ciertos proveedores de servicios privados. El financiamiento de estos subsistemas suele originarse en recursos públicos provenientes de rentas generales, complementados por copagos que se cobran a los usuarios, cuando estos copagos existen. Si bien el acceso a los servicios públicos de salud puede ser universal, quienes hacen uso de estos subsistemas son sobre todo quienes no están cubiertos por los sistemas contributivos de seguridad social ni cuentan con recursos suficientes para acudir de forma voluntaria al sector privado. Este grupo poblacional está conformado mayoritariamente por trabajadores informales, personas sin empleo y de bajos recursos. Brasil es un caso excepcional en la región, ya que cuenta con un sistema unificado en torno al Sistema Único de Salud (SUS), financiado con impuestos generales (similar a los de países como Canadá, España, el Reino Unido, y Suecia).¹²

Como muestra el Cuadro 4.3, muchos países han implementado programas que buscan garantizar el acceso a paquetes de beneficios explícitos con el objetivo de fortalecer la calidad de la cobertura en materia de salud para quienes no poseen protección a través del sistema contributivo; esos beneficios explícitos se aproximan o se equiparan con los que obtienen los beneficiarios de los sistemas contributivos. Estos programas son una

12. El SUS de Brasil presta servicios de manera gratuita, descentralizada a través de sus redes de clínicas y hospitales (para la atención primaria fundamentalmente) y a través de contratos con establecimientos privados con y sin fines de lucro (para la atención de complejidad media y alta). Dentro del SUS existe un subsistema de acceso restringido a funcionarios públicos (civiles y militares) (Crosta *et al.*, 2019).

herramienta fundamental para garantizar la cobertura universal en salud y, en algunos casos, para generar mayor integración horizontal entre los diversos subsistemas.

Cuadro 4.3

Cobertura de salud a través de sistemas no contributivos en países seleccionados de América Latina

País	Beneficiarios	Administración de la cobertura/aseguramiento	Provisión de servicios médicos	Programas de seguros públicos de salud		Canasta de servicio mínimo garantizada
				Nombre	Beneficiarios	
Argentina	Acceso universal	Público	Mixta (Pública y privada)	Plan SUMAR	Embarazadas, niños y adultos hasta 64 años, sin cobertura contributiva	Servicios materno-infantiles del primer nivel de atención con expansión gradual hacia otros servicios
				Programa federal Incluir Salud (PROFE)	Titulares de pensiones no contributivas	
Bolivia	Universal (con énfasis en los más vulnerables)	Público	Pública	Seguro universal materno-infantil (SUMI)	Menores de 5 años y mujeres entre 5 y 60 años	
				Programa de Extensión de Cobertura a Áreas Rurales (EXTENSA)	Áreas rurales	
				Seguro de Salud para el Adulto Mayor	Mayores de 60 años de edad sin cobertura contributiva	
				Sistema Único de Salud (SUS)*	Toda la población sin cobertura contributiva	
Chile	Grupos vulnerables	Público (FONASA)	Pública	FONASA (Grupo A)	Toda la población sin cobertura contributiva	Garantías Explícitas en Salud (GES)
Colombia	Personas sin capacidad de pago	Público y privado (EPS)	Mixta (Pública y privada)	Régimen subsidiado	Toda la población sin cobertura contributiva	Plan Obligatorio de Salud (POS)
Ecuador	Universal (con énfasis en los más vulnerables)	Público	Pública	Programa de Aseguramiento Universal en Salud (AUS)		
México	Población no cubierta por la seguridad social	Público	Pública	Seguro Popular	Toda la población sin cobertura contributiva	Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) y Catálogo de Intervenciones de Alto Costo (CIAC)
Panamá	Universal (con énfasis en los más vulnerables)	Público	Pública			
Paraguay	Universal (con énfasis en los más vulnerables)	Público	Pública			
Perú	Grupos vulnerables	Público	Pública	Seguro Integral de Salud	Toda la población sin cobertura contributiva	
Uruguay	Población vulnerable sin seguro	Público (Administración de Servicios de Salud del Estado [ASSE])	Pública	Seguro Nacional de Salud	Toda la población sin cobertura contributiva	Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS)

Notas: *El Sistema Único de Salud de Bolivia (universal y gratuito) fue aprobado en febrero de 2019 y se encuentra en proceso de implementación. La ley 1152 establece que durante esta fase el Ministerio de Salud podrá, de manera excepcional y hasta adecuar la oferta pública, adquirir productos de salud en el sector privado.

Fuente: Elaboración propia con base en Crosta *et al.* (2019), páginas web oficiales de los Ministerios de Salud de cada país, Lorenzoni *et al.* (2019) y Giedion, Bitrán y Tristao (2014).

Uno de los casos de mayor integración horizontal en la región y con cobertura más generosa es Uruguay, ya que todas las personas tienen acceso al mismo plan de beneficios de salud que quienes tienen un vínculo laboral formal. Además, este plan de beneficios es financiado mediante un fondo único de recursos. Este nivel de integración hace que la distinción entre cobertura contributiva y no contributiva sea más difusa en este país. En Chile y Colombia, la canasta de servicios mínima garantizada es también la misma para aquellos que obtienen cobertura de salud por la vía no contributiva que la que se obtiene en el sistema contributivo. En cambio, en México, mientras que las instituciones de la seguridad social no tienen definidos planes explícitos de beneficios de salud para sus afiliados, el Seguro Popular sí dispone de un catálogo específico de cobertura. Diferente a los demás países, el subsector público en Argentina no cuenta con un listado explícito de prestaciones priorizadas, a excepción de aquellas que obtienen cobertura a través del plan SUMAR (originalmente denominado Plan Nacer).¹³

Más allá de las intenciones de equiparar las coberturas entre subsistemas, la diferencia de recursos disponibles en cada uno de ellos afecta la cobertura que pueden garantizar en la práctica. A su vez, la red de prestadores de servicios médicos a los cuales se puede acceder en cada subsistema no es la misma y pueden existir diferencias también de calidad. Este es, por ejemplo, el caso de Perú. Si bien el plan de beneficios explícitos (PEAS) se ha planteado para toda la población, en la práctica su implementación para quienes obtienen cobertura no contributiva no está garantizada por el escaso financiamiento, persistiendo un racionamiento implícito (Giedion *et al.*, 2014). Más adelante se analizan diferentes métricas que intentan aproximar la generosidad de ambos subsistemas en los países de la región.

Aparte de las diferencias prevalecientes entre subsistemas, los esfuerzos realizados en los países de la región para fortalecer los sistemas de salud han tenido impactos beneficiosos. El Recuadro 4.4 documenta algunas de las reformas más emblemáticas para las cuales existe evidencia rigurosa, cuantificando su impacto en diversas dimensiones que contribuyen al logro de la cobertura universal de salud.

Los esfuerzos por fortalecer los sistemas de salud han tenido impactos beneficiosos.

Por último, el tercer pilar de cobertura en los países de la región es el aseguramiento privado voluntario. Este subsistema está orientado a personas de ingresos altos que, o bien no tienen cobertura de la seguridad social, o bien optan por esta cobertura por considerarla de mayor calidad. Excepto en Brasil, la participación de este sector es minoritaria.

13. El Plan Nacer fue creado por el gobierno argentino para mejorar la salud materna e infantil mediante el aumento del acceso a la atención de salud para las mujeres embarazadas y los niños menores de seis años. Posteriormente, fue ampliado, con el nombre de Plan Sumar, a adolescentes y jóvenes.

Recuadro 4.4

Evidencia sobre el impacto de las reformas en los sistemas sanitarios de América Latina

Diversos estudios han cuantificado a través de metodologías rigurosas de evaluación el efecto que puede atribuirse a las reformas recientes en los sistemas de salud de la región que buscaron aumentar la cobertura de los seguros sociales de salud y mejorar la protección financiera. En términos generales, la expansión del aseguramiento de salud tuvo impactos significativos en la reducción de la mortalidad infantil, mejoras en la salud de los recién nacidos, el aumento en el acceso a servicios —fundamentalmente en la población materno-infantil—, el desplazamiento de la demanda hacia servicios médicos más eficientes y la reducción de gastos de bolsillo. Como efecto colateral no deseado, aquellos programas cuyos beneficios están atados a la condición de no recibir cobertura vía los sistemas contributivos suelen desincentivar de manera moderada la búsqueda de empleo en el sector formal de la economía.

Al Seguro Popular de México, implementado en 2002, se le atribuyen impactos en la reducción de hasta un 10 % de la mortalidad infantil en los municipios más pobres del país, contribuyendo a cerrar un 84 % la brecha en tasas de mortalidad entre estos municipios y los más ricos (Conti y Ginja, 2017). Otro impacto fue la reducción en 4,5 puntos porcentuales de la probabilidad de que los hogares incurrieran en gastos catastróficos debido a eventos de salud (Grogger, Arnold, León y Ome, 2015). Por otro lado, la introducción del programa redujo en 2 puntos porcentuales el empleo formal para las familias de baja educación y con niños (Conti, Ginja y Narita, 2018).

El régimen contributivo de Colombia redujo un 14 % la incidencia del bajo peso al nacer (Camacho y Conover, 2013) y la variabilidad de los gastos de bolsillo asociados a gastos hospitalarios. También generó grandes aumentos en el uso de servicios médicos preventivos previamente subutilizados (en algunos casos duplicándose) y mejoras en la salud de la población (Miller, Pinto y Vera-Hernández, 2013). Al mismo tiempo, indujo un aumento de la informalidad laboral de 4 puntos porcentuales (Camacho, Canover y Hoyos, 2014).

En el caso de Perú, el Seguro Integral de Salud incrementó la probabilidad de que sus beneficiarios recibieran tratamiento médico, sobre todo de cuidados curativos, y de que accedieran a medicamentos, elevando el gasto de bolsillo producto del mayor acceso (Bernal, Carpio y Klein, 2017).

En Uruguay, la expansión del seguro social de salud a la población previamente cubierta por el sistema público implicó un aumento de las posibilidades de que los beneficiarios eligieran a los prestadores de servicios sanitarios en una red más amplia. La medida tuvo un efecto nimio en la salud de los recién nacidos y en la calidad de los servicios perinatales (Balsa y Triunfo, 2018). A pesar de que la evidencia para otros países ha mostrado que aumentar las posibilidades de elección que tienen los beneficiarios puede generar mejoras en la calidad en mercados con precios regulados, este no parece ser el caso de Uruguay.

Finalmente, en Brasil la expansión del Programa Salud Familiar, dentro del Sistema Unificado de Salud, redujo sustancialmente la mortalidad infantil y materna y generó un aumento significativo del uso de la atención primaria de salud y los servicios hospitalarios (Bhalotra, Rocha y Soares, 2019).

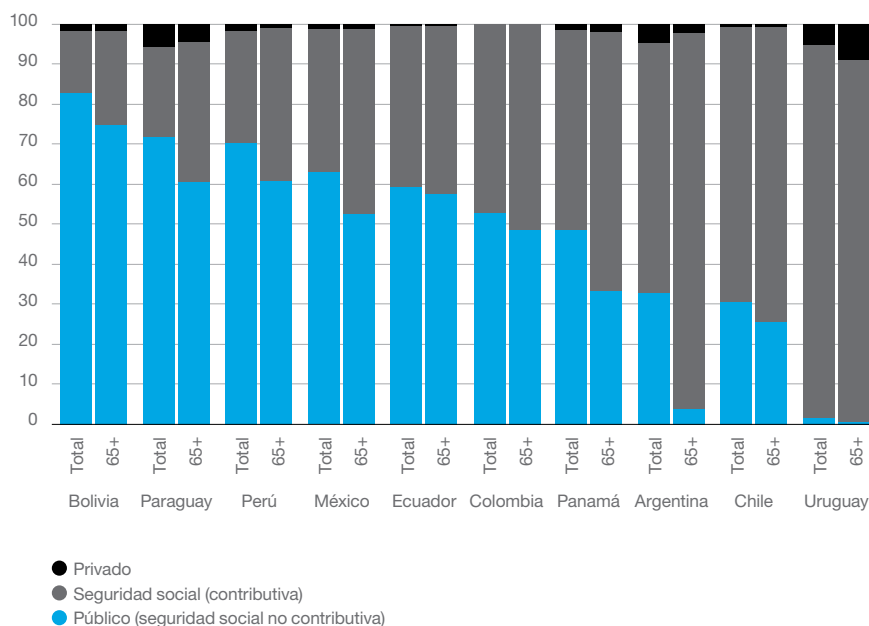
El Gráfico 4.24 muestra cómo se distribuye la población en diez países de la región según los tres tipos de cobertura descritos. La información proviene del análisis de encuestas nacionales de hogares. A pesar de sus limitaciones para

identificar con precisión el tipo de cobertura de salud (sobre todo, para las personas que no son trabajadores formales), este tipo de encuestas son la mejor fuente disponible para analizar información homogénea para un grupo amplio de países. Se presentan datos de cobertura para el total de la población y para el grupo etario de 65 años y más. La cobertura promedio por el sistema contributivo obligatorio (seguridad social) en este grupo de países es del 46 %. Argentina, Chile y Uruguay son los países con mayor cobertura por este subsistema, debido principalmente a sus menores tasas de informalidad laboral, como se vio en el Capítulo 2. La cobertura no contributiva tiene un rol más importante en países como Bolivia, México, Paraguay y Perú, que se caracterizan por una mayor prevalencia del empleo informal. En todos estos países, el rol del aseguramiento privado es minoritario.

Gráfico 4.24

Cobertura de salud por tipo de aseguramiento en países de América Latina, 2015

Porcentaje de la población



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Crosta (2019).

En cuanto a las diferencias por edad en el tipo de cobertura, en la mayor parte de los países los adultos mayores tienen una mayor cobertura de los subsistemas contributivos que la población en general. Se podrían esperar brechas amplias en la dirección contraria en países en los cuales un segmento importante de la población ocupada experimenta transiciones frecuentes entre el mercado de trabajo formal e informal, de manera que puede no alcanzar los años de cotización

requeridos para mantener la cobertura del subsistema de seguridad social una vez llegado el retiro (documentado en los Capítulos 2 y 3). No obstante, ciertas políticas podrían compensar estos efectos. En Argentina, por ejemplo, la implementación de políticas de acceso a una pensión para personas que en principio no la podría percibir por falta de aportes permitió a una amplia proporción de adultos mayores beneficiarse también del sistema de salud contributivo. La mayor tasa de cobertura de la seguridad social en adultos puede estar asociada igualmente al gradiente socioeconómico que existe en torno a la esperanza de vida, como se documentó en el Capítulo 1, ya que personas de mayor nivel de ingreso (como las que obtienen cobertura de salud del sistema contributivo) son las que tienen más posibilidades de gozar de vidas más largas.

Generosidad de la cobertura y protección financiera

La mayoría de los latinoamericanos cuenta con algún tipo de cobertura de salud, como se vio en el Gráfico 4.24. Sin embargo, muchos países siguen estando lejos de alcanzar una verdadera cobertura universal de salud, entendida como la posibilidad de acceder de manera efectiva, oportuna y financieramente asequible a servicios de salud cuando estos son requeridos.

El gasto per cápita es, en la mayoría de los países, sustancialmente mayor en el sistema contributivo que en el no contributivo.

Como ya se mencionó, la estrategia de respuesta de la mayoría de los países de la región para universalizar la cobertura de salud se ha centrado en fortalecer el subsistema de protección social o no contributivo. A pesar de los avances logrados, persisten diferencias en la cobertura, disponibilidad y calidad de los servicios a los que estos subsistemas dan acceso, así como en la protección financiera que brindan. Una manera de aproximarse a estas brechas es comparar el gasto per cápita entre estos subsistemas. El Cuadro 4.4 presenta información al respecto utilizando información sobre el gasto total en salud por tipo de subsistema y aproximando los beneficiarios de cada uno de ellos a través de la cobertura que se infiere de las encuestas de hogares (reportados en el Gráfico 4.24). En ocho de los nueve países para los cuales se cuenta información, el gasto per cápita es mayor en el sistema contributivo que en el no contributivo, con la excepción de Argentina.¹⁴ La magnitud de la brecha de gasto en la mayoría de los países es indicativa de la cobertura más generosa que brindan los sistemas contributivos. La brecha de gasto varía considerablemente entre países. Mientras que en Chile, Colombia y Bolivia el gasto per cápita en el sistema no contributivo equivale a entre el 10 % y 27 % del contributivo, en Panamá y Ecuador esta cifra es del 83 % y 87 %, respectivamente.

14. El cálculo del número de personas que acceden a servicios de salud a través del sistema no contributivo es complejo en aquellos países donde existe provisión pública con acceso universal, como es el caso de Argentina, donde en la práctica existe un solapamiento o doble cobertura. Dado que el número de beneficiarios considerados para computar los gastos per cápita en el Cuadro 4.4 se obtiene a partir de las personas que en las encuestas de hogares reportan no disponer de ningún tipo de seguro de salud (ni por seguridad social contributiva, ni privado), se podría estar subestimando el número de usuarios efectivos del subsistema no contributivo y, por lo tanto, el gasto por usuario efectivo en ese subsistema.

Cuadro 4.4

Gasto en salud por beneficiario de los subsistemas de salud, 2015

País	Gasto en salud por beneficiario (USD constantes de 2011 a PPA)			
	Contributivo (seguridad social)	No contributivo (protección social)	Brecha	Razón (no contributivo/contributivo)
Argentina*	1761	2740	-979	156 %
Bolivia	795	211	584	27 %
Chile	1316	163	1153	12 %
Colombia	1053	106	947	10 %
Ecuador	536	465	71	87 %
México	747	457	290	61 %
Panamá	1127	936	191	83 %
Paraguay	635	349	286	55 %
Perú	737	328	409	45 %

Notas: *El número de beneficiarios del sistema de salud no contributivo considerado para computar los gastos per cápita se obtiene a partir de las personas que en las encuestas de hogares reportan no disponer de ningún tipo de seguro de salud (ni por seguridad social contributiva, ni privado). En Argentina, al existir acceso irrestricto a la red de proveedores públicos de salud, se podría estar subestimando el número de usuarios efectivos del subsistema no contributivo y, por lo tanto, el gasto per cápita se estaría sobreestimando.

El gasto en seguridad social incluye al conjunto de recursos provenientes de sistemas de salud financiados con aportes obligatorios, e incluye tanto esquemas gubernamentales como esquemas obligatorios de seguros de salud. El gasto en el sistema no contributivo incluye al conjunto de recursos provenientes de sistemas de salud financiados con sistemas de contribuciones no obligatorias.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la OMS (2019b) y Crosta (2019).

Protección financiera

El gasto de bolsillo en salud es la suma de los gastos que pagan los hogares cuando reciben servicios de salud. Su estudio permite una primera aproximación al nivel de protección financiera global que ofrece un sistema sanitario. Entre los hogares que cuentan con un seguro de salud, la generosidad de la cobertura determina qué dolencias y servicios se cubren y cuáles no y, entre los primeros, cuánto le corresponde pagar al asegurado y cuánto al asegurador dada la existencia de copagos y deducibles. Por su parte, los usuarios de servicios públicos de salud no contributivos también pueden tener que realizar copagos por las prestaciones recibidas al usar estos servicios. Además, los beneficiarios de un subsistema de salud pueden enfrentar restricciones de disponibilidad o calidad en los servicios a los que tienen teóricamente acceso, necesitando recurrir al uso y pago de proveedores alternativos.

El gasto de bolsillo puede ayudar a la sostenibilidad financiera de un sistema, tanto por el aporte monetario que representan los copagos como, sobre todo, porque puede contribuir a disminuir el uso excesivo de servicios de salud. Sin embargo, para muchos hogares, particularmente para los más pobres, un nivel elevado del

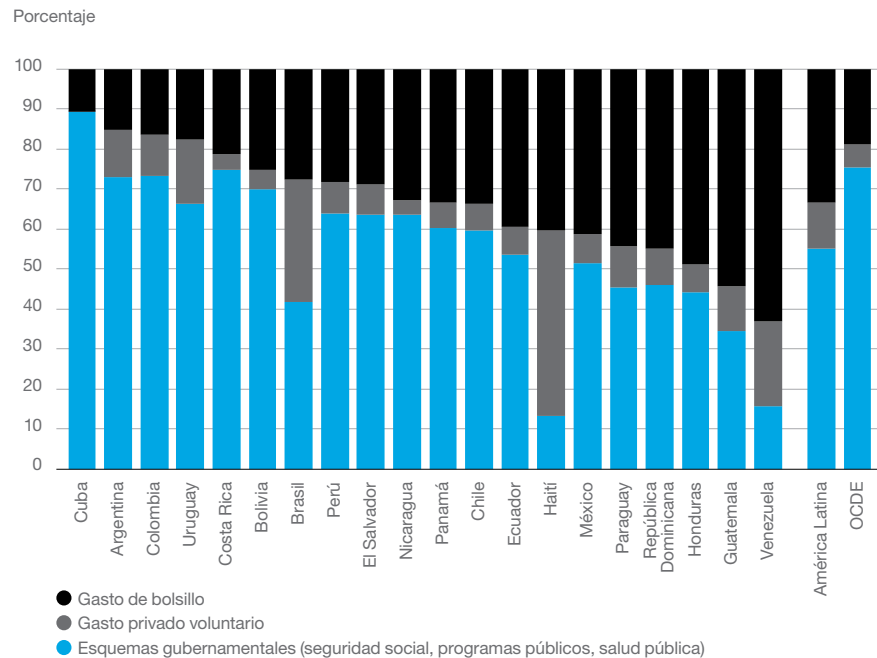
En los países de América Latina, el gasto de bolsillo representa una proporción del gasto total en salud más alta que el promedio prevalente en países de la OCDE.

gasto de bolsillo en salud puede resultar en el tipo de evento financiero adverso que los seguros de salud buscan evitar.

El Gráfico 4.25 muestra el gasto total en salud según su fuente de financiamiento para 20 países latinoamericanos. Como puede apreciarse, hay una gran heterogeneidad en la importancia del gasto de bolsillo. Mientras que en Argentina, Cuba y Uruguay el gasto de bolsillo es menor al 20 % del gasto total en salud, en Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, México y República Dominicana es del 40 % o superior. En términos comparativos, el gasto de bolsillo en la mayoría de los países de la región es más alto que el promedio prevalente en los países de la OCDE. De acuerdo a esta medida, países con mayor cobertura de seguridad social parecen ser, en promedio, más generosos en términos de protección financiera, aunque existen excepciones: en Chile, por ejemplo, que es uno de los países con mayor cobertura de la seguridad social en la región, el gasto de bolsillo es superior al promedio latinoamericano; por su parte, Colombia, un país con un nivel intermedio de cobertura de seguridad social, la participación del gasto de bolsillo es más cercano a los casos de Uruguay y Argentina.

Gráfico 4.25

Gasto total en salud según fuente de financiamiento, 2016



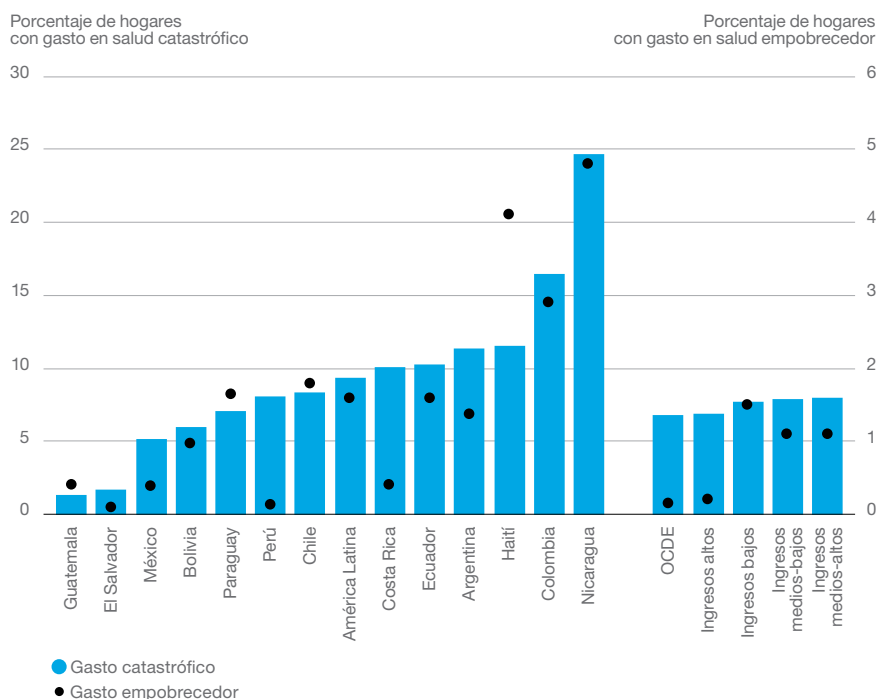
Notas: La financiación del gasto en salud mediante esquemas gubernamentales incluye al subsistema de seguridad social, cuya financiación recae en aportes individuales obligatorios, así como al conjunto de programas públicos y al subsistema de salud pública, que son financiados con aportes estatales. El gasto privado voluntario incluye al conjunto de erogaciones desde agentes privados (hogares, firmas y organizaciones sin fines de lucro) a proveedores del servicio de salud en forma de contribuciones prepagadas. El gasto de bolsillo incluye todos los pagos directos efectuados por individuos a proveedores de salud en el momento de usar el servicio.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la OMS (2019b).

Otra forma de estudiar la protección financiera que goza la población ante un evento adverso de salud consiste en identificar directamente la proporción de hogares que incurren en gastos de bolsillo en salud de magnitud tal que son considerados catastróficos o empobrecedores. El Gráfico 4.26 presenta información al respecto para los países de la región que surgen de encuestas sobre gastos. El gasto en salud catastrófico es definido como aquel que es superior al 10 % del ingreso del hogar, mientras que el gasto empobrecedor es aquel que provoca que el ingreso per cápita disponible de los hogares, descontando el gasto en salud, sea inferior a la línea de pobreza de referencia (en este caso, USD 3,20 por día, ajustados por paridad de poder adquisitivo o PPA) (Wagstaff, Eozenou, Neelsen y Smitz, 2018).¹⁵

Gráfico 4.26

Protección financiera de hogares con gasto en salud catastrófico y empobrecedor en países de América Latina, año más reciente disponible



Notas: La fecha de los datos es la siguiente: Perú, 2018; Bolivia, 2017; Chile y, México, 2016; El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Paraguay, 2014; Ecuador y Haití, 2013; Argentina y Costa Rica, 2012; y Colombia, 2011.

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2012/2013 de Argentina; la Encuesta de Hogares 2017 de Bolivia; la Encuesta de Presupuestos Familiares 2016 de Chile; la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2011 de Colombia; la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2016 de México; la Encuesta Nacional de Hogares 2018 de Perú; y la base de datos sobre indicadores de equidad de salud y protección financiera del Banco Mundial (2019a) para el resto de los países.

15. Para el cálculo del gasto empobrecedor solo se consideran los hogares cuyo ingreso se encuentra por encima de la línea de pobreza antes de descontar los gastos de salud. Esta medida es, por lo tanto, sensible a la elección de la línea de pobreza de referencia y a qué tan disperso está distribuido el ingreso de los hogares en cada país.

En promedio, la proporción de hogares expuestos a gastos en salud catastróficos y empobrecedores en América Latina es superior a la proporción de la OCDE e, incluso, al promedio de países de ingreso medio bajo y medio alto de otras regiones del mundo. Esto sugiere que los hogares de la región se encuentran particularmente expuestos a riesgos financieros relacionados con la salud. Detrás de este promedio hay una gran variación al interior de América Latina en la prevalencia del gasto en salud catastrófico y empobrecedor. Utilizando estas métricas, y a nivel agregado por país, es menos claro que aquellos con mayor cobertura de seguridad social sean los que en promedio ofrecen mayor protección financiera.

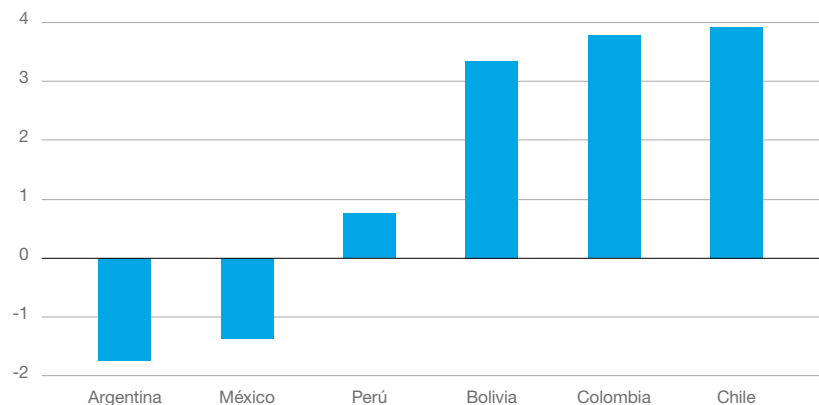
Dada la gran heterogeneidad en la organización de los sistemas de salud en la región, que dificulta la comparación entre países, resulta también relevante analizar la brecha en la protección financiera que ofrece el sistema contributivo y no contributivo dentro de cada país. Para ello se realizó un análisis de las encuestas nacionales de ingresos y gastos en los hogares de seis países de la región que cuentan con información actualizada. Así, se estudia cómo la tenencia o no de cobertura de la seguridad social en hogares con similares características sociodemográficas se relaciona con la incidencia de gastos en salud catastróficos (por encima del 10 % del ingreso familiar). En el Gráfico 4.27 se observa que el sistema contributivo tiene efectos mixtos en la probabilidad de tener un gasto en salud catastrófico: la cobertura contributiva está asociada a una mayor protección en algunos países (lo que se refleja en un signo negativo de la brecha), pero a una menor protección en otros (reflejado en un signo positivo).

En Argentina y México, la incidencia de gastos en salud catastróficos es más baja en hogares cuyo jefe posee cobertura de seguridad social contributiva que en hogares de características similares, pero con cobertura no contributiva, lo cual se refleja en una brecha negativa. A la inversa, en Bolivia, Colombia, Chile y, en menor medida, en Perú, los hogares cuyo jefe posee cobertura de seguridad social contributiva están más expuestos a riesgos financieros que aquellos que cuentan con cobertura no contributiva. Las brechas positivas en estos países podrían explicarse, en parte, porque las personas con cobertura no contributiva sufren problemas de acceso: podrían no utilizar ciertos servicios de salud aunque los necesitaran debido a los altos gastos esperados. Este comportamiento haría que el sistema no contributivo tenga, en apariencia, una mayor cobertura financiera, pero esto sería producto de que una parte de la población beneficiaria renuncia a usar los servicios. Información recabada en la ECAF 2019, que se muestra más adelante, provee evidencia consistente con posibles problemas de acceso efectivo a ciertos servicios que sufren los beneficiarios de los esquemas no contributivos en casi todos los países, que son particularmente importantes en Colombia y Chile (Gráfico 4.27).

Gráfico 4.27

Incidencia del gasto en salud catastrófico y cobertura de la seguridad social contributiva en países de América Latina

Variación en la probabilidad de tener un gasto en salud catastrófico, condicionado a la tenencia de cobertura contributiva (puntos porcentuales)



Notas: Cada barra representa el coeficiente de regresión estimado por mínimos cuadrados ordinarios de la variable de cobertura de seguridad social contributiva para el jefe del hogar. La variable dependiente es una variable binaria que indica si el hogar sufrió gastos de salud catastróficos. El gasto en salud catastrófico es definido como aquel superior al 10 % del ingreso del hogar. Las regresiones incluyen las siguientes variables de control: cantidad de miembros del hogar, presencia de menores de 14 años, presencia de mayores de 65 años, nivel educativo del jefe de hogar, categoría ocupacional del jefe de hogar y jurisdicción subnacional de residencia (esta última no incluida para el caso de México). Todos los coeficientes reportados son estadísticamente significativos con un nivel de confianza del 90 %. La construcción de la variable de cobertura de salud por seguridad social se basa en las fuentes detalladas en el cuadro A.4.1 del Apéndice de este capítulo.

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2012/2013 de Argentina; la Encuesta de Hogares 2017 de Bolivia; la Encuesta de Presupuestos Familiares 2016 de Chile; la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2011 de Colombia; la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2016 de México; y la Encuesta Nacional de Hogares 2018 de Perú.

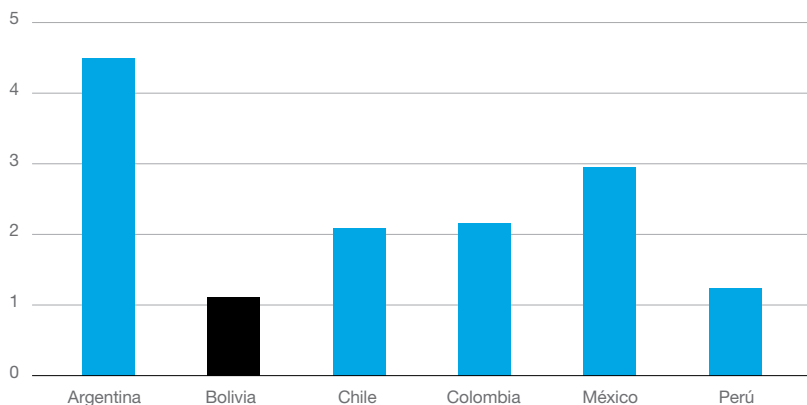
Una preocupación central de este reporte es la posibilidad de que los hogares con adultos mayores puedan estar más expuestos a gastos en salud catastróficos y empobrecedores, ya sea porque cuentan con menor ingresos (por ejemplo, por pensiones insuficientes), porque enfrentan mayores gastos (dado que el gasto en salud aumenta con la edad) o porque tienen una cobertura sanitaria menos generosa. El Gráfico 4.28 muestra las brechas en la incidencia de gastos en salud catastróficos en los hogares en los que vive un adulto mayor (65 años y más) respecto de los hogares en los que no hay personas de esa edad. En cinco de los seis países estudiados, la incidencia de gastos en salud catastróficos es más alta en hogares con adultos mayores que en hogares de características similares, pero sin presencia de los mismos. Esta evidencia indica que las personas de mayor edad tienen una menor protección financiera para hacer frente a eventos adversos de salud.

La incidencia de gastos en salud catastróficos es más alta en hogares con adultos mayores que en hogares de características similares, pero sin presencia de los mismos.

Gráfico 4.28

Incidencia del gasto en salud catastrófico y presencia de adultos mayores en el hogar en países de América Latina

Variación en la probabilidad de tener un gasto en salud catastrófico, condicionado a la presencia de adultos mayores en el hogar (puntos porcentuales)



Notas: Cada barra representa el coeficiente de regresión estimado por mínimos cuadrados ordinarios de la variable de presencia de un adulto mayor de 65 años o más. La variable dependiente es una variable binaria que indica si el hogar sufrió gastos de salud catastróficos. El gasto en salud catastrófico es definido como aquel superior al 10 % del ingreso del hogar. Las regresiones incluyen las siguientes variables de control: cantidad de miembros del hogar, presencia de menores de 14 años, nivel educativo del jefe de hogar, categoría ocupacional del jefe de hogar, cobertura de seguridad social para el jefe del hogar y jurisdicción subnacional de residencia (esta última no incluida para el caso de México). Las barras azules representan coeficientes estadísticamente significativos con un nivel de confianza del 90 %. Las barras negras representan coeficientes que no son estadísticamente significativos. La construcción de la variable de cobertura de salud por seguridad social se basa en las fuentes detalladas en el cuadro A 4.1 del Apéndice de este capítulo.

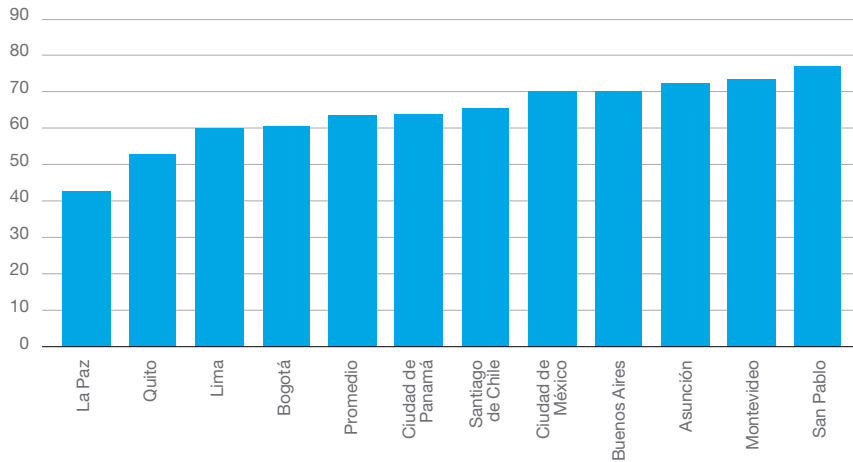
Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2012/2013 de Argentina; la Encuesta de Hogares 2017 de Bolivia; la Encuesta de Presupuestos Familiares 2016 de Chile; la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2011 de Colombia; la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2016 de México; y la Encuesta Nacional de Hogares 2018 de Perú.

Un indicador del acceso efectivo a los servicios de salud es la proporción de personas que acuden al médico cuando se sienten enfermas. Al respecto, el Gráfico 4.29 utiliza información proveniente de la encuesta ECAF 2019 en 11 ciudades de la región, en la cual se muestra la proporción de personas que acudieron a un prestador de servicios sanitarios la última vez que se sintieron enfermas. Como es posible observar, no todos acuden a esos servicios. La proporción que sí lo hace varía por ciudad y se sitúa entre el 43 % y el 77 % de quienes se sintieron enfermos durante los últimos tres meses. El Gráfico 4.30 indaga el por qué. Lo que resulta preocupante es que, entre los que no acudieron a un servicio de salud, 17 % señalaron que se debió a la falta de dinero, 14 % por la baja calidad o disponibilidad de servicios de salud y el 23 % se autodiagnosticaron. Por su parte, un 20 % no lo hizo porque padecía una afección leve (y 26 % por alguna otra causa).

Gráfico 4.29

Población que acudió al médico tras sentirse enferma en 11 ciudades de América Latina, 2019

Porcentaje de personas que han acudido a una cita médica tras sentirse enfermos



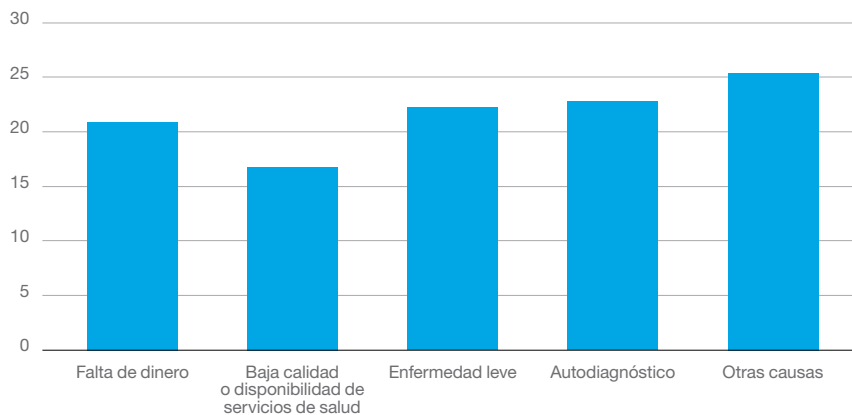
Notas: Se consideran los entrevistados que reportan haberse sentido mal en los últimos tres meses.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

Gráfico 4.30

Razones por las que la población declara no acudir al médico tras sentirse enferma en 11 ciudades de América Latina, 2019

Porcentaje de personas que no acudieron a una cita médica tras sentirse enfermas



Notas: Las causas no son mutuamente excluyentes.

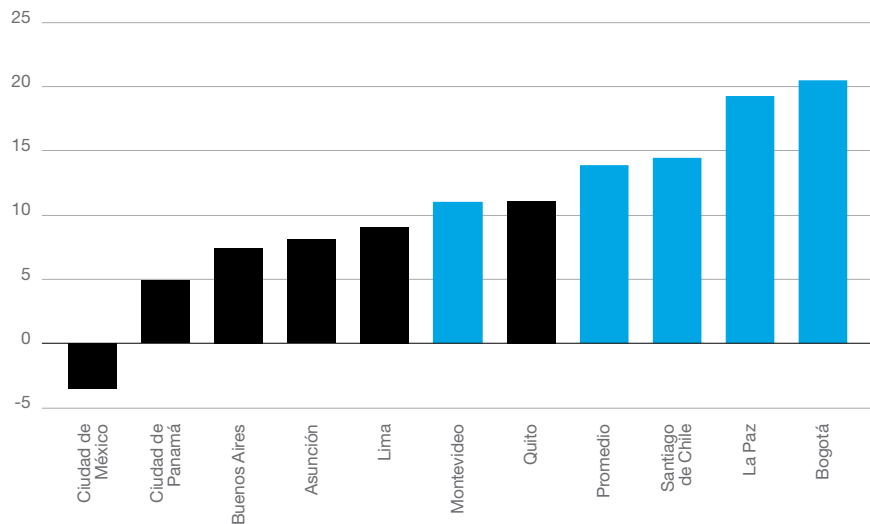
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

Gráfico 4.31

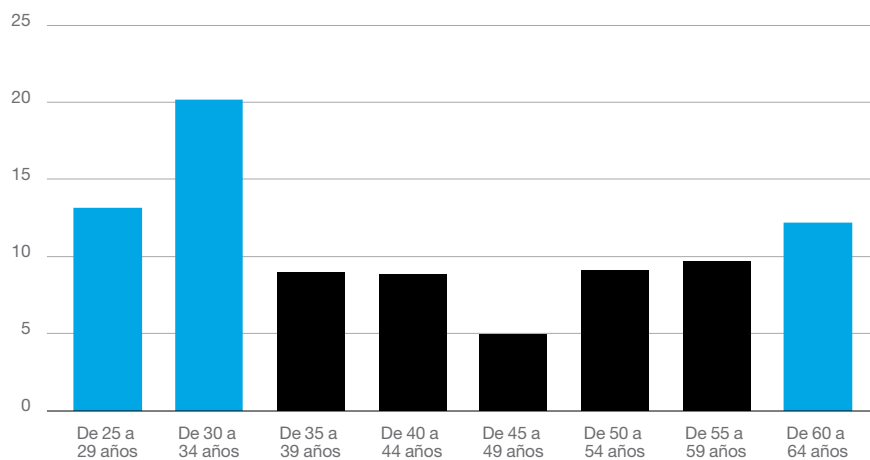
Población que acudió al médico tras sentirse enferma y cobertura de la seguridad social contributiva en 11 ciudades de América Latina, 2019

Panel A. Por ciudades

Variación en la probabilidad de acudir a una consulta médica tras sentirse enfermo, condicionado a la tenencia de cobertura contributiva (puntos porcentuales)

**Panel B. Por grupos de edad**

Variación en la probabilidad de acudir a una consulta médica tras sentirse enfermo, condicionado a la tenencia de cobertura contributiva (puntos porcentuales)



Notas: Cada barra representa el coeficiente de regresión estimado por mínimos cuadrados ordinarios de la variable de cobertura de seguridad social contributiva para el jefe del hogar. La variable dependiente es una variable binaria que indica que la persona acudió al médico tras sentirse enferma. Las regresiones incluyen las siguientes variables de control: género, estatus ocupacional, estatus marital, nivel educativo y quintil del ingreso per cápita familiar. En el Panel A, se incluye como control a la edad agrupada cada 5 años; en el Panel B, se incluye como control a la ciudad de residencia. Las barras azules representan coeficientes estadísticamente significativos con un nivel de confianza del 90 %. Las barras negras representan coeficientes que no son estadísticamente significativos. La construcción de la variable de cobertura de salud por seguridad social se basa en las fuentes detalladas en el cuadro A 4.1 del Apéndice de este capítulo.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

Dados los resultados anteriores, es oportuno preguntarse si hay una relación entre la cobertura de salud con la que cuenta una persona y la probabilidad de que acuda al médico si se siente enferma, y, si no es el caso, las razones detrás de esta omisión. Los Gráficos 4.31 y 4.32 presentan información al respecto.¹⁶ En concreto, se presentan brechas en función de que tengan o no acceso a la seguridad social contributiva, ajustadas por diversas características sociodemográficas de las personas entrevistadas. Como es posible observar en el panel A del Gráfico 4.31, es más probable que las personas con seguridad social acudan a un prestador de servicios sanitarios cuando se sienten enfermas que las que no tienen esa cobertura, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas en todas las ciudades. Este resultado es interesante en la medida que, además, las personas cubiertas por el sistema no contributivo tienden a tener peor estado de salud. Cabe destacar que estas brechas son positivas para todas las edades, aunque no son estadísticamente significativas en el rango de edades de 35 a 60 años (panel B del Gráfico 4.31).

En cuanto a las causas (ver Gráfico 4.32), es menos probable que las personas con seguridad social reporten que no acuden a un servicio de salud por falta de dinero, incluso cuando se controla por las variables de ingreso familiar, entre otras. En cambio, no se observan diferencias en la mención de problemas con la calidad y disponibilidad de los servicios de salud entre quienes tienen y no tienen acceso a la seguridad social. Estos resultados sugieren que los servicios de seguridad social en la región disminuyen las barreras financieras para usar servicios de salud, pero no dan necesariamente acceso a servicios de mayor calidad o disponibilidad; o por lo menos, esta es la percepción que tienen los habitantes de las principales ciudades de la región. De hecho, información recabada en la ECAF 2019 muestra que el nivel de satisfacción con la atención médica de aquellos que acudieron al médico no es sustancialmente diferente entre subsistemas en la mayoría de los países.

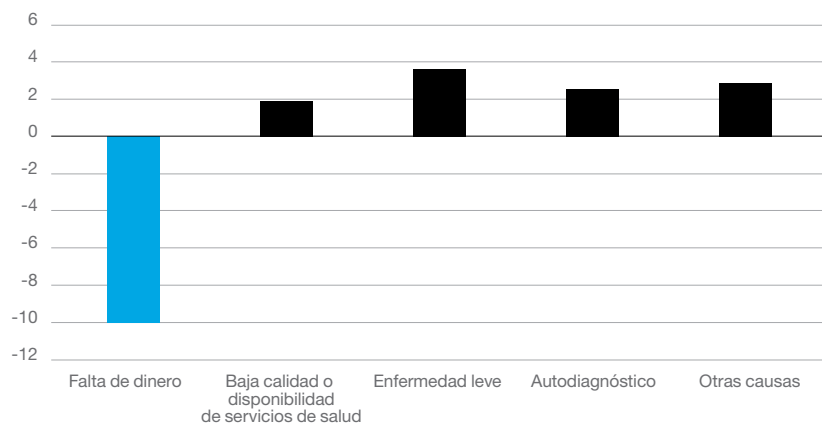
En la mayoría de las principales ciudades de América Latina, quienes cuentan con cobertura de salud contributiva tienen un mayor acceso a los servicios de salud cuando los necesitan.

16. En los Gráficos 4.31, 4.32 y 4.33 se omite San Pablo (Brasil) dado que el sistema de salud en este país está unificado.

Gráfico 4.32

Razones por las que la población declara no acudir al médico tras sentirse enferma y cobertura de la seguridad social contributiva en 11 ciudades de América Latina, 2019

Variación en la probabilidad de declarar cada razón, condicionado a la tenencia de cobertura contributiva (puntos porcentuales)



Notas: Cada barra representa el coeficiente de regresión estimado por mínimos cuadrados ordinarios de la variable de cobertura de seguridad social contributiva para el jefe del hogar. La variable dependiente es una variable binaria que indica la causa respectiva por la que no acudió al médico cuando se sintió enferma (la falta de dinero, la baja calidad o disponibilidad de servicios de salud, la levedad de la enfermedad, la realización de un autodiagnóstico u otras causas). Cada regresión incluye las siguientes variables de control: género, estatus ocupacional, estatus marital, nivel educativo, quintil de ingreso per cápita familiar, edad agrupada cada 5 años y ciudad de residencia. Las barras azules representan coeficientes estadísticamente significativos con un nivel de confianza del 90 %. Las barras negras muestran coeficientes estadísticamente no significativos. La construcción de la variable de cobertura de salud por seguridad social se basa en las fuentes detalladas en el cuadro A 4.1 del Apéndice de este capítulo.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

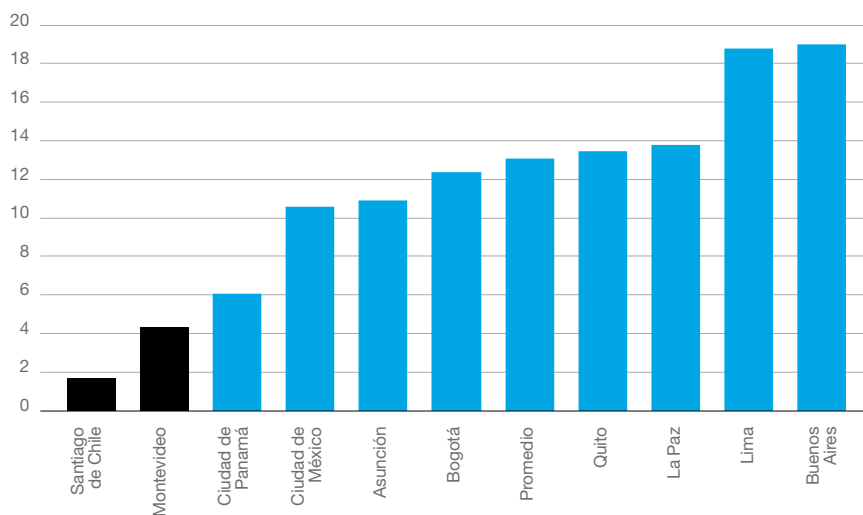
El Gráfico 4.33 presenta brechas en la realización de exámenes de diagnóstico de índole preventiva, según tengan o no acceso al sistema de salud contributivo. La brecha se calcula a partir de un índice que sintetiza la información sobre tres tipos de exámenes: examen físico, medición de glucemia y medición de la presión arterial. Estos exámenes son una pieza clave para la prevención de enfermedades crónicas, como la hipertensión y la diabetes, o para la detección temprana de enfermedades que ya estén en progreso y que, como se vio anteriormente, tienen alta incidencia en el gasto sanitario en la edad adulta. Los chequeos de este tipo son de bajo costo y pueden tener un alto impacto para contener otro tipo de gasto que se desencadenaría por la no detección temprana de ciertas patologías. Una vez que se ajusta por diversas características sociodemográficas de las personas entrevistadas a manera de control, se observa en el panel A que, en la mayoría de las ciudades, el acceso al sistema de seguridad social está asociado con una mayor probabilidad de realizarse exámenes médicos de diagnóstico, excepto en Montevideo y Santiago de Chile, donde la diferencia no es estadísticamente significativa. No es claro que los países que tienen altas brechas de cobertura entre subsistemas en servicios preventivos sean también los que tengan mayores brechas de acceso entre subsistemas en servicios curativos. El panel B muestra que las brechas de acceso entre subsistemas existen para todos los grupos de edad.

Gráfico 4.33

Realización de exámenes médicos preventivos y cobertura de la seguridad social contributiva en 11 ciudades de América Latina

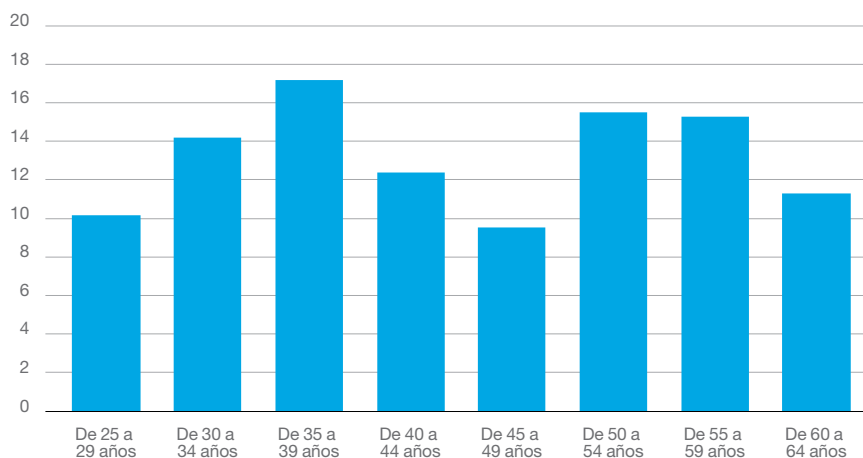
Panel A. Por ciudades

Variación en el índice de realización de exámenes médicos, condicionada a la tenencia de cobertura contributiva



Panel B. Por grupos de edad

Variación en el índice de realización de exámenes médicos, condicionada a la tenencia de cobertura contributiva



Notas: Cada barra representa el coeficiente de regresión estimado por mínimos cuadrados ordinarios de la variable de cobertura de seguridad social contributiva para el jefe del hogar. La variable independiente es un índice de exámenes médicos construido a partir de un promedio simple de tres variables binarias que indican si el individuo se efectuó un examen físico, un examen de glucemia y un examen de presión arterial durante los últimos 12 meses al momento de ser encuestado. Las regresiones incluyen las siguientes variables de control: género, estatus ocupacional, estatus marital, nivel educativo y quintil del ingreso per cápita familiar. En el Panel A, se incluye como control a la edad agrupada cada 5 años; en el Panel B, se incluye como control a la ciudad de residencia. Las barras azules representan coeficientes estadísticamente significativos con un nivel de confianza del 90 %. Las barras negras muestran coeficientes estadísticamente no significativos. La construcción de la variable de cobertura de salud por seguridad social se basa en las fuentes detalladas en el cuadro A 4.1 del Apéndice de este capítulo.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

Políticas necesarias para una nueva realidad demográfica

El desarrollo de mecanismos de control de gastos y uso eficiente de recursos, políticas de prevención y adecuación de la oferta de salud y cuidados, son elementos clave ante la nueva realidad demográfica.

América Latina enfrenta un envejecimiento demográfico rápido que implica desafíos para sus sistemas de salud y cuidados. El envejecimiento trae aparejado una presión al alza en los gastos en estos sectores y, debido al importante rol del Estado en el sector de la salud y la necesidad de un rol más activo en los temas de cuidados, impondrá una presión importante sobre las finanzas públicas. Como se vio en los apartados anteriores, este proceso ocurre en un contexto en el que todos los sistemas de salud de la región sufren aún de problemas estructurales de cobertura, accesibilidad a los servicios sanitarios y protección financiera insuficiente. En el caso de los cuidados de largo plazo, el acceso a servicios formales es prácticamente inexistente. Como ocurre con muchas otras dimensiones que afectan el bienestar de los latinoamericanos, las desigualdades afloran también en el sector de la salud y los cuidados, y las barreras para una cobertura suficiente son aún más altas en los grupos más vulnerables.

Este panorama plantea la necesidad de impulsar una agenda de política pública que atienda en conjunto la necesidad de responder a mayores demandas y hacer más eficientes los gastos, de manera que no se transformen en objetivos contrapuestos. Algunos elementos clave de esta agenda son comunes a todos los países, independientemente de sus características idiosincráticas: desarrollo de mecanismos de control de gastos y uso eficiente de los recursos, políticas de prevención, y adecuación de la oferta de salud y cuidados a nuevas demandas.

Fortalecer las estrategias de control y un uso más eficiente del gasto

Debido a la multiplicidad de actores que interactúan en los sistemas de salud, existen diversas herramientas de política que permiten modificar los incentivos de cada uno de ellos para lograr una mayor alineación con el objetivo de un uso más eficiente de los recursos. Entre ellas se encuentran, por ejemplo, las políticas de copagos, los esquemas de pago a proveedores de servicios médicos y la definición de coberturas explícitas. Un desafío importante en el diseño de las políticas es que estas logren contener los gastos, pero no a costa de un deterioro en la salud de la población. Por ello, se debe hacer una aplicación rigurosa de la evidencia médica en el diseño, sin dejar de lado los aspectos económicos que guían las decisiones de los diferentes actores. El uso de metodologías de evaluación de tecnologías sanitarias para determinar la cobertura de tratamientos de alto costo y el desarrollo de sistemas de información integrales en los sistemas sanitarios, constituyen también elementos esenciales para mejorar la asignación de recursos en un sector tan dinámico como el de la salud.

En los subapartados que siguen se describen en mayor detalle algunos aspectos conceptuales relevantes para el diseño de estas políticas y cuál es su importancia en un contexto de envejecimiento poblacional, así como los espacios de mejora en los países de la región. El recuadro 4.5 muestra cómo se correlacionan algunas de las políticas aquí discutidas con el gasto público en salud y con la esperanza de vida en un conjunto de países de la OCDE para los cuales se dispone de información armonizada y comparable en el tiempo.

Recuadro 4.5

Asociación de diferentes políticas con el gasto público en salud y la esperanza de vida en países de la OCDE

La estructura de incentivos generada por diferentes arreglos institucionales y regulaciones en los sistemas de salud es un determinante importante de su desempeño. Estos arreglos afectan la forma en que interactúan cada uno de los actores que conforman los sistemas de salud (pacientes, médicos, clínicas, hospitales, aseguradoras, etc.). La diversidad de regulaciones que coexisten en los sistemas dificulta la comparación entre países.

Lorenzoni *et al.* (2018) estudian cómo se correlacionan diferentes aspectos de los sistemas sanitarios en países de la OCDE con el gasto en salud y la esperanza de vida, controlando por otras diferencias socioeconómicas entre los mismos. Para ello, utilizan un conjunto de indicadores armonizado para 26 países en los años 2008, 2012 y 2016 sobre características de los sistemas de salud. Los indicadores cubren los siguientes ámbitos: financiamiento, tipo de cobertura que ofrecen, sistema de provisión de servicios médicos, y gobernanza y mecanismos de asignación de recursos.

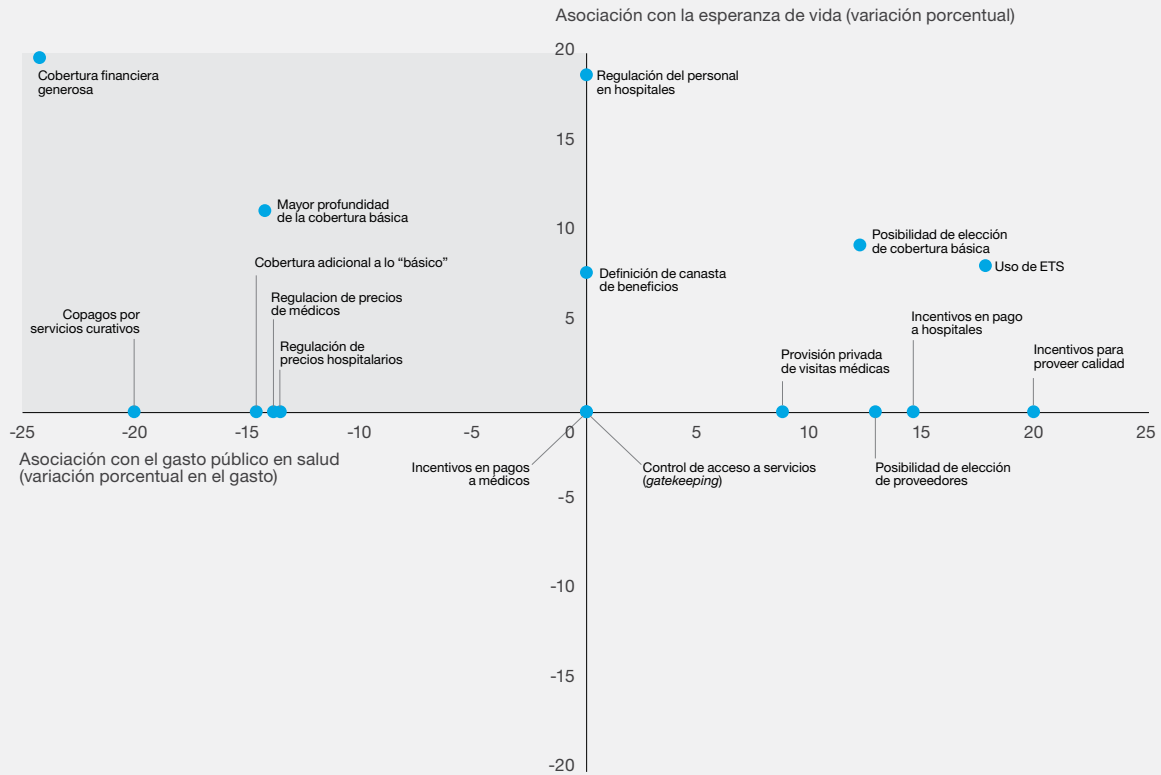
El Gráfico 1 resume los resultados del estudio de Lorenzoni *et al.* (2018) sobre la asociación de políticas en el sector de la salud y la variación en el gasto público en salud y en la esperanza de vida. El área en gris oscuro comprende los casos en los que las políticas se asocian tanto con menores gastos como con mayor esperanza de vida. Se desprende del gráfico que ninguna política se relaciona con una reducción en la esperanza de vida; a lo sumo, su asociación es nula. En cuanto a su relación con el gasto público en salud, algunas políticas presentan una correlación negativa (menor gasto) mientras que otras tienen una correlación positiva (mayor gasto). Países con políticas de mayores copagos (pago de bolsillo) por servicios curativos y mayores regulaciones en precios de servicios hospitalarios y médicos tienden a tener un menor gasto público en salud. Aquellos países que mejor lo hacen en términos de gastos y esperanza de vida brindan mayor cobertura financiera a los ciudadanos y ofrecen una mayor profundidad en la cobertura básica. La definición explícita de la canasta de beneficios también se asocia con una mayor esperanza de vida, aunque tiene una asociación nula con el gasto.

Estos resultados deben tomarse con cautela dado que estas relaciones no implican un efecto causal. No obstante, sugieren que las políticas de expansión de la cobertura hacia servicios esenciales y de mejora en la protección financiera —dimensiones en las que América Latina se encuentra rezagada respecto a sus pares de la OCDE— podrían no contraponerse necesariamente a los objetivos de contención del gasto que puede exigir el envejecimiento poblacional, a la vez que no limitarían potenciales mejoras en la salud de la población. Por ejemplo, la cobertura de más servicios de prevención y promoción de la salud de manera explícita podría contribuir a evitar o detectar tempranamente enfermedades asociadas a altos costos de tratamiento en un estadio avanzado. De manera similar, una mayor protección financiera, al derribar las barreras de acceso a ciertos servicios esenciales para la población de menores recursos, podría inducir una mejora en la salud global de esta población y menores gastos globales.

Otras políticas que se asocian también con una mayor expectativa de vida, pero que implican un mayor gasto, son aquellas que ofrecen a los usuarios mayor margen de elección por cobertura básica y las políticas asociadas a una mayor capacidad y uso de la evaluación de tecnologías sanitarias. A pesar de sus potenciales beneficios, las agencias de evaluación de tecnologías tienen un costo administrativo alto para operar, mientras que la cantidad de servicios aprobados puede presionar al alza los gastos. Por último, cabe destacar que las políticas relacionadas con la mejora de los incentivos de los proveedores tienden a tener una correlación positiva (incentivos a proveer una mayor calidad de los servicios médicos ofrecidos o incentivos en los pagos a hospitales) o nula (incentivos en pago a médicos) con el gasto público.

Gráfico 1

Asociación de diferentes políticas con el gasto público en salud y con la esperanza de vida



Notas: Cada punto muestra cómo se relaciona cada política en el sector de la salud con cambios en el gasto público en salud y en la esperanza de vida. Los coeficientes reportados provienen de una estimación de un sistema de ecuaciones, en donde las variables independientes son el logaritmo del gasto público en salud y el logaritmo de la esperanza de vida, por mínimos cuadrados no lineales. Las variables de control, además de los diversos índices que resumen las políticas aplicadas en cada país, incluyen la proporción de población de más de 65 años, el PIB per cápita, el nivel educativo de la población, la fracción de la población que fuma y el consumo de alcohol per cápita, efectos fijos de país y de tiempo.

Fuente: Elaboración propia con base en resultados del Cuadro 2 de Lorenzoni *et al.* (2018).

Copagos y restricciones a la oferta

El diseño óptimo de un esquema de aseguramiento debe sopesar el objetivo de brindar la cobertura más completa posible para eliminar la incertidumbre de los riesgos para la salud y, a la vez, evitar el uso ineficiente de los recursos producto del riesgo moral (Pauly, 1974). La corresponsabilidad del pago de los servicios de salud por el asegurador y el paciente es una medida para evitar la sobreutilización de los servicios médicos. Mayores copagos desmotivan el uso excesivo de los servicios de salud, pero a costa de una menor protección financiera para quienes siguen necesiéndolo. Existe una fuerte evidencia de que la demanda es,

en efecto, sensible a los precios, sobre todo en el consumo de aquellos bienes y servicios médicos en los que no está en riesgo la vida (Manning, Newhouse, Duan, Keeler y Leibowitz, 1987; Chandra, Gruber y McKnight, 2010).

¿Qué margen existe en la región para aumentar la corresponsabilidad de pago de los pacientes? En términos generales, como se ha visto en este capítulo, el nivel de protección financiera en muchos países de la región es bajo. Los gastos de bolsillo representan porcentajes relativamente altos del gasto total, dejando poco espacio para pensar en políticas generalizadas de aumento de los copagos. Como se mostró, estos gastos de bolsillo representan además un porcentaje alto de los ingresos familiares; el gasto sanitario genera empobrecimiento y puede ser catastrófico para algunos hogares, fundamentalmente para aquellos donde habita un adulto mayor. En la medida que un conjunto amplio de personas disponga de ingresos relativamente bajos, la introducción de copagos uniformes para toda la población podría generar una subutilización de los recursos, agravando los problemas de acceso. No hacer uso de los servicios médicos cuando estos son necesarios o discontinuar ciertos tratamientos pueden aumentar el gasto en el futuro. Esto es particularmente problemático para la población de riesgo y los adultos mayores (Chandra *et al.*, 2010).

Al diseñar las políticas de copagos, no deben desatenderse otros dos problemas. Por un lado, mayores copagos en ciertos servicios podrían desplazar la demanda hacia servicios más costosos, pero con mayor protección financiera. Este podría ser el caso de personas que no acuden al médico cuando presentan ciertos síntomas leves, pero terminan requiriendo servicios de emergencia, típicamente más costosos y susceptibles de congestionarse. De la Mata y Gaviria (2015) muestran evidencia en este sentido para Colombia. Un segundo problema son las externalidades financieras entre subsistemas de salud cuando mayores copagos en uno de ellos hacen que la demanda se desplace hacia otro (Chandra *et al.*, 2010; Fang y Gavazza, 2011). Esto puede ser particularmente importante en países que disponen de sistemas públicos de acceso irrestricto, los cuales terminan atendiendo las patologías no tratadas bajo la cobertura del seguro de salud obligatorio. También se da este desplazamiento cuando la cobertura en la edad jubilatoria no coincide con la cobertura durante la vida laboral. El sistema de salud de Argentina, por ejemplo, enfrenta ambos problemas.

Por regla general, mayores copagos requieren un diseño a medida y deberían estar focalizados en: i) bienes y servicios que, de acuerdo a la evidencia científica, tienen bajos beneficios en la salud de las personas; ii) bienes y servicios más sensibles a la demanda (mayor elasticidad precio); iii) personas de mayor poder adquisitivo.

Otra manera de controlar el uso de servicios médicos es utilizar prácticas de filtrado, por las que los médicos de atención primaria (médico de cabecera) toman un rol central en la evaluación de las necesidades de cuidado de los pacientes y redirigen la demanda hacia tratamientos especializados en caso de ser necesario. Estas prácticas, al limitar las posibilidades de elección de los pacientes, por un lado, pueden reducir el uso de servicios innecesarios, pero, a la vez, podrían imponer barreras al acceso oportuno a ciertos cuidados cuando son necesarios. En la mayoría de los países de la región los sistemas de salud el uso de este tipo de prácticas es limitado (Lorenzoni *et al.*, 2019).

Existe poco margen en los países de la región para aumentar de manera generalizada la corresponsabilidad de pago de los pacientes para financiar el gasto en salud.

Planes explícitos de cobertura de servicios esenciales

Como se mencionó anteriormente, los planes explícitos de salud constituyen una herramienta útil para garantizar el acceso y orientar los recursos hacia los servicios médicos, tanto preventivos como curativos, que mayor impacto tienen en la salud, contribuyendo a mejorar la eficiencia del gasto. Mientras que casi todos los países europeos que financian sus sistemas de salud con impuestos a la nómina cuentan con planes explícitos de salud, en los países de América Latina quedan espacios amplios de mejora en la implementación (Giedion *et al.*, 2014). En muchos casos, la cobertura explícita es aún muy acotada, existiendo brechas importantes entre los sistemas contributivos y no contributivos de salud. La equiparación de la generosidad de la cobertura entre subsistemas no necesariamente contribuiría a contener los gastos totales, como se describe en el Recuadro 4.6, pero los recursos adicionales se podrían orientar hacia usos más eficientes, usando herramientas como los planes explícitos de salud.

Una dificultad que enfrentan muchos países es mantener esta lista de beneficios actualizada, siguiendo tanto criterios técnicos como los vinculados a las necesidades específicas y la preferencia de la población a ser cubierta. A su vez, los procesos de definición de la lista de beneficios suelen ser susceptibles a las presiones de grupos de interés para que ciertas prestaciones queden incluidas.

Recuadro 4.6

Equiparar la calidad y la disponibilidad de servicios en subsistemas contributivos y no contributivos de salud

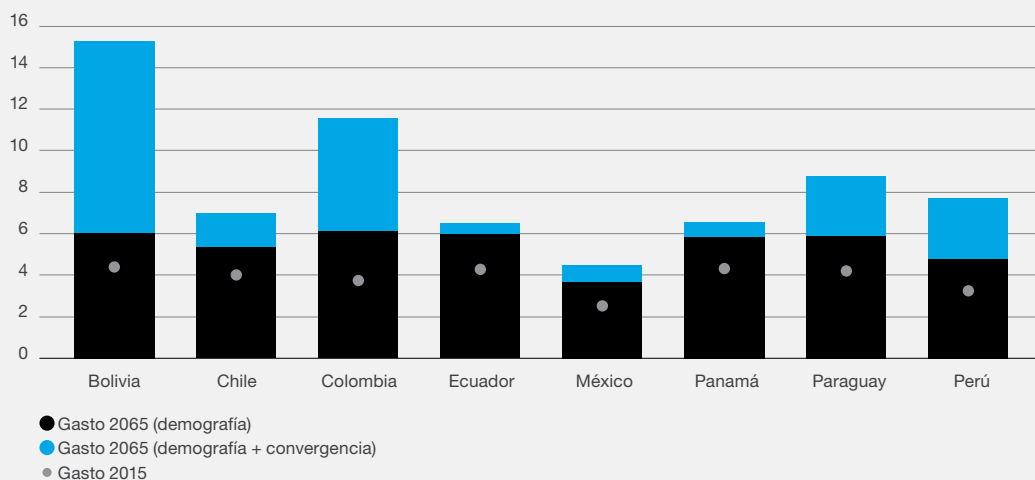
En la mayoría de los países de la región persisten la desigualdad en la calidad y disponibilidad de los servicios de los subsistemas de salud contributivo y no contributivo, como se vio previamente en este capítulo. A continuación se presentan los resultados de un ejercicio de proyección cuya finalidad es mostrar cuál sería la evolución del gasto público en salud si se fijara el objetivo de eliminar la brecha del gasto público per cápita entre los subsistemas de salud contributivos y no contributivos de ocho países de la región. Para ello, se aumenta progresivamente el gasto en el sistema no contributivo hasta igualarlo con el del sistema contributivo en un periodo de 50 años. Este análisis parte del ejercicio presentado en páginas anteriores y, por lo tanto, comparte sus alcances y limitaciones. Muestra cómo evolucionaría el gasto público en salud conforme se implementa esta política y avanza el envejecimiento de la población, manteniendo todo lo demás constante. No se incluye en el análisis la evolución del gasto privado en salud ni la del gasto total en servicios de cuidado de largo plazo. Tampoco se trata de un pronóstico sobre la evolución efectiva del gasto ni de estimaciones acerca de su nivel óptimo.

Los resultados del ejercicio se pueden ver en el Gráfico 1. Si bien estas proyecciones son imperfectas y deben de interpretarse con cuidado, como un mero ejercicio ilustrativo, el aumento necesario en el gasto público en salud para eliminar las brechas de gasto entre subsistemas es considerable en algunos casos. Esto es indicativo de la magnitud de las brechas actuales y del tamaño del desafío de garantizar una cobertura universal efectiva de servicios de salud a toda la población. Para seis de los ocho países considerados, el aumento adicional en el gasto (que se suma al aumento generado por el cambio demográfico) para cerrar las brechas entre subsistemas es de entre 1 y 3 puntos porcentuales del PIB (Chile, Ecuador, México, Panamá, Paraguay y Perú). Para dos países (Bolivia y Colombia) este aumento es considerablemente mayor.

Gráfico 1

Política de convergencia del gasto público per cápita en salud entre subsectores de salud en países de América Latina, proyecciones para 2065

Proyección del gasto público consolidado en salud (puntos porcentuales del PIB)



Notas: Ver Daude y Pena (2020) para una descripción detallada de la metodología del ejercicio de proyección.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de OMS (2019b), Crosta (2019), de la Mata y Valdés (2020) y Buitrago y Torres (2020), y proyecciones de población por edad y sexo de las Naciones Unidas (2019b).

Esquemas de pago a proveedores

Los incentivos económicos a la sobreutilización de servicios médicos no solo afectan a los pacientes. Tanto o más relevantes, fundamentalmente para los tratamientos más complejos y de más alto costo que requieren una prescripción médica, son los incentivos que enfrentan los proveedores de esos bienes y servicios. En particular, la forma en que los proveedores de salud son remunerados afecta estos incentivos y puede acentuar el uso ineficiente de los recursos. Así, las relaciones contractuales (y su regulación) entre los financiadores de los sistemas de salud y los proveedores de servicios de salud constituyen un elemento central en la determinación de los gastos sanitarios (Álvarez, Pellisé y Lobo, 2000).

La forma en la que los proveedores de salud son remunerados puede acentuar el uso ineficiente de los recursos en el sector.

En el caso de los médicos, el modo en que se les remunera puede acentuar el problema del riesgo moral porque son ellos quienes en última instancia toman la decisión de cuándo se debe aplicar cierto tratamiento. La combinación de copagos nulos o bajos para los pacientes con esquemas laxos de pago a los médicos, como los pagos retrospectivos por prestación, puede generar una demanda inducida por los médicos que conducen a gastos ineficientes y que no traen aparejados importantes beneficios en la salud de la población tratada (McGuire, 2000). Esquemas de pagos laxos pueden convalidar también costos excesivos

por ineficiencias en la producción de los servicios. No obstante, los esquemas de pago más restrictivos que intentan evitar los problemas de riesgo moral (por ejemplo, monto fijo por paciente atendido) no están libres de problemas, y pueden generar incentivos a reducir la calidad de la atención sanitaria, racionar su oferta, estimular la selección de pacientes menos riesgosos, o inducir a prescribir tratamientos o procedimientos menos ventajosos para el paciente, pero con un esquema de retribución más beneficioso para el médico.

Como se vio anteriormente, el gasto hospitalario representa una porción muy importante del gasto total en salud, particularmente entre los adultos mayores. Los esquemas de pago a hospitales son muy importantes, y mejoras en los mismos podrían aumentar la eficiencia en el sector. El reembolso de gastos *ex post*, basado en el pago por estancia hospitalaria o por ingreso, o presupuestos basados en el gasto histórico sin ajustes por el riesgo de la población atendida, están débilmente alineados con el objetivo de un uso eficiente de los recursos. Esto suele ser una práctica común en muchos países de América Latina, fundamentalmente dentro de la red hospitalaria del sistema público (Lorenzoni *et al.*, 2019). Por el contrario, un número creciente de países de la OCDE se ha movido hacia esquemas de pagos prospectivos basados en casos, como los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (OCDE, 2010c). Bajo este tipo de esquemas, los hospitales reciben una suma fija de dinero dependiendo del diagnóstico de los pacientes.

La forma de retribuir a los proveedores en el sector de la salud también puede afectar la calidad del servicio provisto. En América Latina hay un uso muy limitado de incentivos para vincular los pagos con la calidad de los servicios prestados, situación que contrasta con los países de la OCDE, donde ha habido mayores avances en esa dirección (Lorenzoni *et al.*, 2019; OCDE, 2016). El pago por desempeño, como alcanzar objetivos específicos de programas preventivos y manejo de enfermedades crónicas, es un mecanismo clave en un contexto de envejecimiento poblacional para mejorar la calidad de los servicios médicos y, a la vez, hacer un uso más eficiente de los recursos. No obstante, el diseño adecuado de esquemas de pagos por desempeño no es trivial. Dado que la tecnología de producción de salud tiene un componente relativamente aleatorio, basar un sistema de incentivos directamente en los resultados alcanzados es complejo y puede llegar a ser arriesgado. Los pagos por desempeño, por lo tanto, tienden a concentrarse más en procesos o conjuntos de insumos que en resultados sanitarios (Bardey, 2015). Además, cuando el pago por desempeño está basado en resultados puede generar incentivos en los prestadores a seleccionar a la población con menor riesgo (agravando, potencialmente, los problemas de acceso). Otro riesgo de los esquemas de pago por desempeño es inducir una sustitución entre las actividades estimuladas por los esquemas de incentivos en detrimento de las que quedan por fuera.¹⁷ Cuando el esquema de pagos por desempeño está dirigido a los médicos, otro efecto indeseado puede ser reducir su motivación intrínseca (Bénabou y Tirole, 2006).

17. Rodríguez-Lesmes y Vera-Hernández (2019) estudian uno de los programas de pago por desempeño a médicos de atención primaria de salud más grandes del mundo (el *Quality and Outcomes Framework* del Reino Unido). Las retribuciones están basadas en indicadores relacionados con el manejo de enfermedades crónicas y otros problemas de salud pública. Los autores no encuentran evidencia a favor de la sustitución entre diferentes tareas realizadas por los médicos como consecuencia del esquema de incentivos.

El caso de Uruguay representa algunos avances para atar los pagos a mejoras en la calidad, aunque la mayor parte de esos pagos está aún débilmente alineada con la eficiencia en el uso de los recursos. Los contratos de la autoridad sanitaria con los prestadores integrales de salud (quienes administran el seguro y prestan servicios sanitarios) definen metas y criterios de calidad de las prestaciones incluidas en el plan explícito de salud (PIAS). En particular, la cuota que el Fondo Nacional de Salud (FONASA) gira a cada prestador para garantizar la entrega de las actividades del PIAS de complejidad y costo medianos y bajos tiene dos componentes: un pago capitado,¹⁸ ajustado por riesgo (edad y sexo), y un pago por metas asistenciales (Giedion *et al.*, 2014). Las metas asistenciales están orientadas a fortalecer la atención materno-infantil, reducir la carga de morbilidad en enfermedades no transmisibles (particularmente en hipertensión, cardiopatía isquémica, diabetes y cáncer) y fortalecer la atención primaria del adulto mayor. Un estudio que analiza el impacto del componente materno-infantil encuentra que este esquema de pago por desempeño logró mejorar los controles prenatales y el peso promedio de los niños al nacer, y redujo la mortalidad neonatal (Katzkowitz, 2015). Contrariamente, el componente de pago capitado, que representa la mayor porción de recursos que reciben los prestadores integrales de salud (alrededor del 90 %), no está debidamente alineado con objetivos de eficiencia y calidad (Fleitas, 2017). Esto se debe a que la forma en la que se computa el pago capitado, generalmente convalida todos los gastos que realizan los prestadores independientemente de cuán eficientes son esos gastos. El ajuste según la edad y el sexo, además, no permite captar por completo las posibles heterogeneidades en los riesgos para la salud de los afiliados entre diferentes prestadores ni la pluralidad en los costos y calidad ofrecida por los distintos prestadores. En última instancia, bajo este esquema de retribución, las ganancias de eficiencia tienden a transformarse en rentas para los prestadores. Un problema similar prevalece en Colombia (Bardey, 2015), en donde las Entidades Promotoras de Salud (EPS) reciben un pago capitado con ajuste por riesgo que solo toma en cuenta la edad, el género y la ubicación geográfica de los afiliados.¹⁹

Un segundo ejemplo de uso de pago por desempeño en la región es el Plan SUMAR en Argentina. El sistema de salud argentino es uno de los más fragmentados y descentralizados de la región, y el sistema público es mayormente administrado por las provincias y los municipios. Mediante este programa se crearon seguros de salud provinciales con servicios garantizados para grupos específicos de la población a fin de reforzar la salud pública existente. Este programa se destaca por la introducción de incentivos en sus mecanismos de pago. El esquema de incentivos está compuesto por dos esquemas de pago entre niveles institucionales: i) un pago capitado ajustado por desempeño en indicadores sanitarios priorizados, abonado por el gobierno nacional a las provincias²⁰ y ii) un pago realizado por el seguro de salud provincial a los prestadores (hospitales públicos, generalmente). La transferencia se realiza a los proveedores bajo la modalidad de pago por prestación. Los recursos llegan al establecimiento de salud y se le permite

18. Consistente en transferencias del Estado a los prestadores integrales de salud en forma anticipada, tomando como cálculo un monto fijo por cada asegurado e independientemente de la utilización que este haga de los servicios.

19. A diferencia de Uruguay, la integración vertical entre las aseguradoras (EPS) y los proveedores de salud, si bien existe, se encuentra limitada por ley (Bardey y Buitrago, 2016).

20. El 40 % de los fondos girados se realizan en función del cumplimiento de una serie de resultados sanitarios medidos a partir de 10 indicadores de desempeño.

asignarlos de acuerdo a sus prioridades y necesidades específicas (Giedion *et al.*, 2014).²¹ Una parte de estos recursos adicionales pueden ser usados para pagar bonos al personal del hospital. Un estudio reciente muestra que este esquema de incentivos mejoró los controles prenatales, los procedimientos y las rutinas de atención, desplazando prácticas ineficientes, aunque no tuvo efecto en el peso al nacer de los recién nacidos (Celhay *et al.*, 2019).

Evaluación de tecnologías sanitarias

Uno de los desafíos más importantes es encontrar estrategias para valorar el uso de tratamientos médicos de alto costo.

Uno de los desafíos más importantes para los sistemas sanitarios es encontrar estrategias para valorar el uso de tratamientos médicos de alto costo, fundamentalmente aquellos que podrían tener un impacto limitado en la salud de las personas. Una parte importante de estos nuevos tratamientos surgen, precisamente, para tratar las patologías que aparecen con la edad (Acemoglu y Linn, 2004). Mientras que en países de la OCDE es creciente el uso de metodologías de evaluación de tecnologías sanitarias y la creación de agencias específicas (en Australia, Finlandia, Francia y Reino Unido) que toman en cuenta la eficacia y el costo-efectividad de las nuevas tecnologías médicas para tomar decisiones de cobertura con fondos públicos, su uso en América Latina es todavía limitado (ver Cuadro 4.5). Un reto adicional en la definición explícita de qué se debe y no se debe cubrir es la reticencia de la población para aceptar estos límites. Esto ha llevado, en casos como Colombia e Uruguay, a la judicialización de la medicina, en particular, en tratamientos de alto costo que no tienen base sólida sobre su costo-efectividad.

Cuadro 4.5

Uso de la evaluación de tecnologías sanitarias en América Latina

Tipo de tecnología	Aplicaciones de la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) en la toma de decisiones	Países
Procedimientos médicos	Utilización sistemática para decisiones de cobertura médica	Brasil, Trinidad y Tobago, Uruguay
	Utilización en algunas circunstancias para decisiones de cobertura médica	Argentina, Belice, Chile, Colombia, Guyana, México, Paraguay
	Uso para determinación de niveles de copago	
Farmacéuticas	Utilización sistemática para decisiones de cobertura médica	Belice, Jamaica, México, Paraguay, Uruguay
	Utilización en algunas circunstancias para decisiones de cobertura médica	Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Guyana, Perú
	Uso para determinación de niveles de copago	
Dispositivos médicos implantables	Utilización sistemática para decisiones de cobertura médica	Brasil, Trinidad y Tobago, Uruguay
	Utilización en algunas circunstancias para decisiones de cobertura médica	Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Paraguay
	Uso para determinación de niveles de copago	

Fuente: Lorenzoni *et al.* (2019).

21. Estos recursos se suman a los presupuestos regulares de cada prestador.

Desarrollando sistemas de información en salud integrados

La informatización del sector de la salud para crear sistemas integrados, estructurados y conectados entre sí cumple un rol fundamental para orientar los recursos hacia un uso más eficiente. Herramientas informáticas, como la historia clínica electrónica, permiten mejorar la calidad de la atención a las personas durante su ciclo de vida y facilitan la coordinación entre diferentes niveles de atención médica. Los sistemas integrados constituyen un soporte importante para la toma de decisiones de los profesionales médicos, brindando información contextual que mejora la prescripción (por ejemplo, evitando la duplicación de estudios). También constituyen un instrumento clave en un contexto en el que la prevalencia de enfermedades crónicas, producto del envejecimiento demográfico, están cobrando una mayor relevancia en los países de la región. Los pacientes con este tipo de enfermedades, debido a su típica progresión lenta, requieren un contacto permanente con el sistema de salud y estas herramientas facilitan el manejo más efectivo de estas enfermedades. La confidencialidad y la seguridad de la información sensible son factores que se deben resguardar al diseñar estos sistemas.

A su vez, los sistemas de información integrados son piezas claves para fortalecer las políticas públicas en el sector basadas en la evidencia cuando registran los costos asociados a las prestaciones realizadas por los distintos proveedores del sistema de salud. En particular, pueden ayudar a mejorar los diseños de las estrategias para contener el gasto, posibilitando el monitoreo y evaluación continua del desempeño de todo el sistema y fortalecer su regulación. Estos sistemas de información son un elemento clave, por ejemplo, para mejorar los esquemas de pago a proveedores que requieren computar los costos esperados asociados a patologías o perfiles de riesgo específicos de la población cubierta (tales como los pagos capitados a las EPS en Colombia o a los mutualistas de Uruguay). Un ejemplo del potencial que tienen los sistemas de información para orientar la política pública es el caso de la Cuenta de Alto Costo de Colombia, un organismo técnico no gubernamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyo objetivo es generar información actualizada y real acerca de las enfermedades de alto costo en dicho país.

Reforzar la prevención

Las políticas de prevención y promoción de la salud pueden tener un rol clave para disminuir la prevalencia de las enfermedades crónicas, las cuales, como ya se ha dicho, suelen tener un alto costo financiero y una mayor prevalencia en las edades más avanzadas. La prevención puede ayudar tanto a evitar el padecimiento de una enfermedad como a retrasar su aparición. Si es efectiva, la prevención ofrece una doble ventaja, ya que no solo reduce el gasto en el tratamiento de las enfermedades cuya aparición evita, sino que también elimina el costo humano de su padecimiento. No obstante, es importante reconocer que la prevención de una enfermedad puede dar pie a la aparición de otras, particularmente de aquellas que comparten factores de riesgo. Por ejemplo, la obesidad es un factor de riesgo tanto de la hipertensión como del colesterol. Diagnosticar y controlar la hipertensión sin alterar la obesidad puede reducir la incidencia de fallecimientos por ataques

del corazón relacionados con la hipertensión, pero aumentar los relacionados con el colesterol. A este efecto se le llama en la literatura especializada el efecto de riesgos competitivos.

La implementación efectiva de servicios de prevención y promoción de la salud enfrenta retos en materia de focalización y participación. La focalización se basa en reconocer que no todas las personas van a padecer en algún momento de su vida una enfermedad crónica, ni tienen la misma propensión a llegar a sufrir una. Siguiendo principios de costo-efectividad, los esfuerzos de prevención deberían dirigirse a la población que más se puede beneficiar de ellos. De otro modo, implica utilizar recursos públicos escasos en acciones de baja efectividad o imponer costos directos a sectores de la población con beneficios de salud esperados bajos (por ejemplo, sometiéndose a exámenes para identificar enfermedades a las que serían poco propensos). Un reto central de la focalización es evitar por diseño la exclusión de personas para las que se esperan beneficios altos por su participación y la inclusión de personas con beneficios esperados por su participación bajos. El problema de la participación se relaciona con lograr la adopción de prácticas de prevención entre los grupos de población con beneficios esperados de salud altos, pero que participan poco, ya sea porque enfrentan costos de participación elevados o por otras restricciones.

La adopción de estilos de vida saludables entre la población es quizás el objetivo de salud pública más importante para disminuir o retrasar el padecimiento de las principales enfermedades crónicas.

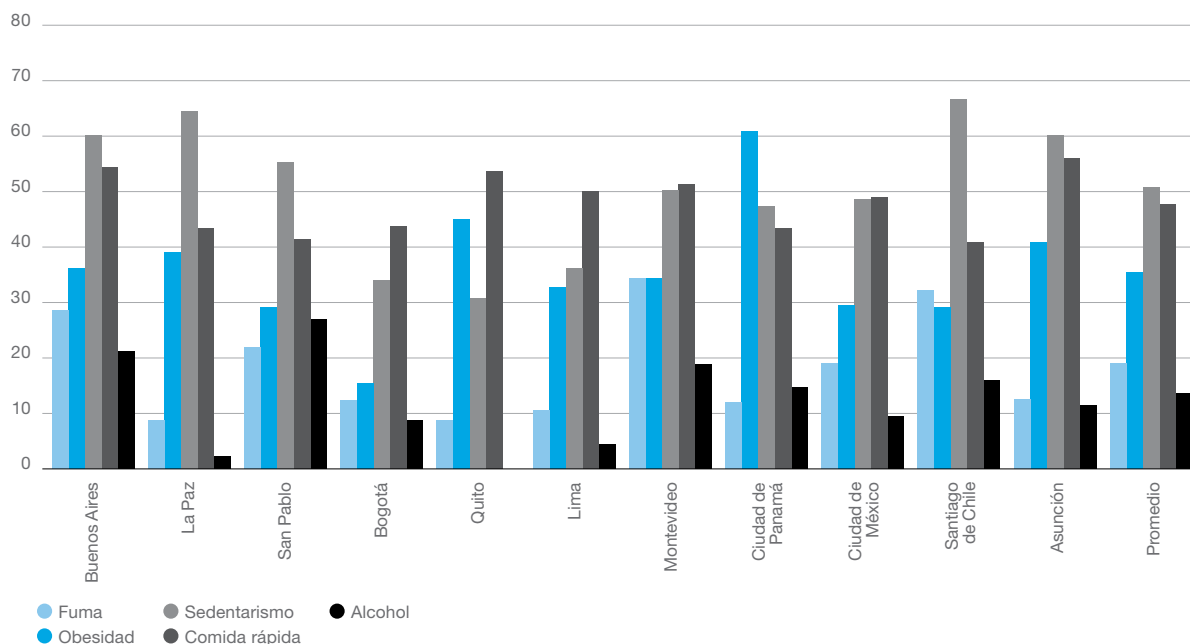
La adopción de estilos de vida saludables entre la población es quizás el objetivo de salud pública más importante para disminuir o retrasar el padecimiento de las principales enfermedades crónicas. Al reducir el riesgo de varias enfermedades crónicas al mismo tiempo, la adopción de un estilo de vida saludable tiene la ventaja adicional de tener un efecto de riesgos competitivos menor. Un estilo de vida saludable incluye la práctica de actividad física, alimentarse con una dieta sana, no fumar y tener un consumo moderado de bebidas alcohólicas. La ausencia de estos hábitos contribuye a la prevalencia de la obesidad, que es también un factor de riesgo de enfermedades crónicas.

El seguimiento de un estilo de vida saludable es recomendable para las personas de todas las edades. Sin embargo, como la prevalencia de las enfermedades crónicas aumenta a partir de los 45 años de edad, poner foco en este grupo etario puede ser de interés particular. El Gráfico 4.34 presenta evidencia sobre la prevalencia de cinco factores de riesgo de enfermedades crónicas en la población de entre 45 y 64 años que reside en las ciudades donde se realiza la ECAF 2019 (cuyo dominio de estudio no incluye a personas de 65 años y más de edad). Los resultados varían por factor de riesgo y ciudad, pero, en su conjunto, sugieren que una parte importante de este segmento de la población pudiera beneficiarse de adoptar un estilo de vida más saludable. En estas ciudades, un promedio del 19 % de la población en este grupo etario fuma actualmente, el 50 % no lleva a cabo normalmente actividad física, el 48 % consume comida rápida por lo menos una vez a la semana, el 14 % consume alcohol por lo menos tres veces a la semana y el 35 % padece obesidad (tiene un índice de masa corporal superior a 30).

Gráfico 4.34

Incidencia de factores de riesgo entre la población de 45 a 64 años en 11 ciudades de América Latina, 2019

Porcentaje de la población de 45 y más años con factor de riesgo



Notas: El individuo fuma si responde que lo hace actualmente; se considera obeso si tiene un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor que 30; es sedentario si no realiza actividad física en la semana; consumidor de comida rápida si la come al menos una vez a la semana; y toma bebidas alcohólicas si las bebe al menos 3 veces a la semana.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

El mayor desafío de política para cambiar el escenario descrito es la escasez de programas que hayan mostrado de manera rigurosa su efectividad para cambiar de manera sostenida el estilo de vida de los participantes (Bhattacharya, Hyde y Tu, 2014). Al respecto, puede ser útil considerar que las personas enfrentan costos y beneficios relacionados con las decisiones y acciones necesarias para cambiar su estilo de vida. Probablemente, quienes no siguen un estilo de vida saludable son aquellas personas que enfrentan costos más altos (o beneficios más bajos fuera del dominio de la salud) para hacerlo. Por ejemplo, el hecho de que las ciudades no sean efectivas en proveer espacios públicos seguros para la práctica del deporte puede aumentar el costo de llevar a cabo una actividad física intensa de manera regular. Más allá de las políticas específicas, la promoción de estilos de vida saludable requiere de cambios en el entorno físico y social que favorezcan su adopción por la población.²² En este contexto, la introducción de impuestos a las bebidas azucaradas, principalmente, y a otros alimentos de alto contenido calórico ha ganado relevancia de manera reciente (ver Recuadro 4.7).

22. Ver más sobre el rol del entorno para la acumulación de capital humano en el Capítulo 5 del Reporte de Economía y Desarrollo 2016 (CAF, 2016).

Recuadro 4.7

La regulación de las calorías

Ante la dificultad de cambiar los patrones de consumo de la población a través de campañas informativas y de educación sanitaria, las voces a favor de la regulación de los alimentos con alto contenido calórico han ganado fuerza.

La idea de regular el consumo de productos con efectos indeseables (a veces llamados pecaminosos) no es nueva. Hay una larga tradición en el uso de impuestos y restricciones a la oferta y el consumo del tabaco y las bebidas alcohólicas, motivada tanto por argumentos paternalistas como por la existencia de externalidades negativas asociadas a su consumo (ver al respecto la discusión sobre las razones de la protección social en el Capítulo 1). Entre las externalidades, o efectos negativos a terceros, destacan la incidencia de afecciones en las personas no fumadoras expuestas al humo del tabaco y las víctimas de accidentes automovilísticos y actos de violencia relacionados con el consumo abusivo de bebidas alcohólicas.

De manera reciente, cerca de 40 países en el mundo, incluyendo a Colombia, Chile, México y Perú, han puesto en marcha impuestos a las bebidas azucaradas. El consumo de bebidas azucaradas no afecta directamente la salud de terceros, como el del tabaco y las bebidas alcohólicas. Sin embargo, impone un costo financiero a la sociedad a través del aumento de las enfermedades crónicas si su tratamiento es financiado por los contribuyentes de un sistema de salud o por impuestos generales. Otro argumento a favor de estos impuestos es la existencia de beneficios de salud asociados a un estilo de vida saludable, que no son contemplados por los consumidores debido a falta de información o problemas de autocontrol (Allcott, Lockwood y Taubinsky, 2019).

Los impuestos a las bebidas azucaradas —o de manera más general a los bienes pecaminosos— tienen varias desventajas. Una de las principales es que suelen ser regresivos. Es decir que su incidencia es mayor entre las personas de menores ingresos, ya que son quienes consumen más estas bebidas —por lo menos en proporción a su ingreso—, aunque es posible que el efecto “correctivo” potencial de esos impuestos sea mayor entre este segmento de la población.

Para ser eficaces, esta clase de impuestos requieren, por lo menos, que las tasas impositivas se reflejen efectivamente en un alza de los precios, que la demanda de bebidas azucaradas disminuya significativamente conforme aumentan los precios, y que no haya un efecto de sustitución por otros productos de contenido calórico similar.

En México, Aguilar, Gutiérrez y Seira (2018) encuentran que la puesta en vigor en el año 2014 de un impuesto a las bebidas azucaradas y los alimentos procesados altos en calorías no tuvo un impacto en la ingesta calórica de la población, a pesar de que se tradujo en un aumento de los precios de los productos regulados y en una disminución de su consumo. La razón fue el aumento en el consumo de productos no regulados de un contenido calórico similar (el llamado efecto sustitución).

Otro reto importante es el financiamiento de los servicios de prevención y promoción de la salud. En los sistemas en los cuales las personas pueden tener a más de un asegurador o proveedor de servicios de salud a lo largo de su vida, estos tienen pocos incentivos para incurrir en gastos de prevención y promoción (ya que

asumen con certitud un costo presente, pero no necesariamente el beneficio de ahorros futuros), lo cual subraya la importancia del financiamiento público para esta clase de esfuerzos. Sin embargo, si el sector público enfrenta un contexto de restricción presupuestaria importante, es probable que el gasto en provisión de servicios sea más visible y atraiga los recursos que se podrían utilizar para la promoción de la salud.

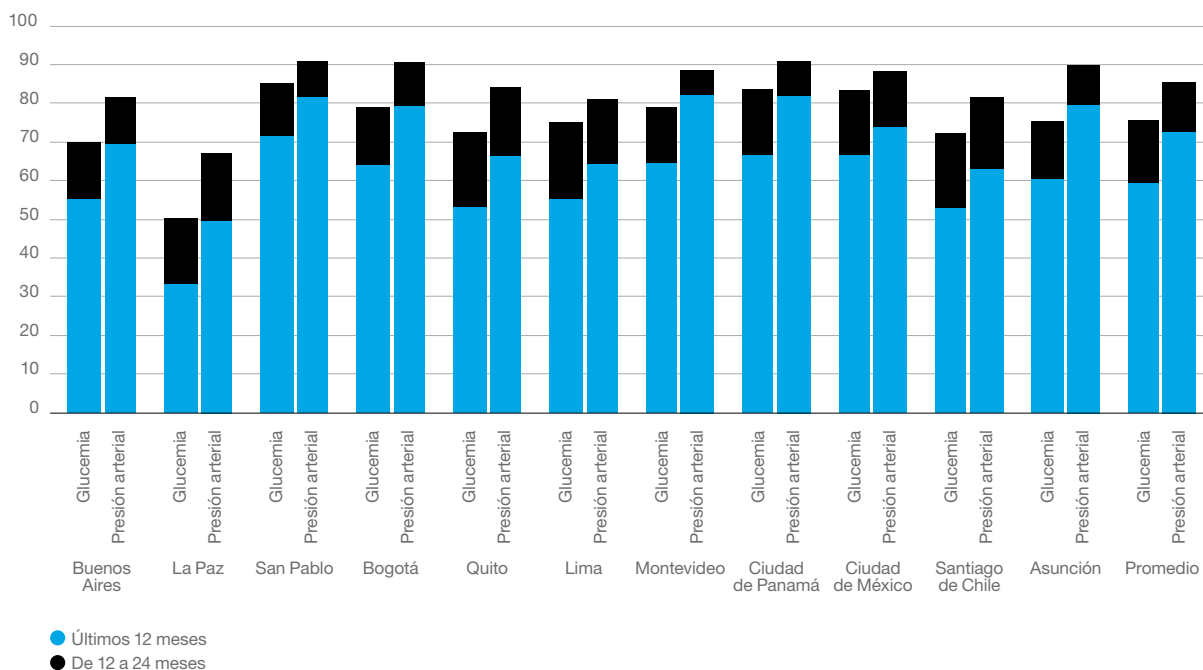
La detección temprana de enfermedades crónicas y de aquellas que aumentan su prevalencia puede ofrecer beneficios médicos cuando la probabilidad de que las intervenciones terapéuticas tengan éxito es mayor al inicio de la evolución de un padecimiento. Este es el caso, por ejemplo, de la hipertensión, que es el principal factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y los accidentes cerebrovasculares, y la segunda causa de discapacidad en el mundo. La hipertensión es asintomática, razón por la cual se la conoce como “el asesino silencioso”. Este trastorno puede ser identificado mediante la medición de la presión, un examen clínico básico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que todos los adultos se sometan a revisiones periódicas de la presión. Esto es aún más importante entre personas de edad media y avanzada, y entre quienes llevan un estilo de vida poco saludable, ya que ambos son factores de riesgo de la hipertensión (OMS, 2013). Por su parte, la diabetes tipo II es un ejemplo de una enfermedad crónica cuya detección temprana puede ayudar a aumentar la efectividad de los tratamientos disponibles para su control. Esta patología puede ser diagnosticada a través de pruebas básicas, como las de glucemia, que miden la concentración de glucosa en la sangre, y que la OMS recomienda que se encuentren disponibles en todos los centros de atención primaria. La realización de estas pruebas es prioritaria entre la población con factores de riesgo, como la edad (ser mayor de 45 años) y el sobrepeso, entre otros (OMS, 2016 y Reinauer *et al.*, 2005).

A partir de datos de la ECAF 2019, el Gráfico 4.35 muestra la proporción de población de 45 a 64 años que se sometió a pruebas de presión arterial y de glucosa durante los últimos dos años en las ciudades participantes en la encuesta. En promedio, el 73 % de las personas en este rango etario se realizó un control de presión en los últimos doce meses (a lo que se suma un 13 % adicional si se toma como periodo de referencia los últimos dos años, que es mayor al sugerido para una prueba de este tipo). Por su parte, el 59 % se sometió a una prueba de glucemia en el último año, una cifra que alcanza el 76 % si se tiene en cuenta los últimos dos años. Estas cifras son similares si uno se enfoca en la población en sobrepeso, la cual también se considera como un grupo de riesgo (los resultados no se muestran en los gráficos). Como se documentó previamente, la probabilidad de que una persona se realice un examen de este tipo es menor entre quienes no tienen acceso al sistema contributivo de seguridad social. A grandes rasgos, estas cifras ilustran el reto que enfrentan la mayoría de los sistemas de salud de la región: hay avances importantes en la cobertura de servicios básicos, pero no se ha llegado aún a una cobertura universal efectiva.

Gráfico 4.35

Población que se realizó exámenes de medición de la presión arterial y de glucemia en los últimos 2 años en 11 ciudades de América Latina, 2019

Población de 45 años y más que han realizado exámenes médicos (porcentaje de encuestados)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

Desarrollar una estrategia de políticas de cuidado

La mayoría de los países de la región tiene aún que desarrollar un marco de políticas públicas para el cuidado de adultos mayores en situación de dependencia.

La evidencia mostrada en este capítulo indica que la demanda de cuidados de largo plazo puede aumentar considerablemente durante las próximas décadas, poniendo presión sobre el rol de las familias como principales proveedores de cuidados para los adultos mayores. Frente a este fenómeno, la mayoría de los países de la región tiene aún que desarrollar un marco de políticas públicas para el cuidado de adultos mayores en situación de dependencia. De acuerdo a la realidad de cada país, este marco debería partir de un diagnóstico que responda a las siguientes interrogantes: ¿qué papel debe tener el Estado en la regulación, financiamiento y provisión de los servicios de cuidado de largo plazo? De manera relacionada, ¿cuál es el nivel de protección financiera que requieren las personas que necesitan de cuidados de largo plazo al llegar a la vejez?, ¿cuál es la mejor manera de proveer esta protección? y ¿cómo reconocer y potenciar el rol de las familias en las tareas de cuidado?

La dependencia, como la enfermedad, es un riesgo. En principio, una persona podría reaccionar ante tal riesgo adquiriendo un seguro de cuidados de largo plazo

(CLP) pagando una póliza anual a partir de su ingreso al mercado laboral a cambio de recibir protección financiera en caso de requerir servicios de CLP en algún momento de la vejez. Sin embargo, el uso y la cobertura de los seguros de este tipo es limitado. Por ejemplo, en los Estados Unidos, un país con una industria aseguradora altamente desarrollada, solo el 14 % de los adultos de 60 años y más tienen un seguro privado de CLP. Más aún, la póliza típica ofrece una cobertura —si es adquirida a los 65 años— equivalente a apenas dos terceras partes de los gastos esperados por CLP (Brown y Finkelstein, 2011).

¿Cuáles son las principales limitaciones para el desarrollo del mercado de seguros de servicios de CLP? De entrada, las fallas de mercado por selección adversa y riesgo moral, comunes a todos los mercados de seguros (ver Capítulo 1), no son ajenas a este sector. Más aún, un seguro de cuidados de largo plazo es un contrato de muy largo plazo con incertidumbre considerable sobre parámetros clave para definir sus costos y beneficios. Esta incertidumbre hace, por ejemplo, que incluso definir el precio que el asegurador debe cobrar para cubrir los gastos asociados a la cobertura prometida sea una tarea compleja en extremo. Por su parte, la intervención del Estado puede afectar el mercado de seguros de CLP, mediante regulaciones que afecten los precios, la calidad o la disponibilidad de servicios en estos mercados; o por la introducción de seguros públicos que reduzcan el valor de contar con un seguro privado (Brown y Finkelstein, 2011). Además de las regulaciones existentes, las expectativas sobre cambios futuros en la política pública —por ejemplo, la introducción de un seguro público— pueden tener un efecto relevante sobre la demanda actual de seguros privados. Incluso en ausencia de los problemas hasta aquí enumerados, las lecciones de la economía del comportamiento sugieren que la demanda por seguros de cuidados podría ser ineficientemente baja entre personas que privilegian fuertemente el presente sobre el futuro al tomar decisiones. Además, muchas personas de escasos recursos pueden no tener los ingresos suficientes para pagar un seguro de este tipo.

Ante este escenario, tres alternativas de intervención pública en el mercado de servicios de cuidado de largo plazo destacan: un seguro público obligatorio, los subsidios a los usuarios de servicios de cuidados de largo plazo y la provisión pública de estos servicios.

Un seguro público obligatorio para servicios de cuidados de largo plazo financiado con impuestos al trabajo es una extensión natural del modelo bismarckiano de aseguramiento de salud. Su carácter obligatorio resuelve el problema de selección adversa característico de los seguros opcionales y la posible insuficiencia de demanda debido a sesgos por subvaloración del futuro. Al igual que con los sistemas contributivos de seguridad social, el Estado está llamado a tener un rol de regulador del sistema y puede asumir o delegar la administración de los seguros y la provisión de los servicios en empresas privadas u organizaciones sociales. Alemania, Corea del Sur, Japón y los Países Bajos son ejemplos de países con estos sistemas (Colombo, Llena-Nozal, Mercier y Tjadens, 2011). Sin embargo, es importante tener en cuenta que esta alternativa de aseguramiento enfrenta la misma limitación que los subsistemas contributivos de salud de la región: su cobertura se restringe a los trabajadores del sector formal.

Otra opción de política consiste en brindar a la población en situación de dependencia subsidios para cubrir servicios de cuidado de largo plazo. Esta alternativa

es similar en espíritu a los sistemas no contributivos de salud que financian el acceso a proveedores privados de salud, como es el caso de Colombia en la región. El financiamiento proviene de impuestos generales complementados con copagos que pueden variar según la capacidad económica de los beneficiarios. Por ejemplo, este es el camino seguido en los Estados Unidos con el programa Medicaid, un seguro de salud dirigido a adultos mayores de escasos recursos que incluye en su cobertura servicios de CLP y que es la principal fuente de financiamiento en ese país para el pago de residencias institucionales para adultos mayores.

En la región, Chile y Uruguay, dos de los países en los cuales el envejecimiento se encuentra más avanzado, han puesto en marcha un grupo de políticas que se puede ubicar en esta última categoría (Failache *et al.*, 2019). En Chile, el Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados (conocido como Chile Cuida) apoya la realización de adaptaciones funcionales a viviendas en las que residen adultos mayores y, a través del Programa de Cuidados Domiciliarios, financia servicios de cuidado de largo plazo a adultos mayores en situación de dependencia que tienen escasos recursos y no cuentan con un cuidador. En Uruguay, el Programa de Asistentes Personales provee cuidados domiciliarios de largo plazo mediante personal calificado a personas mayores de 79 años con discapacidad o dependencia severa, mientras que el Programa de Teleasistencia en Casa cubre a adultos mayores de 69 años mediante el uso de un dispositivo de comunicación que permite alertar a su red social de apoyo y a los servicios de salud en caso de sufrir una emergencia.

Finalmente, la provisión pública de servicios de cuidado de largo plazo es un modelo en línea con los sistemas de protección social no contributivos que brindan servicios de salud a través de una red pública. Al igual que en la opción anterior, estos servicios se financian a través de impuestos generales, complementados con copagos que pueden variar de acuerdo a la capacidad económica de los beneficiarios. Este es el modelo adoptado, por ejemplo, en los países nórdicos, en los que destaca el rol preponderante de los gobiernos locales en el financiamiento y provisión de servicios de CLP (Colombo *et al.*, 2011).

Como en el diseño de cualquier política de protección social, la definición del alcance de la cobertura y de su generosidad es una tarea crucial. Es decir, cuáles son las respuestas a las siguientes interrogantes: ¿cobertura universal o focalizada, y en este segundo caso, a quién? ¿qué servicios cubrir, hasta qué monto y en qué condiciones? y ¿cómo garantizar la calidad de la atención? Las respuestas elegidas tendrán un impacto de primer orden en la eficiencia, equidad y sostenibilidad financiera del sistema de cuidados de largo plazo.

Dentro de los países desarrollados con sistemas de CLP, hay una gran variedad en el uso de criterios de cobertura universal o focalizada a la población de menores ingresos (en el caso de los sistemas no contributivos). Independientemente de si la cobertura es universal o focalizada, hay en general criterios de elegibilidad basados en la edad o la intensidad de la dependencia. Hay también diversidad entre países en el monto de los copagos y en si deben variar según la capacidad de pago de las personas (Colombo *et al.*, 2011). En materia de servicios, las residencias institucionales y cuidados domiciliarios por personal especializado han dado paso a una oferta más compleja que incluye los servicios de teleasistencia, los centros de cuidados de día, el apoyo para realizar adaptaciones funcionales a las viviendas y la capacitación de familiares o personas que llevan a cabo cuidados

no remunerados (Medellín *et al.*, 2018). Esta diversidad de la oferta reconoce la diversidad de necesidades de las personas en dependencia, según la intensidad de esta, y la preferencia de la mayor parte de la población de permanecer en sus hogares hasta que ya no sea posible —en lugar de optar por una residencia institucional—. En muchos de los casos, los beneficiarios pueden optar por recibir transferencias monetarias en vez de subsidios o acceso a servicios de CLP (Colombo *et al.*, 2011). Estas transferencias pueden funcionar como un mecanismo de compensación para los familiares que asumen un rol primario como cuidadores a costa de su participación en el mercado laboral. Dado su menor nivel de salarios potenciales, los hogares más pobres podrían preferir recibir transferencias monetarias a subsidios para la adquisición de servicios de CLP (Caruso, Galiani e Ibararán, 2019).

Como ya se ha dicho en este reporte, una de las fallas de mercado asociadas al aseguramiento (y la protección social) es el llamado efecto de riesgo moral. En el sector de la salud, este efecto supone, sobre todo, un uso excesivo de los servicios de salud, una preocupación que también concierne a los servicios de cuidados de largo plazo. Además, otra preocupación prominente en el segundo caso es el desincentivo a la adquisición voluntaria de seguros de CLP, al ahorro precautorio (uso de activos acumulados) o al apoyo de las familias —como la evidencia indica que ha sucedido en Estados Unidos (Brown y Finkelstein, 2011, y Barczyk y Kredler, 2018)—. Una alternativa para reducir el efecto de riesgo moral es la definición de políticas de copagos, que en el caso de los servicios de CLP pueden ayudar también a limitar que los subsidios públicos sean meros sustitutos de recursos que los hogares podrían haber dedicado de otro modo a este propósito. Una política de este tipo debería fijar copagos según la capacidad económica de los usuarios, lo cual implica el reto de poder observar de manera efectiva los activos de una persona. Esto no es siempre factible dado el desarrollo de los sistemas fiscales de la región, aunque muchos países tienen experiencia identificando población en condiciones vulnerables para focalizar los programas sociales. Otra posibilidad es priorizar la cobertura de quienes tienen menores alternativas de cuidados informales. Por ejemplo, los adultos mayores que no cuentan con un cónyuge (que son el principal proveedor de cuidados intensivos no formales). Ambas alternativas dejan, empero, la puerta abierta a errores de inclusión y exclusión que deben ser sopesados cuidadosamente. Finalmente, la experiencia de los países desarrollados subraya la importancia de construir mecanismos institucionales que permitan evaluar: 1) la situación de dependencia en que se encuentra una persona e identificar las mejores opciones de cuidados dentro de la oferta institucional disponible; y 2) la calidad de los servicios de CLP (Medellín *et al.*, 2018).

Parece imperativo el diseño de políticas que brinden protección financiera a las personas en situación de dependencia que así lo requieran, tomando en cuenta la respuesta de las familias y evitando las transferencias de recursos públicos a los hogares que los necesitan menos. Ante una perspectiva de crecimiento en la demanda de cuidados de largo plazo, es el momento de construir un marco que profile la respuesta de política a este desafío.

Claves para afrontar los retos del envejecimiento en los sistemas de salud y cuidados de largo plazo

- 1** Como la demanda de servicios de salud y de cuidados de largo plazo aumenta con la edad, es de esperar que el proceso del envejecimiento de la población presione al alza el gasto en los sistemas de salud y cuidados. El aumento en la demanda de ambos tipos de servicios puede ser particularmente alto en la región porque muchos latinoamericanos están llegando a la vejez con una salud deteriorada.
- 2** El proceso de envejecimiento ha estado acompañado de cambios importantes en el perfil epidemiológico de la población, de manera que el peso de las enfermedades no transmisibles ha superado con creces al de las enfermedades transmisibles. Las enfermedades no transmisibles, como el cáncer, la diabetes y los problemas circulatorios, cuya cronicidad y progresión lenta demandan un contacto permanente con el sistema de salud, suelen ser responsables de gran parte de los gastos sanitarios.
- 3** Los países de América Latina aún enfrentan grandes problemas para garantizar a su población un aseguramiento amplio y homogéneo contra los riesgos para la salud. Esto se debe, en parte, a la marcada fragmentación entre los subsistemas de salud contributivos y no contributivos que coexisten en casi todos los países.
- 4** Los problemas de acceso a servicios de salud son más agudos para quienes están cubiertos por los subsistemas de salud no contributivos (entre el 30 % y el 83 % de la población, dependiendo del país) y no existen diferencias significativas por grupo de edad. En cuanto a la protección financiera, no hay un patrón claro entre los países de la región respecto a qué subsistema (contributivo o no contributivo) brinda una mayor protección. No obstante, la población mayor de 65 años en ambos subsistemas es particularmente vulnerable a sufrir gastos en salud lo suficientemente altos como para inducir a la pobreza.
- 5** De no mediar modificaciones en el diseño de los sistemas de salud, el envejecimiento incrementará el gasto público en salud (la suma de los subsistemas contributivos y no contributivos) hacia el año 2065 entre 1 y 2,5 puntos del PIB, dependiendo del país. Saldar las diferencias en la generosidad de la cobertura entre los subsistemas contributivos y no contributivos de salud plantea un desafío enorme para los países en un contexto de envejecimiento acelerado, ya que podría implicar, en algunos casos, un aumento del gasto similar o mayor al esperado por el cambio demográfico.
- 6** Los gastos en salud surgen de un proceso complejo de interacción entre múltiples actores (pacientes, proveedores de servicios médicos, aseguradoras y el Estado), por lo que las políticas públicas necesarias para contener y hacer un uso más eficiente de los recursos son diversas. Entre ellas están la mejora en el diseño e implementación de los esquemas de pago a proveedores de salud, la definición explícita de beneficios de salud esenciales, las políticas de copagos y las que regulan la entrada al sistema de salud. También destacan la evaluación de tecnologías sanitarias, el desarrollo de sistemas de información integrados de salud y la profundización de estrategias de prevención y promoción de la salud.

- 7** Una proporción considerable de adultos mayores en América Latina requiere cuidados de largo plazo para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria (por ejemplo, comer o bañarse) o instrumentales (por ejemplo, hacer compras o tomar medicamentos). Según el país, esta proporción puede ubicarse entre el 8 % y el 35 % de la población mayor de 75 años. Los datos de Ecuador y México indican que hasta la mitad de las personas que requieren apoyo para realizar alguna actividad básica de la vida diaria podrían no recibirlo. Debido al envejecimiento poblacional, la cantidad de adultos mayores en situación de dependencia podría llegar a duplicarse en los próximos 30 años.
- 8** La familia es el principal proveedor de cuidados de largo plazo en los países de la región, donde además hay una participación limitada de proveedores remunerados no especializados que varía por país. En las tareas de cuidados participan más las mujeres, los cónyuges y, en general, quienes comparten residencia con la persona que requiere cuidados. El aumento potencial en la demanda de cuidados de largo plazo se da a la par de tendencias como la disminución en el tamaño de las familias y el aumento en las oportunidades laborales de las mujeres, que aumentan el costo para las familias de brindar cuidados de largo plazo.
- 9** La mayoría de los países de la región no cuentan aún con un sistema de cuidados de largo plazo. Estos sistemas deben balancear el objetivo de brindar protección a la población en situación de dependencia con la necesidad de dar sostenibilidad financiera al sistema, considerando el alto costo potencial de los servicios especializados de cuidados de largo plazo. Retos centrales al respecto son garantizar el desarrollo de una oferta de servicios de calidad a la que tengan acceso quienes más los necesitan, sin que los recursos públicos se conviertan en un mero sustituto para los recursos financieros y humanos que los hogares podrían destinar, de otro modo, a este propósito.

Apéndice

Construcción de la variable de cobertura de salud por seguridad social (cobertura contributiva).

Cuadro A 4.1

Cobertura de salud según subsistema en Encuesta CAF 2019

	Subsistema seguridad social contributivo	Subsistema no contributivo
Argentina	Obra Social, PAMI o prepago a través de obra social	PLAN NACER - Programa SUMAR/ Programa Federal Incluir Salud/ninguno, solo hospital público
Bolivia	Cajas de Salud (Caja Nacional de Salud/ Caja de la Banca Privada/Banca Estatal/ COSSMIL/ Seguro Universitario)	Prestaciones del Sistema Único de Salud Ley 1152 (Antes: Servicio de Salud Integral Ley 475, SUMI, SSPAM)/ Seguros de Salud Públicos (del Gobierno departamental o municipal)/ninguna cobertura
Chile	FONASA (categorías B, C, D), FF.AA. y del Orden, ISAPRE	FONASA (categoría A)/ninguno
Colombia	Régimen Contributivo (EPS), Regímenes especiales (fuerzas armadas, Ecopetrol, universidades públicas, magisterio)	Régimen Subsidiado (EPS-S)/ninguna cobertura
Ecuador	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) (Seguro General, Seguro Voluntario), Seguro ISSFA o ISSPOL	Seguro Campesino/ Seguro Comunitario/ Municipal/ninguna cobertura
México	Seguro social (IMSS)/ISSSTE / ISSSTE Estatal/Pemex, Defensa o Marina	Seguro Popular o para una Nueva Generación/ninguno
Panamá	Caja de Seguro Social	Ninguno/ Solamente sistema público
Paraguay	Instituto de Seguridad Social (IPS)/ Sanidad militar/Sanidad policial	Ninguna cobertura
Perú	ESSALUD (Seguro Social de Salud) / IPSS (Instituto Peruano de Seguridad Social)/ Fuerzas Armadas o Policiales/ Entidad Prestadora de Salud	Seguro Integral de Salud/ninguna cobertura
Uruguay	Mutualista/Sanidad Policial/Sanidad Militar	MSP - ASSE (Hospital de Clínicas- Ministerio de Salud Pública)/Policlínica Municipal/ninguno

**Juntando
las piezas**

5

Juntando las piezas¹

Los sistemas de protección social de la región enfrentan un doble desafío ante el actual proceso de envejecimiento demográfico. Por un lado, deben proveer más cobertura y garantizar que las transferencias y los servicios que ofrecen a la población sean suficientes para asegurar ciertos umbrales de ingresos y prestación. Por otro, deben lograr esos objetivos en un marco de sostenibilidad financiera. Afrontar esos retos con éxito requerirá adoptar políticas públicas con una visión integral, que tenga en cuenta las diferentes dimensiones del sistema de protección social, las particularidades en otras áreas económicas y sociales de cada país y sus interacciones.

Para entender los principales desafíos y oportunidades y, por lo tanto, las prioridades de reforma para la región, es importante caracterizar la situación de partida de los sistemas de protección social en algunas dimensiones clave y proyectar su evolución a futuro. Entre esas dimensiones, se incluye el estado de avance de la transición demográfica en los países, los niveles de cobertura y suficiencia de los sistemas de protección social, así como su situación financiera actual. A futuro, importa también analizar la trayectoria de los ingresos y los gastos, el espacio fiscal existente y otros aspectos, como cuánto pueden contribuir en la generación de mayores ingresos una reducción de los gastos y de las brechas de género y de formalidad existentes en el mercado laboral.

Aspectos adicionales a tomar en cuenta a la hora de formular reformas son los incentivos que se pueden generar al diseñar e implementar los mecanismos de financiación de los sistemas contributivos, así como las características de los programas no contributivos, el monto de las transferencias y las condiciones de acceso a las mismas. Estos aspectos del diseño pueden alterar el comportamiento de algunos grupos (por ejemplo, los trabajadores independientes), tanto en lo que se refiere a su participación laboral como a la modalidad de trabajo, así como promover su decisión de contribuir al sistema de salud o de pensiones.

En los capítulos anteriores se abordaron aspectos específicos de los mercados laborales, así como de los sistemas de pensiones y de salud, que enfrentan los países latinoamericanos en el proceso de envejecimiento poblacional.

En este capítulo, se discuten opciones para armar el rompecabezas que plantean los sistemas de seguridad social de la región y cumplir simultáneamente los objetivos de cobertura, suficiencia de las prestaciones y sostenibilidad financiera. Para ello, se adopta una visión más sistémica, poniendo énfasis en los efectos

1. La elaboración de este capítulo fue responsabilidad de Christian Daude y contó con la asistencia de investigación de Federico Pena y Roberto Ferrer.

agregados y las interacciones entre los cambios seculares en la estructura demográfica, el mercado laboral y las tendencias de los gastos e ingresos asociados al sistema de protección social. El análisis toma en cuenta los espacios existentes en cuanto a las capacidades institucionales y los recursos fiscales, así como las potenciales nuevas fuentes de financiamiento y de generación de ahorros.

Existen algunas restricciones de particular relevancia cuando se examina la viabilidad de las reformas de los sistemas de protección social en la región. Primero, en la etapa de diseño de las posibles reformas, es importante tomar en cuenta las consecuencias sobre el mercado laboral que pueden generar, por ejemplo, cambios en las formas de financiamiento y la creación o ampliación de los sistemas no contributivos de pensiones o de salud. Segundo, hay limitaciones de índole de economía política que reducen el espacio de reformas viables.

Un sistema de protección social con problemas de sostenibilidad financiera puede generar efectos negativos sobre el bienestar social.

Un sistema de protección social que enfrenta problemas de sostenibilidad financiera puede generar efectos negativos sobre el bienestar de las personas y de la sociedad en su conjunto. A nivel individual, la falta de sostenibilidad puede crear, por ejemplo, incertidumbres acerca de los ingresos futuros, ya sea porque se esperan cambios en los parámetros de los sistemas o en los parámetros de financiamiento. En la medida que los individuos desconozcan la trayectoria de estos parámetros, estarán expuestos a una mayor incertidumbre. Esto puede no solamente reducir el bienestar de las personas, sino también inducir a cambios de conducta por parte de los hogares para cubrirse contra posibles riesgos que no logren mitigar de manera satisfactoria y eficiente.

Desde el punto de vista macroeconómico, la falta de sostenibilidad de un sistema de protección social puede tener efectos negativos sobre el resto de la economía. Por ejemplo, en un sistema pensional de reparto altamente deficitario y que requerirá más asistencia financiera en el futuro, los agentes económicos pensarán que será necesaria una mayor carga tributaria en el futuro para financiar el pago de la deuda que se genera actualmente. Esa mayor carga tributaria futura puede entonces afectar negativamente la inversión, sobre todo la destinada a proyectos con horizontes largos de maduración, reduciendo el crecimiento económico, lo que pondría aún más presión sobre la sostenibilidad financiera del sistema. Por lo tanto, lograr sistemas de protección social que sean sostenibles debería ser una prioridad para las políticas públicas, no por una cuestión meramente de equilibrio fiscal y estabilidad macroeconómica, sino porque se trata de una condición necesaria para que dichos sistemas brinden de manera eficaz los niveles de protección social para los que fueron pensados.

Un desafío particularmente relevante para las políticas de protección social es que los efectos de los cambios demográficos y tecnológicos que analiza el presente informe, si bien se han acelerado, son lentos en comparación con el horizonte temporal de las decisiones políticas. Por ejemplo, a pesar de los potenciales impactos positivos de una reforma del régimen pensional, los beneficios de los cambios se dan generalmente en el mediano plazo y de manera paulatina, en contraste con los costos políticos que implicarían incurrir en un proceso de reforma. Esto puede inducir a que los políticos decidan postergar estos cambios, por lo que es importante entender qué factores pueden hacer que se generen los consensos necesarios para hacer políticamente viables las reformas que se precisan.

En este capítulo, se analizan primero los principales retos de los sistemas de protección social en el contexto del envejecimiento poblacional, tomando en cuenta la heterogeneidad que existe dentro de la región. A continuación, se combina este punto de partida con las proyecciones de gasto e ingresos de los sistemas de protección social para diferentes escenarios. Además, se toma una visión más amplia de los aspectos de sostenibilidad, considerando el espacio fiscal, fuentes alternativas de ingresos o de reducción del gasto y otras acciones de políticas públicas que puedan ayudar a hacer frente a los costos del envejecimiento. Para terminar, se analizan con mayor profundidad aspectos del contexto importantes para pensar en las reformas de las políticas públicas, tales como las preferencias de la población, la economía política de las reformas y las capacidades estatales.

Desafíos actuales de cobertura y suficiencia

Los sistemas de protección social han sido revisados en este reporte partiendo del principio de que el cumplimiento de los objetivos debe lograrse manteniendo un patrón estable de consumo durante del ciclo de vida. Además, es preciso que ofrezcan un piso mínimo de ingresos que, ante eventos extremos, evite que las familias y los individuos caigan en la pobreza, así como cierto nivel de redistribución del ingreso.

En los capítulos anteriores, se discutió con detalle en qué medida diferentes partes del sistema de protección social cumplen estos objetivos, así como las políticas sectoriales que permitirían acercarse más a lograrlos, tomando en cuenta las limitaciones del mercado laboral y las tendencias demográficas.

En este apartado, se retoman algunos de esos aspectos con el propósito de pensar en los resultados agregados y las necesidades de financiamiento que implicarían algunas políticas para atender los desafíos de cobertura y suficiencia de las prestaciones de protección social. El apartado documenta cuáles son los diferentes puntos de partida y los principales desafíos, analizando primero los aspectos relacionados con los sistemas de pensiones y luego los sistemas de salud de América Latina.

El análisis considera la heterogeneidad significativa de la región en algunas de las dimensiones clave que determinan los retos que el envejecimiento y las características estructurales y tendencias recientes de los mercados laborales plantean a sus sistemas de protección social. También tiene en cuenta la diversidad en lo que respecta a la ventana de tiempo de la que disponen para introducir reformas que se anticipen y den trayectorias sostenibles a estos regímenes.

Cobertura y suficiencia de los sistemas de pensiones

Existen diferencias relevantes en cuanto a la cobertura y suficiencia de los instrumentos de protección social abordados en este libro (ver detalles en los Capítulos 3 y 4). Para analizar las brechas en ambas dimensiones, se usan tanto los niveles absolutos de cobertura y suficiencia como los niveles esperados considerando el

PIB per cápita, dado que ambas variables están correlacionadas con el nivel de desarrollo del país, como ya se mostró, por ejemplo, para el caso de las pensiones (ver el Capítulo 3). Esto se puede deber a factores de la demanda —por ejemplo, a medida que crece el ingreso, aumenta la demanda de servicios de protección social— o a la disponibilidad de recursos, que facilitan la oferta de dichos servicios.

Las pensiones claramente no son la única fuente de ingresos para los adultos mayores. Estos se pueden complementar con ingresos laborales propios o de otros miembros del hogar, remesas, otras transferencias públicas, retornos del capital y ahorros. Ello se demuestra en el hecho de que el peso de las pensiones y las transferencias públicas en el ingreso de las personas mayores de 65 años en América Latina ascienden en promedio a tan solo un tercio de los ingresos totales de este grupo poblacional. Esta proporción es bastante baja en comparación con el promedio de la OCDE, donde representan aproximadamente dos tercios de sus ingresos (ver Capítulo 3). A su vez, la correlación entre las tasas de cobertura y la pobreza de los adultos mayores es negativa y significativa (con un coeficiente de correlación simple de $-0,63$), lo que parece indicar que un sistema de pensiones con cobertura amplia es un instrumento importante para mantener niveles de consumo en la vejez y proteger a las personas contra el riesgo de caer en la pobreza.

Para indagar más en profundidad sobre estos aspectos, a continuación se explora si los niveles de cobertura actual y de pobreza entre los adultos mayores² son bajos o altos tomando en cuenta el nivel de desarrollo de cada país. Es importante recordar que el concepto de suficiencia es más amplio que la necesidad de evitar caer por debajo de una línea de pobreza monetaria absoluta (ver Capítulos 1 y 3). En este sentido, una limitación del ejercicio es que, si bien la línea de USD 4 por día, ajustada por diferencias en el poder de compra, es relevante para medir la suficiencia en los países de ingreso medio bajo, es muy probable que dicha línea de pobreza subestime los problemas de suficiencia en las prestaciones en los países de ingreso medio alto de la región. Para contemplar esta limitación, se realiza el análisis comparativo tomando en cuenta los niveles absolutos de cobertura y pobreza entre los adultos mayores, al igual que los valores relativos al nivel de desarrollo.

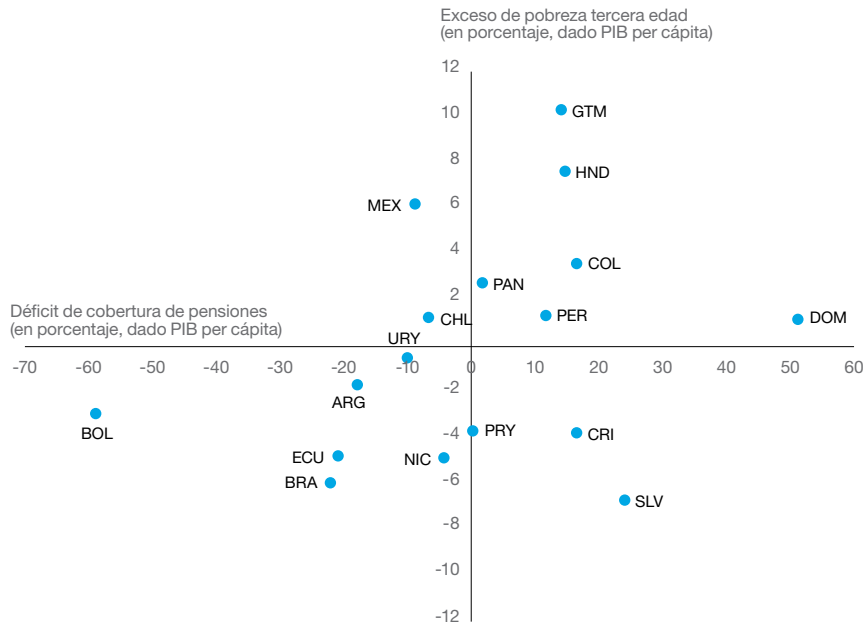
Los resultados para los 17 países latinoamericanos con datos disponibles se presentan en el Gráfico 5.1, que muestra por un lado el “exceso” en la tasa de pobreza, expresada como la diferencia entre la tasa de pobreza esperada dado el PIB per cápita y la tasa de pobreza observada y, por otro lado, el déficit de cobertura, definido de manera equivalente.³ A su vez, el Cuadro 5.1 (ver pág. 306) presenta, sin considerar el nivel de desarrollo, los niveles absolutos de cobertura, tanto de los esquemas contributivos como los no contributivos, y la tasa de pobreza en la tercera edad en comparación a la tasa de pobreza de la población en general.

2. La correlación simple entre la cobertura de las pensiones y el PIB per cápita en 2017 para los 17 países de la región es 0,59, mientras que la pobreza monetaria, definida como aquellas personas con un ingreso por día inferior a USD 4, ajustados por paridad de poder adquisitivo (PPA), es de $-0,85$. Ambas correlaciones son estadísticamente significativas para niveles convencionales de confianza estadística.

3. Por lo tanto, si un país presenta valores positivos en el eje vertical (a la derecha del origen), significa que la fracción de adultos mayores pobres observada es mayor que la esperada dado su PIB per cápita. Similarmemente, un valor positivo en el eje horizontal supone que el país presenta un déficit de cobertura, o sea que su cobertura es menor que la esperada.

Gráfico 5.1

Relación entre la cobertura de las pensiones e incidencia de la pobreza en adultos mayores en 2017



Notas: El déficit de cobertura es la diferencia entre la cobertura esperada, a partir de una regresión lineal simple de la tasa de cobertura con respecto al PIB per cápita en PPA y una constante, y la tasa de cobertura observada. Igualmente, el exceso de pobreza entre adultos mayores surge de comparar la tasa de pobreza esperada, luego de regresar la misma contra una constante y el PIB per cápita, y la tasa de pobreza observada entre adultos mayores.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de cobertura de Arenas de Mesa (2019) y datos de pobreza de CEDLAS (2020).

Un primer resultado es la existencia de una correlación levemente positiva entre ambas variables.⁴ Esto significa que los países tienden a ubicarse en el cuadrante inferior a la izquierda y superior a la derecha. Para los países en el primer cuadrante, Bolivia, Brasil, Ecuador, Nicaragua y, en menor medida, Argentina y Uruguay, la cobertura es mayor y la pobreza menor que la esperada considerando el PIB per cápita respectivo. Por tanto, si bien aún pueden subsistir muchos desafíos en términos del diseño de sus sistemas de protección social, no es sencillo establecer una prioridad clara en términos de cobertura y suficiencia para este conjunto de países teniendo en cuenta sus niveles de desarrollo. Como se verá más adelante, y también surge del análisis del Capítulo 3, un elemento común de varios países en este cuadrante es que tienden a tener más desafíos inmediatos en cuanto a sostenibilidad financiera de sus sistemas de pensiones.

Existe una correlación positiva entre el exceso de pobreza en la tercera edad y el déficit de cobertura de las pensiones.

4. La correlación simple es 0,30. Si se excluyen las variables (algo extremas) de Bolivia, República Dominicana y El Salvador, esta correlación aumenta a 0,55.

Cuadro 5.1

Cobertura del sistema de pensiones y pobreza, 2017

País	Cobertura de pensiones			Pobreza adultos mayores	Pobreza población general
	Contributivas	No contributivas	Total		
Argentina	92,4 %	0,1 %	92,5 %	0,3 %	3,4 %
Bolivia	22,3 %	98,1 %	98,1 %	15,3 %	14,6 %
Brasil	75,7 %	11,5 %	86,9 %	0,6 %	5,5 %
Chile	66,9 %	20,0 %	87,0 %	0,6 %	2,3 %
Colombia	24,3 %	21,4 %	45,7 %	11,3 %	16,3 %
Costa Rica	36,7 %	14,5 %	51,2 %	1,4 %	4,8 %
Ecuador	33,0 %	42,1 %	75,1 %	6,6 %	12,9 %
El Salvador	13,5 %	4,1 %	17,6 %	10,5 %	14,5 %
Guatemala	14,5 %	13,9 %	28,3 %	27,1 %	34,5 %
Honduras	10,2 %	0,0 %	10,2 %	32,4 %	39,2 %
México	29,7 %	58,4 %	81,6 %	9,0 %	11,4 %
Nicaragua	34,0 %	0,0 %	34,0 %	17,6 %	20,8 %
Panamá	40,1 %	38,7 %	78,7 %	2,2 %	7,7 %
Paraguay	15,7 %	42,4 %	58,0 %	5,8 %	11,1 %
Perú	25,1 %	23,7 %	48,8 %	9,9 %	13,0 %
República Dominicana	15,2 %	0,0 %	15,2 %	7,0 %	10,3 %
Uruguay	81,9 %	6,0 %	87,9 %	0,1 %	1,0 %

Notas: Para Argentina, las pensiones correspondientes a las moratorias jubilatorias están clasificadas como pensiones contributivas. En Bolivia las pensiones no contributivas son universales por lo que una persona puede tener ambos tipos de cobertura. En México hay personas cubiertas por ambos tipos de pensiones, por lo que el total cubierto es menor a la suma de la cobertura contributiva y no contributiva.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Arenas de Mesa (2019) y CEDLAS (2020).

Los datos del Cuadro 5.1 aportan información adicional. Así, en el caso de Bolivia, los niveles de cobertura son muy altos debido al amplio alcance que tienen las pensiones no contributivas. Al mismo tiempo, si bien la pobreza esperada entre los adultos mayores dado el bajo PIB per cápita boliviano es mayor que la tasa de pobreza observada, la incidencia de la pobreza en este grupo de población es relativamente alta en comparación con el resto de la región (asciende a más del 15 % de los adultos mayores), aunque es solo levemente superior a la tasa de pobreza general de la población, que es el 14,6 %. Esto es consistente también con el hecho de que la tasa de reemplazo en Bolivia es una de las más bajas en la región (ver Capítulo 3). Por lo tanto, en este país la solución parece ser implementar políticas transversales que aumenten la productividad (por ejemplo, que reduzcan la informalidad laboral), de forma que apunte los ingresos de la población en general y posibilite mayores aportes al sistema de pensiones contributivo, alcanzando a un mayor número de beneficiarios. Por otro lado, el caso de Nicaragua difiere de Bolivia en el sentido de que la cobertura es relativamente baja, aun cuando es mayor que la esperada dado su ingreso per cápita. Esto se debe principalmente a que no posee un sistema de pensiones no contributivas. De todas formas, como se muestra en

el Cuadro 5.1, la tasa de pobreza de los adultos mayores es menor que la correspondiente a la población en general, aunque ambas son relativamente altas en comparación con el resto de la región. Esto significa que, en Nicaragua, al igual que en Bolivia, aunque quizás en menor grado, se requieren políticas más generales para incrementar el nivel de ingreso y los trabajos formales, y para combatir la pobreza, pero no hay indicios de que se necesite un foco especial en la tercera edad. En cuanto a Argentina, Brasil y Uruguay, los niveles de cobertura son buenos y la suficiencia también parece adecuada. De hecho, en estos tres países la incidencia de la pobreza en el total de la población es aproximadamente diez veces mayor que en el grupo de los adultos mayores. En estos casos, como se detalla más adelante, la sostenibilidad financiera del sistema de pensiones es uno de los principales desafíos.

En el cuadrante inferior derecho se sitúan los países donde la cobertura es el problema principal, mientras que parecen existir menos problemas en materia de suficiencia. En esa situación se encuentran Costa Rica, El Salvador y Paraguay. En Costa Rica, la cobertura total es apenas superior al 50 %, reflejando una baja cobertura del régimen contributivo y, particularmente, del régimen no contributivo, que está por debajo del promedio regional, en especial si se toma en cuenta el nivel del PIB per cápita. Al mismo tiempo, la fracción de adultos mayores por debajo de la línea de pobreza de USD 4 por día es del 1,4 %, relativamente bajo dado el PIB per cápita del país, lo que estaría reflejando la existencia de otros ingresos que podrían ser reemplazados si se ampliara la cobertura. En El Salvador, la cobertura también es significativamente más baja que el promedio regional en ambos pilares, aunque los adultos mayores en este caso, aún más que en Costa Rica, tienen una tasa de pobreza menor considerando el PIB per cápita del país (y la tasa de pobreza de la población). Esto sugiere que los adultos mayores salvadoreños tienden a vivir en hogares que reciben otros ingresos y transferencias, como, por ejemplo, remesas. A su vez, como en el resto de los países, muchos adultos mayores continúan activos económicamente más allá de los 65 años de edad (ver Capítulo 3). Finalmente, en el caso de Paraguay, este balance de prioridades es menos claro. Por un lado, la cobertura es baja en términos absolutos, particularmente en el caso de las pensiones contributivas, reflejando el alto grado de informalidad de la economía paraguaya. Sin embargo, cuando se toma en cuenta el nivel del PIB per cápita, la cobertura es similar a la esperada.

En el cuadrante superior derecho se encuentra un grupo numeroso de países donde parecen existir desafíos tanto de cobertura como de suficiencia. Así, en República Dominicana, Guatemala y Honduras, los niveles en ambos pilares son bajos, aun teniendo cuenta el ingreso per cápita de esos países. Sin embargo, existen matices. Por ejemplo, en República Dominicana, aunque la suficiencia es baja para su nivel de ingreso per cápita, la cobertura está claramente mucho más alejada de países de similar nivel de desarrollo. La causa principal parece ser la ausencia de una prestación no contributiva, además de la baja cobertura del régimen contributivo debido a la alta informalidad laboral. Por otro lado, en Guatemala y Honduras, la alta pobreza relativa de los adultos mayores estaría indicando problemas de suficiencia más agudos que los de cobertura, que también existen. En el caso de Colombia y Perú, se observan niveles de cobertura y suficiencia bajos dados los niveles de ingresos de dichos países, aunque en términos absolutos las tasas de pobreza de los adultos mayores son menores

que los de la población en general. La deficiente cobertura está en parte explicada por el reducido alcance de los sistemas contributivos como resultado de la alta informalidad y estos no son compensados con sistemas no contributivos lo bastante amplios y generosos.

Finalmente, en el cuadrante superior izquierdo se encuentran México y Chile, que presentan niveles de cobertura cercanos a lo esperado dado sus niveles de desarrollo, pero con un exceso de pobreza, indicando que en ambos países existen algunos problemas de suficiencia de las prestaciones.

Cobertura y suficiencia de los sistemas de salud

En lo que respecta a las prestaciones de salud, se puede retomar el ejercicio hecho en el Capítulo 1 sobre las brechas de cobertura y suficiencia, esta última medida como la protección financiera de no tener que incurrir en gastos catastróficos o empobrecedores (ver también el Capítulo 4). De dicho análisis se desprende que hay un conjunto de países con niveles de protección financiera razonable, pero donde los sistemas sanitarios muestran niveles bajos de cobertura en cuestiones claves, como la maternidad o las enfermedades infecciosas.⁵ Al mismo tiempo, estos sistemas frecuentemente cuentan con pocas capacidades en términos de trabajadores en el sector de la salud y camas, como lamentablemente se puso de manifiesto durante la crisis de la COVID-19. Este conjunto incluye a Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá y Trinidad y Tobago. Por otro lado, hay países donde la cobertura es cercana al promedio de la OCDE, pero la protección financiera es muy inferior. Este grupo de países incluye a Argentina, Brasil, Chile y República Dominicana. Finalmente, un tercer grupo, en el que se encuentran Colombia, Costa Rica, Ecuador, Paraguay y Perú, presenta brechas significativas en ambas dimensiones.

Un aspecto interesante es que la correlación entre el índice de cobertura y la falta de protección financiera es positiva y significativa para los países de la región (0,44), mientras que para los países de la OCDE es nula (-0,02).⁶ Así, en los países latinoamericanos parecen haber optado entre expandir la cobertura o fortalecer la suficiencia de quienes están cubiertos. Como ilustra el Gráfico 5.2, el índice de cobertura muestra una correlación positiva y significativa con los recursos públicos destinados a la salud, aunque con una relación decreciente. El gráfico también muestra la frontera de eficiencia, que mide el máximo de cobertura que se podría lograr si los recursos se utilizaran de la manera más eficiente.⁷ Se observa que los países latinoamericanos en general se encuentran por debajo de la frontera de eficiencia estimada, lo que significa que podrían lograrse mayores niveles de cobertura con el mismo nivel de gasto.

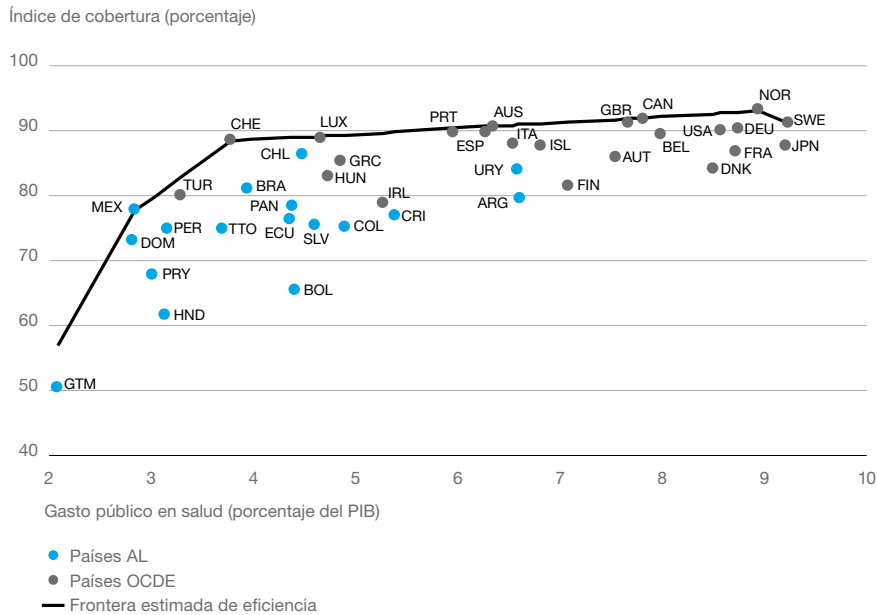
5. Uruguay es el único país de la región que se encuentra cerca del promedio de la OCDE en ambas dimensiones.

6. Se podría dar el caso de que estas correlaciones reflejen estructuras demográficas diferentes. Sin embargo, controlando por la tasa de dependencia de edad avanzada, la correlación para América Latina pasa a ser 0,48, mientras que para la OCDE pasa a ser -0,19.

7. Las estimaciones se realizaron con el programa informático Stata, suponiendo rendimientos decrecientes a escala.

Gráfico 5.2

Índice de cobertura y gasto público en salud como porcentaje del PIB



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la OMS (2020).

Esta estimación también permite calcular cuánto de la diferencia en el índice de cobertura con respecto al promedio de la OCDE (87,5) se debe a ineficiencias y cuanto a un menor nivel de gasto. Los resultados de esta descomposición, presentados en el Cuadro 5.2, muestran que los países podrían aumentar en promedio 10,6 puntos porcentuales su cobertura con el mismo gasto. Con una brecha promedio de 13,4 puntos en el índice de cobertura con respecto a la media de la OCDE, eso significa que casi el 80 % de dicha brecha podría cerrarse mediante mejoras de eficiencia.

Alcanzar el máximo de eficiencia en los sistemas de salud de la región reduciría su brecha de cobertura respecto a la OCDE hasta en un 80 %.

Sin embargo, ese promedio esconde situaciones muy diferentes al interior de la región. Por un lado, países como Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Panamá, Paraguay y Trinidad y Tobago presentan brechas de eficiencia altas, de manera que aumentos significativos en la eficiencia del gasto les permitiría alcanzar los niveles de cobertura del promedio de la OCDE o superiores. Por otro lado, en República Dominicana, Guatemala, Honduras, México, Paraguay y Perú, aunque existen también ineficiencias en el gasto, cerrar las brechas de eficiencia sería insuficiente para alcanzar el nivel de cobertura promedio de la OCDE. Finalmente, en Brasil, Chile y Uruguay los niveles de eficiencia parecen ser relativamente buenos y mejoras marginales bastarían para cerrar la brecha de cobertura.

El análisis de cobertura muestra que hay situaciones en las que se requieren reformas que aumenten la eficiencia del gasto, lo que muy probablemente involucre aspectos regulatorios de los prestadores de servicios de salud, así como del mercado de seguros de salud. Por otro lado, hay países de la región que requieren de más recursos para mejorar la calidad de la cobertura de servicios sanitarios.

Cuadro 5.2

Niveles de cobertura de salud, eficiencia del gasto y brechas de cobertura

País	Índice de cobertura	Valor eficiente de frontera	Brecha de eficiencia	Brecha OCDE	Diferencia
Argentina	79,4	91,0	11,6	8,1	3,6
Bolivia	65,5	89,1	23,6	22,0	1,6
Brasil	81,1	88,7	7,6	6,4	1,2
Chile	86,2	89,1	3,0	1,3	1,7
Colombia	75,2	89,5	14,3	12,3	2,0
Costa Rica	76,9	89,9	13,0	10,5	2,5
Ecuador	76,4	89,0	12,6	11,1	1,5
El Salvador	75,3	89,2	13,9	12,2	1,8
Guatemala	50,3	57,1	6,8	37,2	-30,4
Honduras	61,7	81,4	19,7	25,8	-6,1
México	77,8	77,8	0,0	9,7	-9,7
Panamá	78,3	89,0	10,7	9,2	1,6
Paraguay	67,7	80,0	12,2	19,8	-7,5
Perú	74,8	81,6	6,7	12,7	-5,9
Rep. Dominicana	73,2	77,3	4,1	14,3	-10,2
Trinidad y Tobago	74,8	87,9	13,1	12,7	0,4
Uruguay	84,1	91,0	6,9	3,4	3,5
Promedio	74,0	84,6	10,6	13,4	-2,9

Notas: El valor eficiente de frontera se computa como la distancia vertical entre el punto (gasto e índice de cobertura) y la frontera de eficiencia (dado el mismo gasto). La brecha de eficiencia es la diferencia entre la primera columna y la segunda columna del cuadro. La brecha con respecto a la OCDE se computa como el valor promedio del índice de cobertura para la OCDE (87,5) menos el valor observado en la primera columna. La última columna presenta la diferencia en la brecha de eficiencia y la brecha de cobertura con respecto a la OCDE.

Fuente: Elaboración propia con base a datos del Banco Mundial (2020) y la OMS (2020).

En lo que refiere a la protección financiera, se procedió a estimar la relación entre el inverso de este indicador, es decir, la vulnerabilidad financiera, que se define como el porcentaje de personas que están expuestas a gastos sanitarios catastróficos, y el gasto público en salud como porcentaje del PIB para los países de la OCDE. Después, se utilizó dicha relación para estimar el valor esperado de vulnerabilidad para cada país latinoamericano. La brecha entre el valor observado y el estimado se compara con la diferencia con respecto al promedio de la OCDE, en donde un 6,66 % de las personas son vulnerables a gastos de salud extremos. Los resultados se presentan en el Cuadro 5.3.

Cuadro 5.3

Brechas de protección financiera frente a gastos en salud

País	Porcentaje de personas vulnerables financieramente	Valor esperado dado gasto en salud	Brecha respecto al valor esperado	Brecha OCDE	Diferencia
Argentina	16,9	7,0	-9,9	-10,2	0,4
Bolivia	6,0	10,0	4,0	0,6	3,3
Brasil	25,6	10,6	-15,0	-18,9	3,9
Chile	14,6	9,9	-4,7	-7,9	3,2
Colombia	8,2	9,3	1,1	-1,5	2,7
Costa Rica	9,8	8,7	-1,2	-3,2	2,0
Ecuador	10,3	10,0	-0,3	-3,7	3,4
El Salvador	1,7	9,7	8,0	5,0	3,1
Guatemala	1,4	13,1	11,7	5,3	6,4
Honduras	1,1	11,7	10,5	5,5	5,0
México	1,6	12,1	10,5	5,1	5,4
Panamá	3,3	10,0	6,7	3,4	3,4
Paraguay	7,1	11,8	4,7	-0,4	5,2
Perú	9,2	11,7	2,4	-2,6	5,0
Rep. Dominicana	17,7	12,1	-5,5	-11,0	5,5
Trinidad y Tobago	3,9	10,9	7,0	2,8	4,3
Uruguay	4,5	7,1	2,5	2,1	0,4
Promedio	8,4	10,3	1,9	-1,7	3,7

Notas: La población vulnerable financieramente se define como el porcentaje de hogares donde los gastos médicos representan más del 10 % del ingreso. El valor esperado dado el gasto en salud se basa en la proyección del valor esperado con base en una regresión lineal entre la población vulnerable y el gasto público en salud para los países de la OCDE. La brecha es la diferencia entre el valor en la primera columna y la segunda. La brecha con respecto a la OCDE resulta de la diferencia entre el porcentaje de personas vulnerables en promedio en la OCDE (6,66 %) y el valor en la primera columna. Finalmente, la última columna representa la resta de la brecha con respecto al valor esperado y la brecha con la OCDE.

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial (2020) y de la OMS (2020).

También en el caso de la protección financiera hay diferencias importantes entre países. Por un lado, hay un grupo de países donde la vulnerabilidad financiera es significativamente más alta que lo que se esperaría dado los recursos públicos destinados a los programas de salud. Este es el caso de Argentina, Brasil, Chile y República Dominicana, donde parece que una mejor focalización de los recursos sería suficiente para cerrar gran parte de la brecha en protección financiera con respecto al promedio de la OCDE. Por otro lado, hay varios países, especialmente los centroamericanos y México, donde la vulnerabilidad financiera es baja (ver Capítulo 4) con relación a los gastos en salud pública.

En varios países la protección financiera de los sistemas de salud es mucho menor a la esperada dado su nivel de gasto.

Desafíos de la sostenibilidad financiera de cara al futuro

La sostenibilidad financiera de los sistemas de protección social y su evolución en el tiempo es otra dimensión relevante para entender la situación actual, así como la magnitud de las reformas necesarias y la ventana de tiempo existente para llevarlas a cabo. La sostenibilidad financiera, esto es, en qué medida los recursos y erogaciones de estos sistemas están balanceados, es un concepto complejo de evaluar, dado que, en principio, siempre podrían implementarse cambios en los gastos o ingresos que eliminen los desequilibrios financieros actuales o futuros. Además, frecuentemente se usan también recursos públicos de otras fuentes o reducciones en el gasto público en otras áreas para financiar los requerimientos financieros del sistema de protección social. En este sentido, es importante evaluar igualmente estos temas en un contexto más amplio de las finanzas públicas. Por lo tanto, a los efectos de evaluar este tema, se separa la discusión en dos partes. En este apartado se analizan las tendencias de los gastos e ingresos de los sistemas de protección social asociados al escenario demográfico descrito en el Capítulo 1 que, para el promedio de los países de la región, prevé un significativo aumento de la población mayor de 65 años (entre un 8 % y un 18 % del total en las próximas tres décadas). Las opciones para acomodar desde el punto de vista fiscal el aumento de las necesidades de financiamiento resultante para los países de la región se analizan en el apartado siguiente.

Como se mencionó, la definición operativa de sostenibilidad financiera de un sistema de protección social no es obvia. Un sistema de protección social es en esencia un contrato colectivo donde se asegura a las personas contra ciertos riesgos y se les promete un flujo de ingresos futuros en determinadas condiciones. En particular, para el sistema de pensiones, los montos de los beneficios dependen de la trayectoria de los ingresos y las decisiones de los hogares. En los sistemas de reparto, los beneficios que reciben los jubilados se financian con los aportes obligatorios de los trabajadores actuales. En un sistema de capitalización, una compañía aseguradora promete, por ejemplo, pagar una renta vitalicia que toma en cuenta los aspectos actuariales y las contribuciones individuales realizadas por los futuros jubilados mientras estos se encuentran activos. Esos aportes son capitalizados en el fondo de pensión.

Una manera de definir la sostenibilidad financiera del sistema de reparto se basa en la idea de Samuelson (1958) y Aaron (1966). Según estos autores, dicho sistema es sostenible si en promedio se paga a las personas un retorno igual o superior al crecimiento de la masa salarial, que, en una situación de equilibrio, debería ser igual a la suma del crecimiento de la productividad total de factores y el crecimiento de la población.⁸ Si el sistema parte de un equilibrio inicial, los efectos del envejecimiento, en principio, pueden neutralizarse mediante cambios paulatinos en las tasas de reemplazo, esto es, reduciendo los pagos por

8. En esta versión simplificada del mundo, se supone que el sistema no puede ser deficitario y que las tasas de contribución se mantienen constantes.

pensiones con relación a los salarios recibidos por los trabajadores antes de retirarse. Sin embargo, el sistema puede presentar un desequilibrio financiero más allá de estos ajustes, ya sea porque baja de manera inesperada la tasa de crecimiento de la productividad, por choques demográficos o debido a un exceso de generosidad del sistema. En dicho caso, es probable que se requieran cambios adicionales para hacer que el esquema sea sustentable (OCDE, 2012). Así, en principio, se podrían computar las tasas de retorno y compararlas con el crecimiento de la masa salarial o con la suma del crecimiento de la productividad y el crecimiento de la población.

Una definición más operativa para analizar la sostenibilidad financiera es realizar proyecciones de largo plazo que capten la interacción de las tendencias demográficas con los parámetros clave del sistema que definen los ingresos (básicamente las tasas de contribución) y los beneficios (por ejemplo, las tasas de reemplazo o la edad de retiro). Obviamente, parte de los gastos —por ejemplo, los componentes de pensiones y programas de salud no contributivos— se financian con ingresos de rentas generales. En este sentido, por diseño, los sistemas contributivos no financian las prestaciones no contributivas. Además, como se discutió en los Capítulos 2 y 3, y en el apartado anterior de este capítulo, ello no sería aconsejable teniendo en cuenta los potenciales efectos de las contribuciones sociales (ahora más altas) sobre la informalidad en los países de la región.

Proyecciones de gasto e ingresos

A continuación, se presentan las proyecciones agregadas de gastos e ingresos para los sistemas de pensiones y salud. Para su estimación, se establece un escenario base que toma en cuenta solamente factores demográficos,⁹ ya discutidos en los capítulos anteriores. El Recuadro 5.1 presenta la metodología de la estimación y el Gráfico 5.3 (ver pág. 315) muestra las proyecciones para países latinoamericanos en 2065.

Como se puede observar, en todos los países se proyecta un incremento del gasto como proporción del PIB. En promedio, el aumento previsto es de 3,4 puntos porcentuales (pp) del PIB, de los que aproximadamente dos tercios se deben al efecto del envejecimiento poblacional sobre el sistema de pensiones y un tercio al incremento del gasto en salud. Este promedio incluye situaciones muy diversas, pero está principalmente explicado por la evolución dispar del gasto en pensiones, ya que el incremento en el gasto sanitario es bastante más parejo entre países.

En todos los países de la región el envejecimiento aumentará el gasto en pensiones y salud con relación al PIB.

9. Esto significa que no incluye potenciales incrementos en la generosidad de las prestaciones o cambios significativos en la cobertura.

Recuadro 5.1

Proyecciones de pensiones y salud bajo el escenario demográfico^a

La metodología utilizada para las proyecciones de sostenibilidad fiscal de los sistemas previsionales y de salud posee tres componentes centrales. En primer lugar, se encuentra el nivel de generosidad (medido como el gasto promedio por beneficiario) y de contribución (promedio por aportante) de los sistemas con relación al PIB per cápita del país. El segundo componente es el nivel de cobertura de los mismos, ya sea sobre la población económicamente activa o inactiva. Por último, se considera el peso relativo de la población cubierta con respecto al total poblacional. En concreto, la dinámica viene dada por la sumatoria del producto de estos tres componentes.

A partir de esta estructura general se realizaron distintos ejercicios de proyección de ingresos por contribuciones y egresos por beneficios o prestaciones. Tanto para el sistema de salud como para el de pensiones, las proyecciones se realizaron ajustando la definición de cada componente a las particularidades del sistema analizado. Adicionalmente, se desagregaron las proyecciones diferenciando un pilar contributivo y otro no contributivo. La proyección en el escenario base consistió en analizar las trayectorias fiscales de cada sistema y subsistema, aislando el efecto puro del cambio en la composición demográfica. A efectos prácticos, el ejercicio consistió en analizar la trayectoria de los ingresos y egresos ante los cambios en el producto de los tres componentes frente a fluctuaciones del tercer componente (el peso de la población cubierta en la población total), manteniendo constantes los valores para componentes de contribución, generosidad y cobertura.

Para realizar las proyecciones de ingresos por contribuciones de ambos sistemas, se calcularon los aportes a la seguridad social realizados por la población económicamente activa en condiciones de formalidad laboral. Para algunos países, también se consideraron las deducciones sobre los haberes previsionales en concepto de contribuciones al sistema de salud. De esta manera, los ingresos fiscales de ambos sistemas se generan pura y exclusivamente a través del pilar contributivo. No fueron considerados otros ingresos en concepto de rentas generales, transferencias del tesoro nacional ni retornos sobre inversiones.

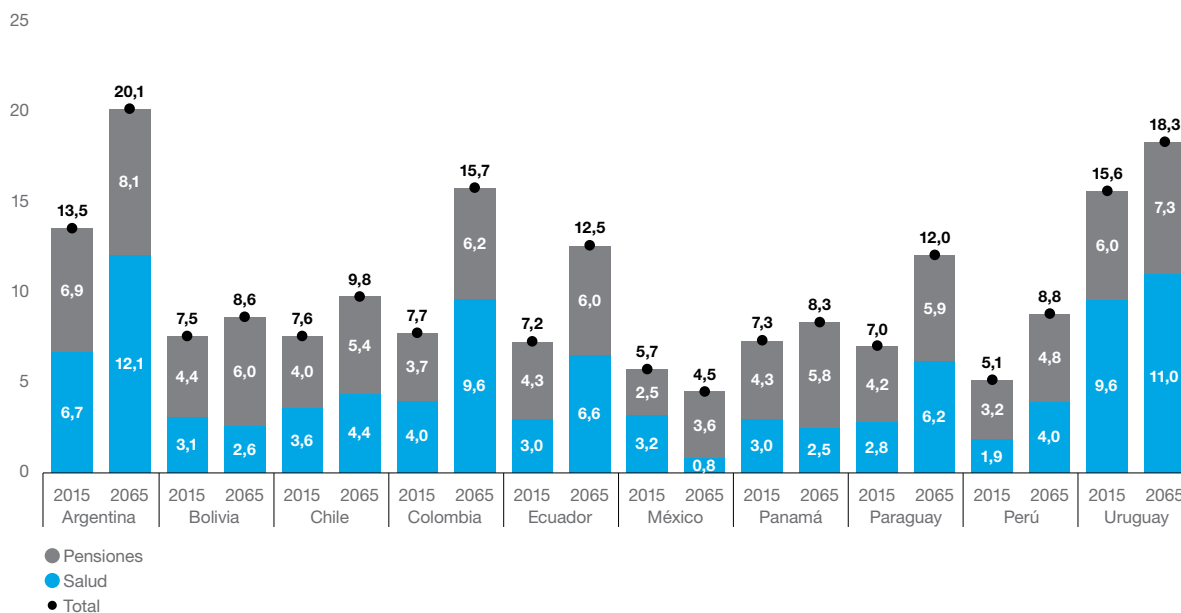
Por su parte, las proyecciones de egresos se diferenciaron según el tipo de servicio provisto por cada sistema, sin incluir los diferentes regímenes de capitalización individual presentes en la región (pensiones) ni los subsistemas privados voluntarios de atención médico-asistencial. En el caso previsional, tanto en el pilar contributivo como el no contributivo, se computaron los beneficios otorgados a la población pasiva por concepto de jubilaciones y pensiones medidas con relación al producto per cápita. Para los sistemas de salud, se calcularon los gastos promedio por beneficiario o derechohabiente en cada uno de los pilares contributivos (seguridad social) y no contributivos (sistema universal). En particular, se calcularon los distintos perfiles de gasto promedio en cada pilar según la estructura de edad y género, incorporando las diferencias a lo largo de su ciclo de vida. Adicionalmente también se capturó la diferencia que existe entre ambos géneros producto de los años de maternidad de las mujeres. Un supuesto clave es que estos gastos por beneficiario sobre el PIB per cápita son constantes en el tiempo.

a. Este recuadro fue escrito por Federico Pena.

Gráfico 5.3

Evolución del gasto público en pensiones y salud, 2015 y 2065

Gasto como porcentaje del PIB



Fuente: Elaboración propia con base en datos de IERAL (2020) y Crosta et al. (2019).

Para un conjunto de países, que incluye Argentina, Colombia, Ecuador, y Paraguay, el gasto en protección social aumentaría en más de 5 puntos porcentuales del PIB. En algunos casos, como Argentina, ya se parte de niveles de cobertura y generosidad altos de los sistemas de protección social, especialmente en pensiones, cuyos efectos se ven reflejados en el nivel de gasto actual y se acentúan con el cambio demográfico (ver Capítulo 3). En el caso de Colombia, Ecuador y Paraguay predomina el efecto del envejecimiento poblacional. Por otro lado, hay países donde el incremento del gasto es bastante más moderado, como, por ejemplo, en Bolivia, Panamá y Chile, donde sería entre 1 y 2 puntos porcentuales del PIB, y en Perú, con 3,7 puntos porcentuales. Ese incremento se debe principalmente al mayor peso de los programas de contribución definida (capitalización), que reducen el impacto de la longevidad sobre las prestaciones de pensiones. En Uruguay también se proyecta un incremento más moderado, de 2,7 puntos porcentuales del PIB, partiendo de niveles de gasto elevados. Finalmente, en México se proyecta una leve disminución, debido a la transición completa del sistema de pensiones anterior y a la maduración del sistema de capitalización, que no es contrarrestado por el incremento en el gasto sanitario que se proyecta.

Finalmente, Brasil aprobó a fines de 2019 una reforma del sistema de pensiones que cambia varios parámetros clave del sistema de reparto. El Cuadro 5.4 muestra que el sistema antes de la reforma era claramente insostenible. En la proyección presentada, el gasto en pensiones aumenta del 12 % del PIB en 2015 al 32 % del

PIB en 2065. Aunque no se dispone de proyecciones para este informe basadas en los nuevos parámetros del sistema, el Recuadro 5.2 presenta los potenciales efectos de la reforma sobre la sostenibilidad del sistema pensional en Brasil.

Cuadro 5.4

Proyecciones de gastos e ingresos públicos de los sistemas de pensiones y salud

País	Resultado	Resultado /PIB						
		2015	2020	2030	2040	2050	2060	2065
Argentina	Ingresos	9,7	10,0	10,2	10,3	10,3	10,2	10,1
	Gastos	13,5	13,4	14,4	15,7	17,4	19,3	20,1
	Resultado	-3,8	-3,5	-4,2	-5,3	-7,1	-9,1	-10,0
Bolivia	Ingresos	1,7	1,8	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8
	Gastos	7,5	6,6	6,6	7,0	7,5	8,2	8,6
	Resultado	-5,8	-4,8	-4,8	-5,1	-5,7	-6,4	-6,8
Brasil (prerreforma 2019)	Ingresos	8,6	8,4	7,8	7,0	6,3	6,0	5,9
	Gastos	11,9	13,4	16,9	20,6	24,7	29,5	31,6
	Resultado	-3,3	-5,1	-9,1	-13,6	-18,4	-23,5	-25,7
Chile	Ingresos	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2
	Gastos	7,6	6,7	7,3	8,1	8,9	9,5	9,8
	Resultado	-6,1	-5,3	-5,9	-6,7	-7,5	-8,3	-8,5
Colombia	Ingresos	3,4	3,5	3,5	3,4	3,2	3,1	3,1
	Gastos	7,7	8,4	10,1	11,6	13,1	14,8	15,7
	Resultado	-4,3	-4,9	-6,7	-8,3	-9,9	-11,7	-12,6
Ecuador	Ingresos	4,0	3,9	3,8	3,7	3,5	3,4	3,3
	Gastos	7,2	7,6	8,5	9,6	10,7	11,9	12,5
	Resultado	-3,3	-3,6	-4,7	-5,9	-7,2	-8,6	-9,3
México	Ingresos	2,2	2,2	2,1	2,0	1,9	1,8	1,8
	Gastos	5,7	4,8	4,2	4,1	4,2	4,3	4,5
	Resultado	-3,5	-2,6	-2,1	-2,0	-2,2	-2,5	-2,7
Panamá	Ingresos	4,2	4,3	4,4	4,6	4,8	5,0	5,1
	Gastos	7,3	6,6	6,7	7,2	7,6	8,1	8,3
	Resultado	-3,1	-2,3	-2,3	-2,6	-2,8	-3,1	-3,2
Paraguay	Ingresos	3,4	3,5	3,7	3,4	3,0	2,9	2,9
	Gastos	7,0	7,4	8,2	8,8	9,8	11,4	12,0
	Resultado	-3,6	-3,9	-4,5	-5,4	-6,8	-8,5	-9,2
Perú	Ingresos	2,1	2,2	2,1	2,0	1,9	1,9	1,9
	Gastos	5,1	5,4	6,0	6,7	7,6	8,5	8,8
	Resultado	-3,0	-3,3	-4,0	-4,8	-5,6	-6,6	-6,9
Uruguay	Ingresos	9,4	9,4	9,2	9,0	8,7	8,4	8,4
	Gastos	15,6	15,5	15,4	15,5	16,4	17,6	18,3
	Resultado	-6,2	-6,1	-6,2	-6,5	-7,7	-9,2	-9,9

Fuente: Elaboración propia con base en datos de IERAL (2020) y Crosta *et al.* (2019).

Recuadro 5.2

Efectos de la reforma pensional de 2019 en Brasil

El gasto público en pensiones en Brasil es actualmente muy alto en comparación el promedio de la región, como se discutió en los Capítulos 1 y 3. También es elevado en relación con el gasto de los países de la OCDE, especialmente si se toma en cuenta la estructura etaria de la población. De hecho, mientras que la fracción de la población mayor de 65 años en Brasil es la mitad que el promedio en los países de la OCDE (7,8 % *versus* 16,2 % en 2015), su gasto en pensiones alcanza casi el 12 %, frente a tan solo el 8,2 % en promedio en la OCDE (2018a). Las proyecciones demográficas del Capítulo 1 indican que la tasa de dependencia en Brasil alcanzó su mínimo en 2019 y, por tanto, el envejecimiento poblacional se encaminaba a ejercer una presión insostenible sobre las finanzas públicas brasileñas (ver Cuadro 5.4).

Esta situación es reflejo de que el sistema previo a la reforma en Brasil era bastante generoso, debido a una edad de retiro baja y a tasas de reemplazo relativamente elevadas. Por ejemplo, tradicionalmente no existía una edad mínima de retiro, por lo que la edad efectiva de jubilación se situaba en torno a los 57 años para los hombres y 52 años para las mujeres, en comparación con un promedio de más de 66 años en la OCDE. Al mismo tiempo, la esperanza de vida en Brasil después de los 65 años de edad es actualmente de 20 años para las mujeres y 16,7 años para los hombres, comparado con promedios de 21,3 años y 18,1 años, respectivamente, en la OCDE (2019a). En cuanto a las tasas de reemplazo de Brasil, estas estaban entre las más altas del mundo, particularmente las correspondientes a las personas con ingresos medio-bajos (OCDE, 2018a). Esto, por un lado, desincentiva a personas relativamente jóvenes y sanas a permanecer activas en el mercado laboral, y, por otro lado, lleva a un costo financiero elevado del sistema de pensiones.

En particular, el régimen de los funcionarios públicos era bastante más generoso que el de los trabajadores privados. Un objetivo de la reforma fue, por tanto, reducir las diferencias entre ambos tipos de empleados. Estimaciones de los ahorros esperados muestran que solamente los cambios al régimen de empleados públicos generarían una reducción del 14,2 % en el valor presente neto de la deuda pensional implícita (es decir, el valor descontado de los déficits del sistema público proyectados entre 2020 y 2093).^a Si bien para este informe no se pudo evaluar cabalmente el efecto de la reforma aprobada, esta lograría estabilizar el gasto en pensiones en el año 2050 en aproximadamente el 20 % del PIB, en vez de ubicarse por encima del 30 % del PIB si no se hubiera realizado, según estimaciones del FMI (2019a).

a. Ver Ministerio da Economia do Governo Federal do Brasil (2019).

Un segundo elemento a considerar es la evolución de los ingresos del sistema de protección social, en particular las contribuciones al sistema de pensiones y al sistema de salud.¹⁰ En promedio, dichos ingresos se mantendrían estables como porcentaje del producto hasta 2040, mientras que para 2065 caerían en aproximadamente 0,2 puntos porcentuales del PIB en comparación con 2015. Obviamente, también en este caso existen diferencias entre países. En Uruguay, se proyecta

10. Al igual que en el resto del presente libro, se ignoran los recursos de rentas generales que muchas veces están legalmente destinados a financiar la protección social. Por ejemplo, en Uruguay la recaudación de varios impuestos, entre ellos siete puntos del impuesto al valor agregado y la totalidad de la recaudación del impuesto a los ingresos sobre las jubilaciones y pensiones, están destinados por ley a financiar el sistema de reparto. La recaudación obtenida por estos impuestos representa casi la mitad de los ingresos del sistema.

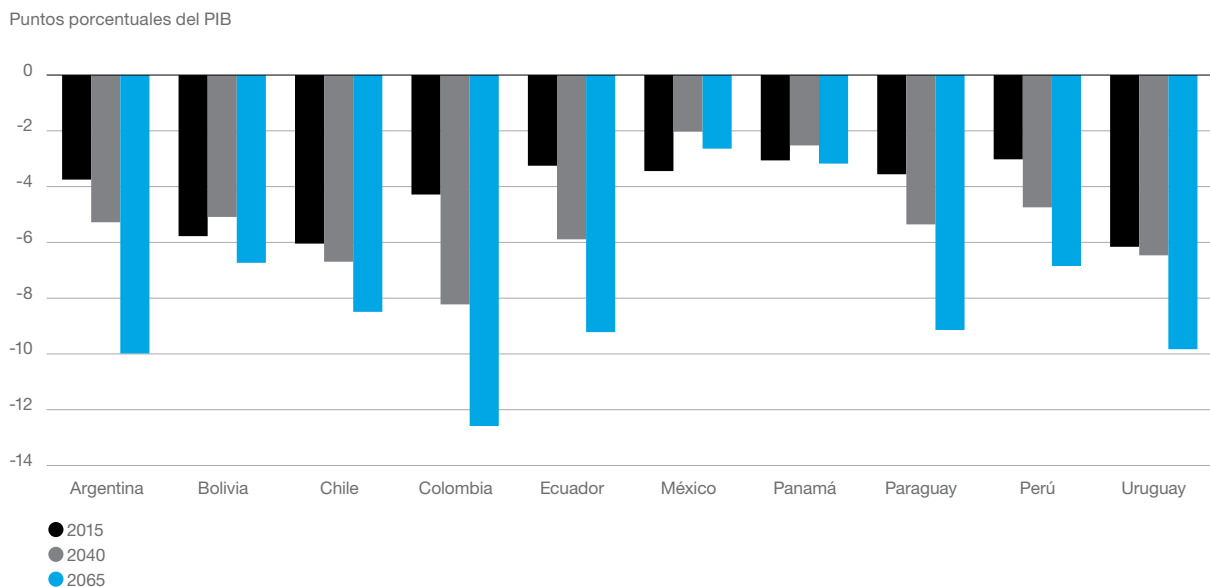
una disminución de casi 1 punto porcentual del PIB debido al envejecimiento, seguido por Ecuador (-0,7 pp), Paraguay (-0,5 pp), México (-0,4 pp) y Colombia (-0,3 pp), en tanto que, en otros países, como Argentina, Panamá y Bolivia, se espera un leve aumento como proporción del PIB. En esta evolución también importan los niveles de las tasas efectivas de aporte que, por ejemplo, son altas en Uruguay en comparación con los otros países (ver Capítulos 2 y 3).

El envejecimiento empeorará el resultado financiero de los sistemas de pensiones y salud en 3,7 puntos del PIB entre 2015 y 2065.

A pesar de las diferencias en la evolución de los ingresos, estos recursos no podrán contrarrestar el fuerte incremento del gasto en seguridad social en ningún país. En promedio, el resultado financiero de los sistemas de pensiones y salud se deterioraría aproximadamente 3,7 puntos porcentuales del PIB entre 2015 y 2065. El deterioro sería superior en Colombia, seguido por Argentina, Ecuador y Paraguay, con necesidades de financiamiento adicionales que oscilan entre más de 5,5 y 8,3 puntos porcentuales del PIB. Claramente, para la mayoría de los países de la región, el sistema de protección social, con sus parámetros actuales, corre el riesgo de volverse insostenible debido al envejecimiento (Gráfico 5.4).

Gráfico 5.4

Evolución del resultado financiero de los sistemas de pensiones y salud por país



Fuente: Elaboración propia con base en datos de IERAL (2020) y Crosta *et al.* (2019).

Otro elemento a tomar en cuenta es la velocidad a la que se proyecta que se produzca el deterioro fiscal causado por el efecto del envejecimiento. La mayor o menor rapidez del proceso condiciona la urgencia y los potenciales periodos de transición que se deben considerar para llevar a cabo las reformas necesarias a fin de lograr mejoras en la cobertura y la suficiencia, que sean sostenibles desde el

punto de vista fiscal. En este sentido, el deterioro se espera que sea más acelerado en Colombia, donde la transición demográfica acelerada implica que se proyecte casi una duplicación del déficit financiero, al registrar un aumento equivalente a más de 3,3 puntos porcentuales del PIB entre 2020 y 2040. El siguiente país por importancia del deterioro del déficit es Ecuador, donde se proyecta un incremento del orden de 2,3 puntos porcentuales en los próximos veinte años, seguido por Argentina, Paraguay y Perú, con aumentos proyectados de entre 1,5 y 2 puntos porcentuales del PIB, los cuales se relacionan principalmente con el fuerte ritmo que tiene la transición demográfica. En los demás casos, los impactos en el déficit de la seguridad social en ese mismo periodo son más moderados, lo que indicaría una ventana de tiempo algo más amplia, aunque las situaciones de partida en términos del equilibrio actual de los sistemas difieren. A su vez, hay que tener en cuenta que estas proyecciones están basadas en el mantenimiento de los bajos niveles de cobertura que hay actualmente en muchos países de la región. En este sentido, los ejercicios presentados a continuación para expandir la cobertura y asegurar una mayor suficiencia de las pensiones y las prestaciones de salud podrían poner más presión sobre las cuentas fiscales.

Costos estimados de incrementar los niveles de cobertura y suficiencia

Las proyecciones presentadas hasta este punto han considerado solamente el efecto del envejecimiento sobre los ingresos y gastos de los sistemas de pensiones y salud de la región manteniendo los parámetros actuales de los sistemas. Sin embargo, tal como se discutió anteriormente en este capítulo, varios países de la región enfrentan desafíos también de bajos niveles de cobertura en pensiones, problemas de cobertura de salud y brechas de suficiencia en ambos sistemas. A continuación, se presentan algunas estimaciones de los costos asociados a resolver algunos de estos retos.

Ampliación de la cobertura de las pensiones y de las transferencias contra la pobreza

En el Cuadro 5.5 se presentan una serie de ejercicios sencillos sobre ampliación de la cobertura y la suficiencia de los sistemas de pensiones y sus costos asociados. Ninguno de los dos ejercicios apunta a proyectar la cantidad de adultos mayores que en 2065 carecerán de una pensión no contributiva o vivirán por debajo de la línea de pobreza. El ejercicio intenta estimar el costo de ampliar la cobertura y la suficiencia de las prestaciones hoy, y mostrar cómo el envejecimiento demográfico afectaría a este costo, manteniendo constante todo lo demás (tasas de cobertura, tasa de pobreza, etc.). En la primera columna, se presenta el monto de la pensión no contributiva principal como porcentaje del PIB per cápita para analizar la generosidad relativa de esta prestación con relación al nivel de desarrollo. En la segunda columna se muestra el costo que implicaría llevar la cobertura de las pensiones al 100 %, expandiendo la pensión no contributiva principal que recibe actualmente un adulto mayor en cada país. Bajo estos supuestos, los países de la región tendrían que incrementar el gasto un 0,24 % del PIB en promedio para lograr la cobertura universal. Sin embargo, hay diferencias marcadas entre países. Algunos tienen altos niveles de cobertura y poblaciones jóvenes, como Bolivia,

Lograr la cobertura universal de pensiones costaría en promedio 0,24 puntos adicionales del PIB en 2018 y 0,66 puntos hacia 2065.

México y Panamá. En el otro extremo, hay casos como Brasil, Paraguay y Uruguay, donde el costo es más del doble que en el primer grupo de países. En Brasil, esto se debe principalmente a una prestación mínima elevada, mientras que, en Paraguay, a pesar de su estructura etaria joven, el costo es alto por la baja cobertura y por ofrecer una prestación relativamente elevada en comparación con el PIB per cápita. Finalmente, el costo mayor en Uruguay se debe principalmente al relativo envejecimiento de la población combinado con una prestación mínima generosa. Argentina y Chile se encuentran en un nivel intermedio. Ambos tienen ya niveles relativamente altos de cobertura de pensiones contributivas. A su vez, Argentina envejecerá a un ritmo relativamente lento,¹¹ y, aunque Chile lo hará a un paso más acelerado, la pensión no contributiva en este país es bastante menos generosa que en Brasil o Uruguay.

Cuadro 5.5

Costos estimados de la cobertura universal y suficiencia de las pensiones

País	Pensión no contributiva como porcentaje del PIB per cápita	Costo estimado de universalizar la cobertura (porcentaje del PIB)				Costo estimado de eliminar pobreza (USD 4 a PPA) en 2018
		Pensión no contributiva		USD 4 por día a PPA		
		2018	2065	2018	2065	
Argentina	27,2 %	0,23 %	0,43 %	0,05 %	0,10 %	0,00 %
Bolivia	14,7 %	0,02 %	0,05 %	0,02 %	0,05 %	0,18 %
Brasil	35,1 %	0,41 %	1,33 %	0,11 %	0,37 %	0,01 %
Chile	12,6 %	0,19 %	0,50 %	0,09 %	0,23 %	0,00 %
Colombia	4,6 %	0,21 %	0,69 %	0,45 %	1,50 %	0,09 %
Ecuador	9,5 %	0,17 %	0,50 %	0,22 %	0,66 %	0,06 %
México	8,2 %	0,11 %	0,34 %	0,10 %	0,30 %	0,05 %
Panamá	9,2 %	0,16 %	0,43 %	0,08 %	0,21 %	0,01 %
Perú	6,6 %	0,27 %	0,81 %	0,46 %	1,37 %	0,09 %
Paraguay	19,0 %	0,51 %	1,50 %	0,30 %	0,87 %	0,04 %
Uruguay	22,9 %	0,41 %	0,72 %	0,12 %	0,21 %	0,00 %
Promedio	15,4 %	0,24 %	0,66 %	0,18 %	0,53 %	0,05 %

Notas: La segunda columna mide el costo de expandir la cobertura al 100 % de las personas mayores de 65 años, pagándoles la pensión no contributiva principal del país. La tercera columna procede de la misma manera, pero considerando la estructura demográfica proyectada para 2065. Las siguientes dos columnas proceden de la misma manera, pero, en vez de pagar la pensión no contributiva principal, la cobertura se expande pagando una pensión no contributiva equivalente a USD 4 por día a PPA. La última columna estima el costo de dar una transferencia de USD 4 por día a PPA solamente a los adultos mayores de 65 años que viven por debajo de esa línea de pobreza.

Fuente: Elaboración propia con base en datos nacionales, de CEDLAS (2020) y del Banco Mundial (2020).

11. Para detalles sobre la transición demográfica y el envejecimiento en los países de la región, ver el Capítulo 1.

Para analizar cómo el envejecimiento demográfico afectaría la expansión de la cobertura mediante este mecanismo, en la columna 3 del Cuadro 5.5 se toman los niveles de beneficios y de cobertura actuales y se aplica la estructura etaria proyectada para 2065. El costo para ese año se multiplicaría por 2,7 veces, aumentando en promedio el 0,66 % del PIB debido al envejecimiento de la población. Los incrementos más significativos se darían en Brasil y Paraguay por el gran aumento en la cantidad de beneficiarios y la relativa generosidad de las prestaciones actuales (columna 1 del Cuadro 5.5). Entre 2015 y 2065, la proporción de mayores de 65 años pasará del 8 % al 29 % en Brasil y del 5,9 % al 18,8 % en Paraguay (ver Capítulo 1). Sin embargo, queda claro que, incluso en países con prestaciones actualmente menos generosas, como Colombia o Perú, el gasto asociado a la cobertura universal aumentaría en torno al 0,5 % del PIB debido al cambio demográfico.

Las siguientes dos columnas del Cuadro 5.5 presentan un ejercicio similar, pero considerando que la pensión mínima que se otorga para lograr la cobertura universal es de USD 4 por día ajustado por paridad de poder adquisitivo (PPA).¹² En este caso, el gasto promedio sería más bajo, tanto en 2018 como tomando en cuenta el envejecimiento poblacional hasta 2065. Ese promedio, sin embargo, esconde diferencias importantes por país. Por ejemplo, en Brasil esta política sería menos onerosa, ya que lograr la cobertura universal con una prestación de USD 4 por día costaría un 0,11 % del PIB en 2018, en comparación al 0,41 % si se brinda la prestación no contributiva que existe actualmente. A su vez, en 2065, ese gasto aumentaría al 0,37 % del PIB *versus* el 1,33 % del PIB, respectivamente. Algo similar sucede en Paraguay y Uruguay, y, en menor medida, en otros países de la región. El mensaje para este grupo de países sería que una ampliación de la cobertura mediante pensiones no contributivas probablemente debería conllevar una prestación menos generosa para que su costo fiscal sea moderado y sostenible en el tiempo frente al envejecimiento demográfico. Sin embargo, para Colombia, Perú y, marginalmente, Ecuador, el incremento en el gasto sería muy significativo, reflejando los problemas de suficiencia además de la baja cobertura. Para estos países, este ejercicio muestra que, si se quieren resolver ambos problemas, el costo fiscal en 2065 sería relativamente alto. Por lo tanto, como se discute más adelante, parece ser necesaria una agenda que aumente la cobertura de las pensiones contributivas mediante una mayor formalización de la economía, como complemento a la expansión de la cobertura y la suficiencia, además de requerir potenciales reformas que equilibren mejor los sistemas de reparto deficitarios en algunos de estos países.

Un ejercicio alternativo, que se presenta en la última columna del Cuadro 5.5, se basa en estimar el costo de eliminar la pobreza de los mayores de 65 años, basada en suponer que cada adulto mayor que vive por debajo de la línea de pobreza de USD 4 por día a PPA recibe este monto. Tal como muestra esta estimación, el costo fiscal en 2018 sería significativamente más bajo. Esto se debe a que muchos adultos mayores que no perciben una pensión tienen otras fuentes de ingresos, ya sea de su propia actividad laboral (ver Capítulos 2 y 3), de sus cónyuges, otros integrantes del hogar o de ahorros. Esos ingresos complementarios hacen que la

12. Implícitamente, se supone que el valor monetario de la línea de pobreza crece al mismo ritmo que el PIB per cápita.

incidencia de la pobreza en la población de adultos mayores sea bastante más baja que la brecha de cobertura.¹³

En este sentido, si el objetivo de política es erradicar la pobreza en este tramo etario, una transferencia monetaria focalizada en aquellos adultos mayores que se encuentran en situación de pobreza sería más costo-efectiva, con un costo 5 veces menor que dar una pensión mínima y 3 veces menor que una transferencia de USD 4 por día para todos los adultos mayores que no perciben una pensión. Esta puede ser una opción de política, sobre todo para los países que hoy en día no tienen una prestación no contributiva, que permitiría mejorar la suficiencia de las prestaciones para las personas más vulnerables mientras se transita a una mayor cobertura de los sistemas contributivos. Sin embargo, esta estimación no toma en cuenta que, para poder identificar y focalizar bien las transferencias, se requiere de capacidades institucionales para resolver los grandes problemas de asimetrías de información que existen, por lo que puede ser difícil y costoso de implementar. De todas maneras, si el objetivo es lograr un piso mínimo de ingreso en la vejez, esta alternativa parecería ser una vía a explorar más a fondo.

Finalmente, cabe señalar que para los países de ingreso medio alto (por ejemplo, Chile, Panamá y Uruguay) una prestación de USD 4 por día muy probablemente sea insuficiente para lograr mantener los niveles de consumo toda la vida (ver Capítulo 3). Por lo tanto, alcanzar los niveles de suficiencia necesarios en estos países requeriría niveles de prestaciones más altos y, en consecuencia, mayores gastos.

Mejoras en la cobertura de salud y asistencia frente a gastos catastróficos

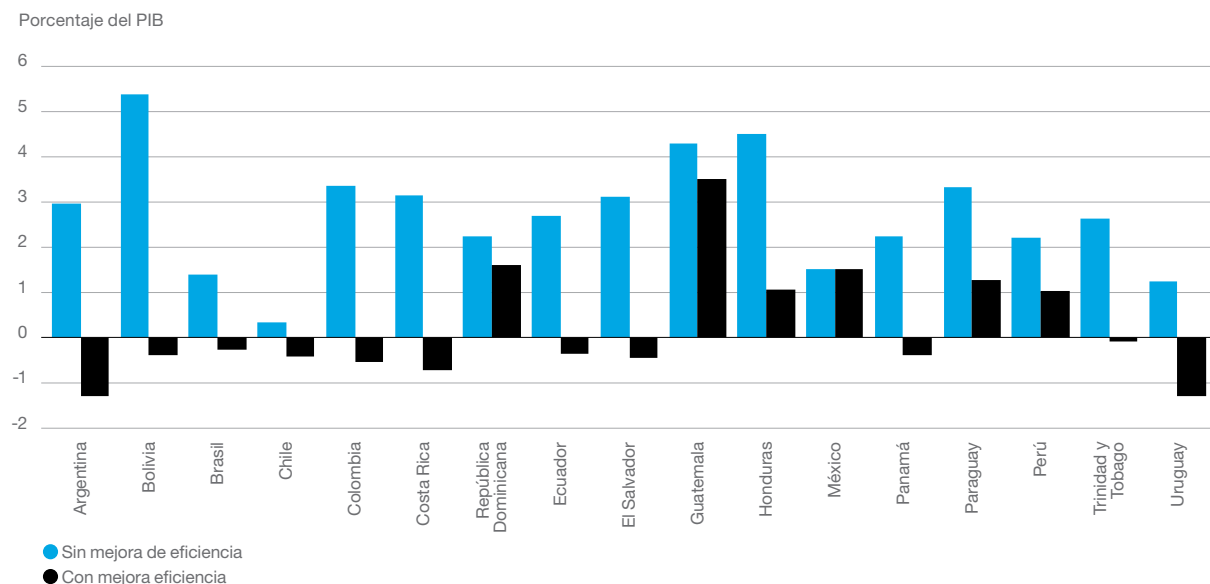
A continuación, se presentan dos estimaciones alternativas del gasto adicional necesario para cerrar las brechas de cobertura en los sistemas de salud. Ambas estimaciones están representadas en el Gráfico 5.5. La primera considera el gasto adicional necesario en cada país para alcanzar el promedio del índice de cobertura de los países de la OCDE, discutido en el subapartado “Proyecciones de gastos e ingresos”, manteniendo constante la eficiencia del gasto (entendida como la cobertura alcanzada con el nivel de gasto público en salud)¹⁴ Este nivel de cobertura puede ser considerado un objetivo ambicioso, pero varios de los países de ingreso medio alto en la región no se encuentran tan alejados de esta meta (ver el Cuadro 5.2 en la pág. 310). Una segunda estimación supone que los países alcanzan la cobertura esperada mediante mejoras en la eficiencia del actual gasto público en salud, de manera que los coloca en la frontera (máxima eficiencia) y se computa solamente el gasto incremental para alcanzar la cobertura del promedio de la OCDE.

13. Claramente, el hecho de que muchos de los adultos mayores en la región sean económicamente activos no representa necesariamente una situación óptima desde el punto de vista social.

14. De hecho, hay varios países, incluyendo Brasil, Chile, México, Perú y República Dominicana que tienen niveles de cobertura superiores a los esperados dado el gasto en salud como porcentaje del PIB.

Gráfico 5.5

Gasto necesario para cerrar la brecha de cobertura en salud con relación a la OCDE



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial (2020) y de la OMS (2020).

Las estimaciones muestran que se necesitaría un gasto adicional promedio del 2,7 % del PIB para cerrar la brecha de cobertura con respecto al promedio de los países de la OCDE.¹⁵ En contraste con este resultado, si se supone que los países consiguen mejorar la eficiencia del gasto en salud, se podría cerrar esa brecha con un 0,2 % del PIB de gasto adicional. Es más, en muchos países se podría reducir el gasto como porcentaje del PIB y alcanzar la calidad de cobertura promedio en los países de la OCDE.¹⁶

Si bien estas estimaciones deben tomarse solamente como ejercicios indicativos y no resultados exactos, las magnitudes muestran que reformas dirigidas a mejorar la eficiencia del gasto sanitario pueden ser una fuente importante de ahorro en muchos de los países de la región, ya sea para expandir la calidad de los servicios o para mantener los servicios para una población que envejece y que, por lo tanto, presionará al alza los costos del sistema. Por ejemplo, los ahorros potenciales en Uruguay ascienden a 1,2 puntos porcentuales del PIB, mientras que la proyección del gasto de salud por el envejecimiento demográfico aumentaría en 1,3 puntos porcentuales del PIB entre 2015 y 2065.

Las mejoras en la eficiencia del gasto en salud son una fuente importante de fondos para poder expandir la cobertura y mejorar la calidad de los servicios.

15. A pesar de la alta correlación entre el índice de cobertura y el gasto en salud como porcentaje del PIB (en logaritmos), con un coeficiente de correlación lineal simple de 0,77, el coeficiente implica que un incremento en 10 puntos porcentuales en el gasto solamente aumenta la cobertura en 1,8 puntos.

16. Claramente, en los países de la OCDE también hay espacio para mejoras de eficiencia. Por ejemplo, un estudio encuentra que las posibles mejoras en promedio ascienden a 2 puntos porcentuales del PIB (OCDE, 2010b).

Cabe señalar que, para cerrar las brechas de cobertura en un grupo de países que tienen alta eficiencia del gasto, pero bajos niveles de cobertura, se requerirían más recursos (por lo menos un 1 % del PIB adicional), según estas estimaciones. En esta situación se encuentran Guatemala, Honduras, México, Paraguay, Perú y República Dominicana. Una estimación alternativa para estos países podría minimizar el aumento del gasto necesario para alcanzar la cobertura de la OCDE, pero asumiendo el máximo nivel de eficiencia (los países se colocan sobre la frontera de eficiencia, presentada en el Gráfico 5.2, ver pág. 309). Usando esta métrica, República Dominicana, por ejemplo, puede teóricamente alcanzar la meta de cobertura del promedio de la OCDE gastando solamente 0,9 puntos porcentuales del PIB adicionales en vez de 1,6 puntos.

La identificación de las reformas que podrían aumentar la eficiencia del gasto no es tarea sencilla y estas dependen del contexto específico de cada país. Sin embargo, los ejercicios presentados en este reporte indican que los países de la región deberían plantearse reformar sus sistemas de salud para incorporar políticas y regulaciones que permitan elevar la eficiencia del gasto en el marco de las restricciones fiscales y las presiones sobre los egresos ligadas al envejecimiento. En este sentido, deberían considerar implementar las reformas que se discutieron en el Capítulo 4 en cuanto a incrementar la eficiencia de los sistemas de pago a proveedores, un diseño coherente de los copagos, la adopción de estrategias de contención de los tratamientos de alto costo, el desarrollo de sistemas de información en salud integrados y el fortalecimiento de la cobertura básica.

Para estimar el costo de reducir la vulnerabilidad financiera frente a potenciales gastos en salud de los hogares, se realizó un ejercicio sencillo que cuantifica el gasto necesario para que ninguna persona caiga por debajo de la línea de pobreza de USD 4 por día, ajustados por PPA, debido a erogaciones catastróficas en salud. Para ello, se utilizaron los microdatos de las encuestas de gastos e ingresos de los hogares disponibles en América Latina. Observando el gasto en salud, se pudo medir el monto de gasto catastrófico que lleva a que el ingreso per cápita en el hogar caiga por debajo de la línea de pobreza. La suma de esas cuantías resulta en el monto agregado necesario para evitar la pobreza causada por el gasto catastrófico en salud. Los resultados en el Cuadro 5.6 muestran que el costo de compensar a los hogares por el gasto empobrecedor sería muy bajo, puesto que el promedio para la región es de 0,06 % del PIB, aunque para los hogares represente una fracción importante de su ingreso (7,56 % en promedio), con diferencias importantes entre países.

Este ejercicio no ha considerado el efecto del envejecimiento sobre un esquema que ofrezca cobertura sanitaria frente a gastos catastróficos. Sin embargo, este tipo de cobertura llevaría claramente a un aumento de los costos porque la incidencia de gastos catastróficos es más alta en hogares que cuentan con al menos una persona mayor de 65 años de edad (ver Capítulo 4).

El principal desafío es encontrar un esquema de este tipo fácil de implementar. Dado el costo estimado, más que crear un sistema de información y administración, probablemente tenga sentido fortalecer alguno de los programas de transferencias ya existentes, de probada efectividad y con foco en este objetivo. Alternativamente, se podría reforzar la cobertura y la calidad de los servicios de los hospitales públicos y de pilares no contributivos, o subsidiar ciertos

gastos para un grupo de individuos que son beneficiarios de otros programas sociales o por alguna característica fácilmente verificable dentro de los sistemas no contributivos.

Cuadro 5.6

Estimación del gasto necesario para evitar el gasto de salud empobrecedor

País	Monto per cápita/PIB per cápita	Monto (porcentaje del PIB)
Argentina (2012)	3,83 %	0,07 %
Bolivia (2017)	2,34 %	0,02 %
Chile (2016)	5,91 %	0,16 %
Colombia (2011)	2,31 %	0,06 %
México (2016)	0,89 %	0,00 %
Perú (2018)	30,07 %	0,04 %
Promedio	7,56 %	0,06 %

Fuente: Elaboración propia con base en encuestas de gastos e ingresos de los hogares para los años indicados en paréntesis y datos del Banco Mundial (2020).

Aspectos fiscales para lidiar con los efectos del envejecimiento

Para enfrentar las presiones sobre las cuentas públicas derivadas del envejecimiento demográfico no basta con entender la situación de partida en términos de estructura poblacional, cobertura existente, desafíos en materia de suficiencia de las prestaciones y situación financiera actual de los sistemas de protección social. También es clave entender otros factores de contexto que definen el espacio fiscal. Mientras que hasta ahora el foco de la sostenibilidad ha estado en la relación entre los ingresos y egresos de los sistemas de protección social, en este apartado se adopta una visión más amplia. Se considera, por tanto, si los potenciales desequilibrios financieros de estos sistemas pueden financiarse con recursos —ya sea por una reducción de los gastos o un incremento de los ingresos— en otras áreas del Estado.

En este sentido, en este apartado se consideran dos aspectos relevantes. Primero, el espacio fiscal disponible, entendido como la capacidad de acomodar el incremento en el gasto derivado del envejecimiento poblacional sin comprometer la sostenibilidad fiscal. Segundo, la eventual reducción de gastos en otras áreas como consecuencia del envejecimiento, particularmente la educación, a medida que disminuye la cantidad de niños y adolescentes que atiende el sistema. Finalmente, tomando una visión más amplia, existe un conjunto de “espacios extra” (o bonos) que a futuro pueden permitir postergar las presiones fiscales del envejecimiento de la población, tanto por una mayor formalización de la economía (“bono de formalidad”) como por un incremento en la participación laboral de las mujeres (“bono de género”), ambos expuestos en el Capítulo 2.

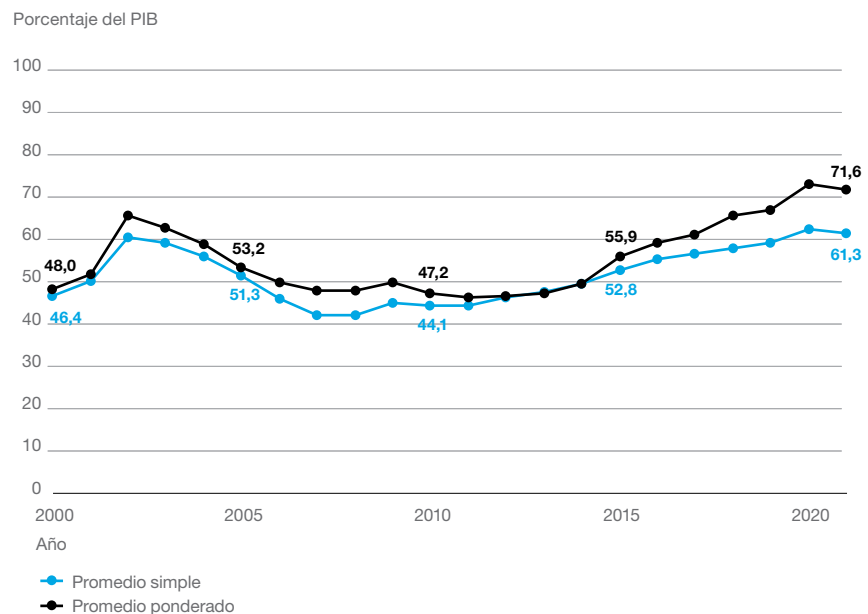
Espacio fiscal

El espacio fiscal para hacer frente a los mayores gastos asociados al envejecimiento poblacional es un concepto multidimensional. Por ejemplo, el Fondo Monetario internacional (FMI) considera que un país tiene espacio fiscal para financiar un incremento permanente en el gasto público si puede hacerlo sin poner en riesgo el acceso al financiamiento privado y la sostenibilidad de la deuda (FMI, 2018a).

Un aspecto clave para entender el punto de partida fiscal de los países latinoamericanos son los niveles de deuda pública inicial. Luego de que la región logró reducir el endeudamiento público en la primera década de este siglo, esta tendencia se revirtió a partir de la crisis financiera global de 2008-2009 a pesar de las condiciones financieras ventajosas que han caracterizado ese periodo. Este cambio de tendencia se ha debido a la expansión del gasto y al menor crecimiento económico. En promedio, desde 2008 la deuda pública aumentó en más de 17 puntos porcentuales del PIB (promedio simple). Esta tendencia se acelerará significativamente en 2020 debido a la caída en los ingresos por la recesión mundial y los gastos incrementales como consecuencia de la pandemia de la COVID-19 (Gráfico 5.6), situándose en su máximo en más de dos décadas.

Gráfico 5.6

Evolución de la deuda pública total como porcentaje del PIB, 2000-2021



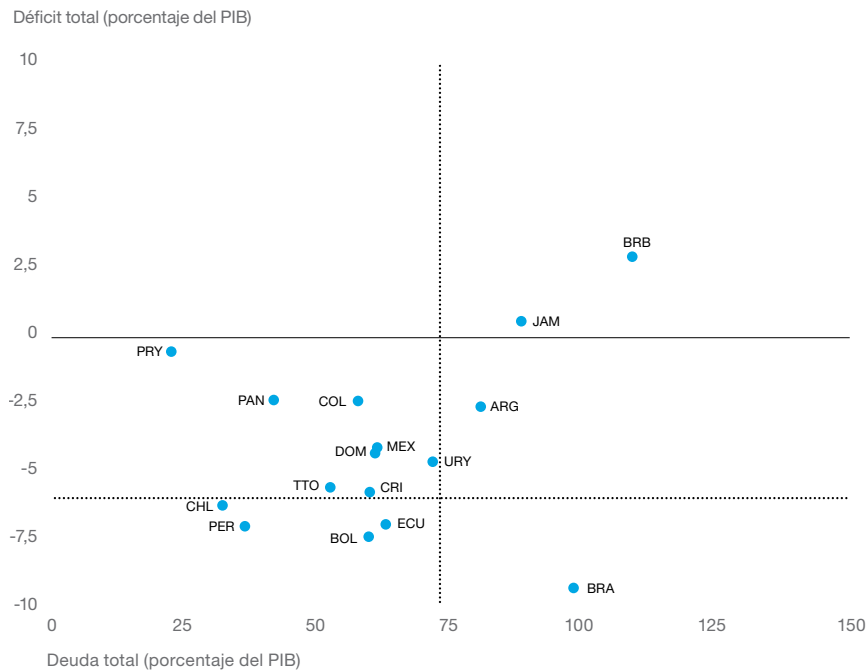
Notas: Las proyecciones del FMI para 2020 y 2021 tienen en cuenta los efectos de la COVID-19. El último valor reportado en el gráfico corresponde a estimaciones para el año 2021. El promedio ponderado se calculó a partir de los pesos relativos al PIB de cada país. Los países considerados son Argentina, Bolivia, Brasil, Barbados, Chile, Colombia, Ecuador, Jamaica, México, Panamá, Perú, Paraguay, República Dominicana, Trinidad y Tobago y Uruguay.

Fuente: Elaboración propia con base en datos del FMI (2019b, 2020a y 2020b).

Desde el punto de vista de los flujos, se observa también un deterioro del resultado fiscal promedio, pasando de un superávit del 0,5 % del PIB en 2007 a un déficit del 2,9 % del PIB en 2019, con un déficit promedio proyectado para 2020 por encima del 4 %.¹⁷ El Gráfico 5.7 muestra la situación proyectada en términos de déficit fiscal y deuda pública para 2020. Más allá de las diferencias por país, resulta evidente que la gran mayoría de las economías tendrá que hacer tarde o temprano un esfuerzo de consolidación para lidiar con las consecuencias fiscales de la crisis de la COVID-19.

Gráfico 5.7

Déficit fiscal y deuda pública total como porcentaje del PIB en países latinoamericanos, 2020



Notas: Las líneas horizontales y verticales punteadas indican los promedios ponderados de los países en el año 2020. El promedio ponderado se calculó a partir del peso relativo al PIB agregado de cada país.

Fuente: Elaboración propia con base en FMI (2019b, 2020a y 2020b).

En este contexto, las reformas que busquen reforzar la sostenibilidad del sistema de protección social, más que crear ahorros en el corto plazo, pueden contribuir a dar una mayor certeza sobre la trayectoria fiscal de mediano y largo plazo. Si se analiza, por ejemplo, el valor presente neto de los desequilibrios entre ingresos y gastos de

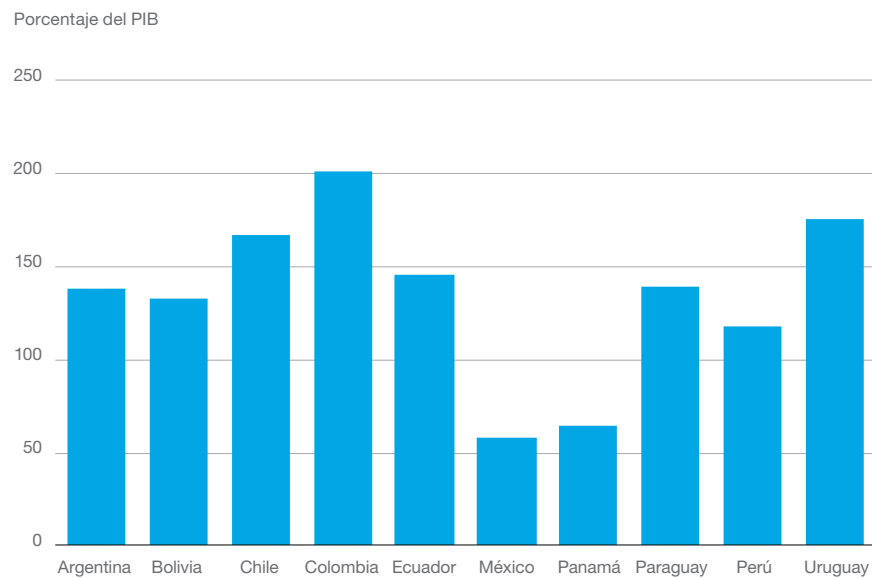
17. Esta cifra muy probablemente termine siendo mayor, dado que las proyecciones de crecimiento han sido revisadas a la baja desde abril y varios Gobiernos han anunciado más medidas fiscales de apoyo.

Reformas que refuercen la sostenibilidad financiera de la protección social no generarán ahorros rápidos pero darán una mayor certeza sobre la trayectoria fiscal de mediano y largo plazo.

los sistemas de pensiones y de salud de la región proyectados entre 2020 y 2065, es decir, la suma de los mismos con una tasa de descuento del 3 %, se observa claramente que los niveles de endeudamiento serían muy elevados si dichos sistemas se financiaran completamente con un incremento de la deuda pública. Es más, esos niveles de endeudamiento seguramente no serían compatibles con una tasa de interés que permita financiar tales necesidades financieras. El Gráfico 5.8 muestra claramente que esa estrategia no parece factible. Con la excepción de México y Panamá, en el resto de los países dicho valor presente neto asciende a más del 100 % del PIB y llega a estar por encima del 200 % en el caso de Colombia.

Gráfico 5.8

Valor presente neto como porcentaje del PIB de los déficits proyectados de los sistemas de pensiones y salud por país



Notas: Cálculos realizados con una tasa de descuento del 3 % anual.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de IERAL (2020) y Crosta *et al.* (2019).

Por ello, parece claro que la inacción conduciría a problemas de sostenibilidad fiscal y, por lo tanto, corresponde evaluar los espacios que existen por el lado de los ingresos y los gastos para reducir estos riesgos. En ese sentido, a continuación, se evalúa el posible espacio para incrementar la presión tributaria —en parte, los aportes a los esquemas contributivos de la seguridad social, pero también los impuestos en general— a fin de hacer frente al incremento en el gasto proyectado. Más adelante se exploran también iniciativas por el lado de las erogaciones.

Evaluar el espacio para incrementar la presión fiscal de la economía es complejo dado que hay factores sociales y políticos, además de económicos, que afectan el nivel y la composición de los impuestos en cada país. A continuación, se

presentan dos análisis que son agnósticos en cuanto a las preferencias sociales sobre el tamaño del Estado y el grado de redistribución, que afectan el nivel y la composición de la recaudación, así como otros aspectos relativos a la implementación del incremento en la recaudación resultante. Primero, se analiza la brecha en la recaudación de las contribuciones en comparación con los países de la OCDE. Segundo, se presenta un ejercicio sencillo para medir el espacio que hay para aumentar la presión fiscal general, tomando en cuenta el nivel de ingreso per cápita, la estructura sectorial de la economía y el grado de apertura de la misma, factores que, según la teoría económica, influyen sobre la recaudación.

Contribuciones a la seguridad social

En principio, una fuente potencial para financiar el mayor gasto proyectado en seguridad social son las propias contribuciones que hacen los trabajadores y los empleadores al sistema. Sin embargo, las tasas promedio de contribución de los empleados y empleadores en la región no difieren de manera significativa de las tasas de la OCDE (Gráfico 5.9), lo que pone en duda que esta sea una alternativa viable para todos los países de la región. Mientras que en el agregado de los países las contribuciones a la seguridad social representan en teoría un 21,3 % del costo laboral promedio en América Latina, el promedio para los países de la OCDE asciende al 22,6 %.¹⁸ En términos de la composición de las contribuciones de empleados y empleadores, esta es en promedio muy similar. Un poco más de un tercio de la contribución recae legalmente sobre el empleado y dos tercios sobre los empleadores.¹⁹

Dentro de la región, hay situaciones muy heterogéneas en cuanto al nivel de las contribuciones a la seguridad social. Primero, existe un grupo de cinco países, compuesto por Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica y Uruguay, donde las tasas de contribución son incluso superiores al promedio de la OCDE y más bien cercanas a los países avanzados de Europa. Segundo, hay un grupo amplio con un peso de las contribuciones sociales similar a las de la OCDE. Este grupo está integrado por Bolivia, Chile, Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela. En este grupo, hay algunos países que pueden tener margen para incrementar puntualmente la tasa de contribución de empleados o empleadores en algunas partes del sistema de seguridad social, pero debe balancearse con los potenciales efectos nocivos que la medida puede tener sobre la formalidad laboral. Finalmente, para un grupo reducido de países, que incluye Guatemala, Honduras y Trinidad y Tobago, parece existir más espacio para incrementar las contribuciones sociales.

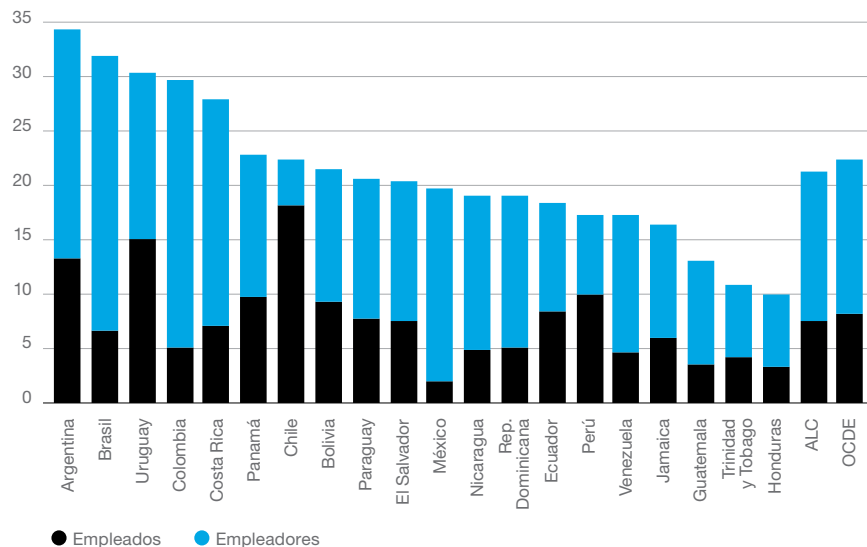
En la mayoría de los países de la región las tasas de contribución de empleados y empleadores no difieren significativamente de las de la OCDE.

18. Si se considera la carga impositiva total sobre los salarios, incluyendo los impuestos a la renta personal, existe una diferencia relevante con los países más desarrollados. Para América Latina, el promedio aumenta marginalmente al 21,7 %, mientras que para la OCDE la carga pasa al 35,9 %. Esta diferencia se debe principalmente a mínimos impositivos y exenciones relativamente altos.

19. Obviamente, la incidencia económica —quién termina pagando estas contribuciones— puede ser muy diferente y depende de las elasticidades de la oferta y la demanda laboral.

Gráfico 5.9

Contribuciones a la seguridad social en porcentaje del costo laboral total, 2013



Notas: El promedio de la OCDE incluye a México y Chile. Las contribuciones incluyen todos los aportes obligatorios a esquemas de pensiones, salud, seguro de desempleo, seguro contra accidentes laborales y cobertura de otros riesgos por parte de los empleadores y empleados.

Fuente: OCDE, BID y CIAT (2016).

Como se mencionó, un aspecto importante a considerar son los efectos de las contribuciones sociales sobre la informalidad (ver Capítulo 2 y el apartado siguiente en este capítulo). Por un lado, desde la óptica del individuo, algunas partes de las contribuciones, por ejemplo, al sistema de pensiones, pueden implicar una tasa de ahorro mayor a la deseada y, por razones de miopía o porque es óptimo para el trabajador, este prefiere disponer de ese ingreso y no realizar los aportes correspondientes. A su vez, en los países de la región, generalmente existen pocos mecanismos eficaces para controlar y hacer cumplir las regulaciones laborales e impositivas dado el tamaño del sector informal y las escasas capacidades del Estado. De manera similar, puede que parte de la población subestime los riesgos de desempleo, invalidez y enfermedad a los que está expuesta, por lo que —especialmente en presencia de cierta cobertura no contributiva de algunos de esos riesgos— puede optar por una ocupación informal. Por el lado de las empresas, la carga impositiva sobre el trabajo puede llevar a una menor demanda de empleo u optar por evadir las cargas sociales, dejando a los trabajadores en la informalidad, especialmente si la productividad de la empresa es baja y la probabilidad de que la evasión sea detectada también es reducida.

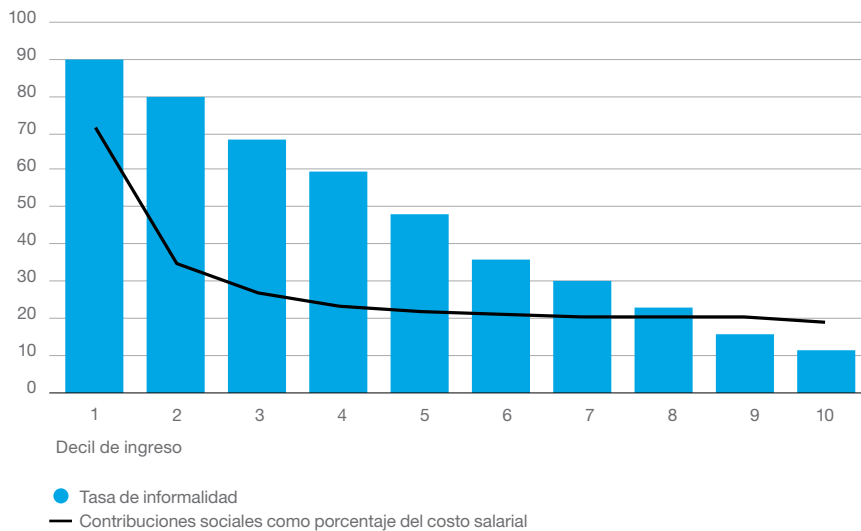
De hecho, en América Latina la informalidad promedio desciende con el nivel de ingreso de los trabajadores —reflejo, entre otros factores, del nivel educativo y la productividad laboral (Gráfico 5.10)—. A su vez, los costos de la formalidad —medidos solamente por las contribuciones de los trabajadores a la seguridad social,

expresados como porcentaje de los ingresos laborales promedio por decil— son relativamente más altos para las personas que se encuentran en la parte baja de la distribución salarial. En el primer decil, donde la tasa de informalidad promedio asciende al 90 %, el costo promedio de cumplir con la formalidad representa algo más del 70 % del salario. La correlación promedio entre la tasa de informalidad y el costo de la formalidad es positiva y relativamente alta (0,6) para los 18 países de la región con información disponible.²⁰ Esta evidencia está respaldada por estudios que establecen de forma más rigurosa una relación causal entre los impuestos y las contribuciones sobre el trabajo y los niveles de informalidad. Por ejemplo, Bernal, Eslava, Meléndez y Pinzón (2017) encuentran que la reducción de impuestos sobre la nómina en Colombia asociada a la reforma impositiva de 2012 tuvo un impacto positivo sobre el empleo formal y los salarios.

El espacio para aumentar el financiamiento de la seguridad social mediante mayores tasas de contribución parece reducido para la mayoría de los países de la región.

Gráfico 5.10

Tasa de informalidad y costo de la formalidad promedio en América Latina



Fuente: Elaboración propia con base en OCDE, BID y CIAT (2016).

En resumen, el espacio para aumentar el financiamiento de la seguridad social mediante mayores tasas de contribución parece reducido para la mayoría de los países de la región, en particular cuando se consideran también los potenciales efectos negativos sobre la formalización.

20. Este promedio refleja situaciones diversas. Por ejemplo, hay algunos países, como Argentina y Panamá, donde el costo de la formalidad tiene un peso relativo similar a lo largo de la distribución de ingresos laborales, mientras que en otros países, como Brasil, Chile, Costa Rica, República Dominicana y Uruguay, la correlación entre ambas variables es superior a 0,8. Finalmente, entre los países que tienen tasas generales de contribuciones similares a las de la OCDE, México, Nicaragua y Perú tienen costos de formalización que superan el salario en el primer decil.

Espacio para incrementar la carga tributaria general

Dado el reducido espacio existente para aumentar las contribuciones, la recaudación de impuestos es otra fuente posible de recursos para cubrir los gastos incrementales de la seguridad social sin que esto tenga efectos negativos sobre la formalidad laboral. A continuación, se presenta una estimación de la recaudación que se esperaría para cada país de la región, tomando en cuenta el nivel de ingreso de la economía (PIB per cápita), el grado de apertura de la misma (comercio internacional como porcentaje del PIB) y el peso del sector primario en el PIB agregado. El indicador del espacio tributario disponible es calculado como la diferencia entre la recaudación esperada y la observada. Es decir, un valor positivo indicaría que el país podría incrementar la recaudación de impuestos, mientras que un valor negativo indicaría que el espacio para incrementar la recaudación sería limitado.²¹ Las estimaciones del espacio fiscal para el año 2017 muestran resultados en línea con estudios anteriores que usan técnicas similares (ver, por ejemplo, Daude, Gutiérrez y Melguizo, 2013).²²

En cuanto a los márgenes para aumentar la recaudación tributaria, en la región coexisten países con márgenes muy reducidos, algunos con márgenes moderados y otros con amplio margen.

Existen situaciones dispares entre los países de la región en cuanto al espacio para aumentar la presión tributaria. Hay un primer grupo, que incluye Argentina, Barbados, Brasil, Bolivia, Ecuador, Jamaica, Trinidad y Tobago y Uruguay, donde el espacio para incrementar la recaudación tributaria de manera significativa parece reducido y similar a lo observado en algunos países europeos, como España y Portugal. Según esta estimación, en Chile, Colombia y Costa Rica, Paraguay y Perú, hay espacio para recaudar aproximadamente entre 4 y 6 puntos porcentuales del PIB adicionales. Finalmente, en República Dominicana, México y Panamá existe en principio un margen considerable para incrementar la presión tributaria (Gráfico 5.11).

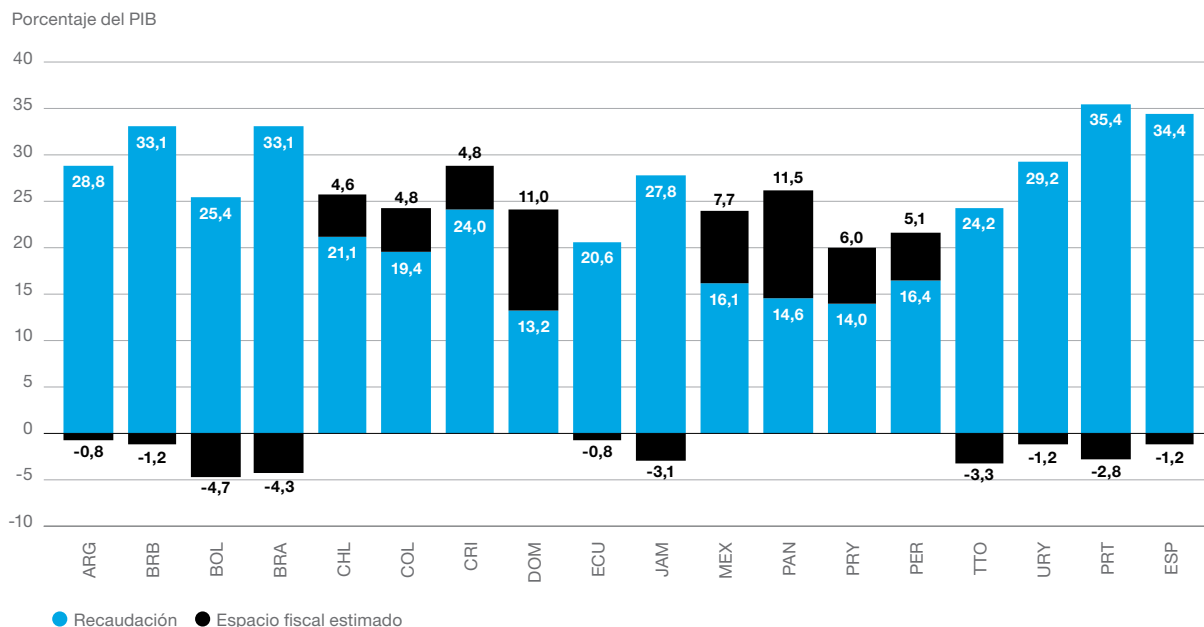
Por lo tanto, tomando en cuenta las estimaciones del incremento del gasto en el escenario demográfico de base discutido anteriormente, en el primer grupo de países se requiere recurrir a reformas que contengan dicho incremento, si bien el aumento del ingreso per cápita puede generar en el largo plazo algo de margen para una mayor recaudación. Esto último suele ocurrir, en general, porque aumenta la recaudación en el impuesto sobre la renta de las personas físicas. Por ejemplo, utilizando la elasticidad de la recaudación al PIB per cápita, si Argentina alcanzara el nivel actual del PIB per cápita de España, la recaudación aumentaría en algo más de 3,5 puntos porcentuales del PIB. Suponiendo que este proceso se diera en los próximos 50 años, esto requeriría un crecimiento económico promedio del 1,3 % anual, por encima del 0,9 % que logró Argentina en los últimos 20 años. De todas formas, esto alcanzaría solamente para cubrir algo más de la mitad del incremento en el gasto esperado debido al cambio demográfico (6,6 puntos porcentuales del PIB). A su vez, puede ocurrir que el incremento de los niveles de vida venga de la mano de una demanda más que proporcional de bienes y servicios públicos, por lo que parte del incremento en la recaudación se utilizaría para enfrentar esos gastos adicionales.

21. La estimación se realizó usando la recaudación tributaria como porcentaje del PIB en 2017 reportada por OCDE, BID y CIAT (2016).

22. En este ejercicio no se incluyen los ingresos no tributarios particularmente ligados a la explotación de recursos naturales no renovables. Ver más adelante la discusión sobre la importancia de estos ingresos para los países de la región.

Gráfico 5.11

Recaudación tributaria y espacio fiscal como porcentaje del PIB, 2018



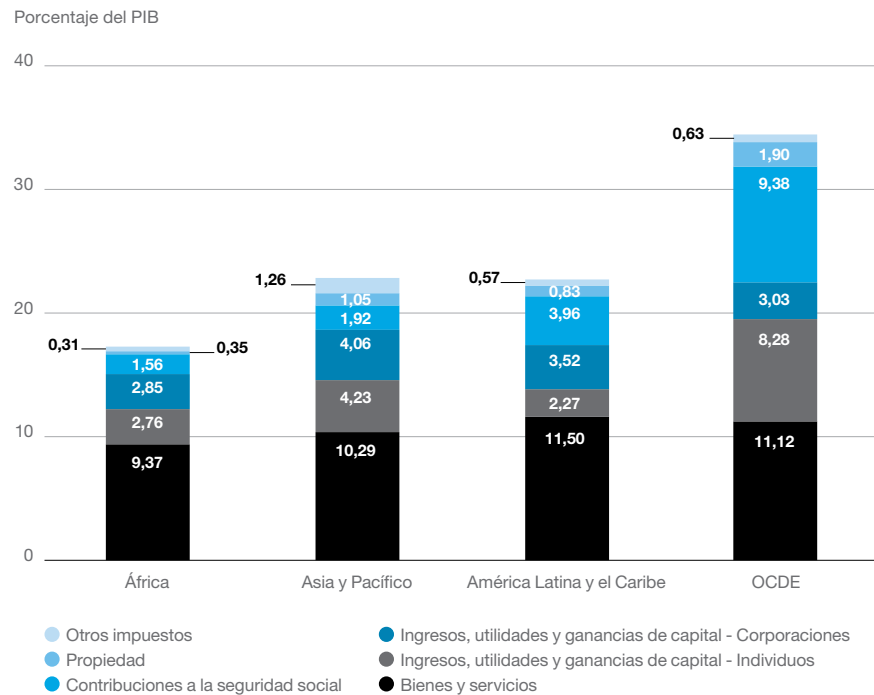
Fuente: Elaboración propia con base en datos de OCDE (2020a).

En el segundo y tercer grupo de países, en principio, se podría financiar toda o gran parte de la subida del gasto proyectado con un aumento potencial en la recaudación tributaria. No obstante, estos incrementos en los ingresos fiscales generalmente no son fáciles de implementar, tanto por factores económicos como de economía política. En ese sentido, el deterioro de las cuentas fiscales producto de la crisis de la COVID-19 pone mayor presión sobre las reformas fiscales y puede ser un factor que impulse las mismas. Aunque la composición y velocidad de las reformas varían por país y exceden ampliamente el alcance de este libro, a continuación, se presentan algunos elementos de esas reformas que aparecen como factores comunes para este grupo de economías.

Para analizar las potenciales áreas donde se pueden obtener incrementos en la recaudación, resulta útil comparar la composición de los ingresos tributarios de América Latina con otras regiones. El Gráfico 5.12 muestra la composición de la recaudación (como porcentaje del PIB) por los principales grupos de impuestos en América Latina, la OCDE, Asia y África, y el Cuadro 5.7 (ver pág. 335) muestra los valores para los países donde la estimación anterior deja un espacio significativo para incrementar los ingresos. Como se puede apreciar, la diferencia entre regiones en lo relativo a los impuestos indirectos sobre bienes y servicios, tales como los impuestos al valor agregado o impuestos sobre ventas, es muy pequeña. Mientras que los impuestos sobre bienes y servicios en América Latina y el Caribe suponen en promedio 11,5 % del PIB, en los países de la OCDE representan el 11,1 %, y en Asia y África presentan niveles similares.

Gráfico 5.12

Ingresos tributarios totales como porcentaje del PIB por regiones del mundo, 2018



Fuente: Elaboración propia con base en datos de OCDE (2020a).

La principal diferencia se da con respecto a las contribuciones a la seguridad social. Mientras que en la OCDE estas representan en promedio 9,4 % del PIB, en América Latina son apenas el 4 %. Como se vio en el apartado anterior, esto no se debe generalmente a que las tasas de contribución sean bajas, sino a la alta informalidad laboral —similar a las otras regiones en desarrollo— y al mayor peso de los esquemas de contribución definida de fondos de pensiones (regímenes de capitalización), que constituyen ahorro privado individual y que, por lo tanto, no forman parte de los ingresos impositivos. En resumen, las contribuciones sociales no parecen ser potencialmente una fuente directa para aumentar la recaudación. Más bien, la recaudación asociada a las contribuciones sociales podría incrementarse mediante reformas que logren aumentar los niveles de formalidad de las economías latinoamericanas, como se discute más adelante.

El segundo conjunto de ingresos tributarios donde hay diferencias importantes es el de impuestos sobre la renta de las personas físicas, ya que la imposición sobre las empresas como porcentaje del PIB es de hecho más alta en América Latina que en la OCDE. Además, considerando los altos niveles de informalidad, la presión fiscal sobre los ingresos de las empresas formales latinoamericanas probablemente sea mayor que en los países desarrollados. La diferencia en términos de la recaudación de los impuestos sobre el ingreso de

los individuos refleja en parte las diferencias en la capacidad contributiva de los hogares, pero también se debe a otros factores relevantes, como los niveles mínimos exentos, que son relativamente altos, los niveles también elevados de ingresos para aplicar las tasas marginales más altas, así como las importantes tasas de evasión fiscal.

Cuadro 5.7

Composición de los ingresos por grandes grupos de impuestos en países con espacio para aumentar la recaudación tributaria, 2018

País	Ingresos, utilidades y ganancias de capital		Contribuciones a la seguridad social	Propiedad	Bienes y servicios	Otros impuestos
	Personas	Corporaciones				
Chile	1,4 %	4,7 %	1,5 %	1,1 %	11,2 %	-0,2 %
Colombia	1,2 %	5,0 %	1,9 %	1,6 %	8,3 %	1,2 %
Costa Rica	1,4 %	2,6 %	8,2 %	0,4 %	8,4 %	2,1 %
República Dominicana	1,2 %	2,1 %	0,1 %	0,6 %	8,5 %	0,0 %
México	3,4 %	3,4 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Panamá	1,8 %	1,5 %	5,6 %	0,4 %	4,2 %	0,3 %
Paraguay	0,3 %	2,0 %	3,5 %	0,3 %	7,8 %	0,1 %
Perú	1,8 %	3,9 %	2,0 %	0,4 %	7,9 %	0,2 %

Notas: En la categoría “otros impuestos” se incluye también las categorías de impuestos sobre la nómina y la fuerza laboral.

Fuente: Elaboración propia con base en OCDE (2020a).

En América Latina, en promedio, las personas físicas comienzan a pagar impuesto sobre la renta cuando sus ingresos superan 1,4 veces el PIB per cápita —equivalente en 2016 a aproximadamente USD 12.000 a precios corrientes (USD 20.500 ajustando por PPA). En contraste, en Europa, el valor del mínimo exento es 0,31 veces el PIB per cápita, lo que significa aproximadamente USD 9.700 en términos corrientes (un poco más de USD 11.000 a PPA). Por lo tanto, los mínimos exentos en América Latina son altos no solamente en términos relativos, sino también en términos absolutos.²³ Claramente, existen diferencias importantes al interior de América Latina. Mientras que en Bolivia el mínimo no imponible es 0,2 veces el PIB per cápita, en Paraguay ascendía a 5,8 veces en 2016. En el otro extremo, las tasas marginales más altas también se aplican a partir de ingresos relativamente altos en la comparación internacional, lo que disminuye la progresividad y la recaudación del impuesto (Cuadro 5.8).

23. Una persona que gana USD 20.500 a PPA en América Latina no pagaría impuesto sobre la renta, mientras que en Europa estaría casi dos veces por encima del mínimo no imponible.

Cuadro 5.8Características del impuesto sobre la renta de personas físicas
en América Latina

País	Ingreso gravable (en múltiplos del PIB per cápita)		Alícuota (en porcentajes)	
	Mínimo	Máximo	Mínima	Máxima
Argentina	0,1	1,6	9,0	35,0
Bolivia	0,2	n.a.	13,0	13,0
Brasil	0,7	1,7	7,5	27,5
Chile	0,8	6,8	4,0	35,0
Colombia	1,8	6,9	19,0	33,0
Costa Rica	0,1	0,2	10,0	15,0
Ecuador	1,8	18,1	5,0	35,0
El Salvador	1,0	5,6	10,0	30,0
Guatemala	8,8	n.a.	5,0	7,0
Honduras	3,3	9,4	15,0	25,0
México	0,0	18,8	1,9	35,0
Nicaragua	1,6	7,8	15,0	30,0
Panamá	0,7	3,2	15,0	25,0
Paraguay	3,0	7,6	8,0	10,0
Perú	0,9	8,2	8,0	30,0
República Dominicana	1,0	2,2	15,0	25,0
Uruguay	0,6	10,0	10,0	36,0
Venezuela	n.d.	n.d.	6,0	34,0
América Latina (18 países)	1,6	7,2	9,8	26,7
Promedio OCDE	0,6	5,4	13,9	37,9

Notas: El dato de PIB per cápita utilizado corresponde a 2018. n.d. indica que el dato no está disponible; n.a. que no aplica.

Fuente: Elaboración propia con base en información del Centro Interamericano de Administraciones Tributarias (CIAT, 2020), OCDE, BID y CIAT (2016), y Banco Mundial (2020).

Al mismo tiempo, existe un conjunto importante de exenciones y deducciones que reducen la recaudación efectiva del impuesto sobre la renta de las personas físicas. Finalmente, según estimaciones de la CEPAL, la elusión y evasión del impuesto sobre la renta (de personas y corporaciones) en América Latina reducen la recaudación de este conjunto de impuestos en casi el 40 %, equivalente a una pérdida de 4 puntos porcentuales del PIB (CEPAL, 2019).

En general existe espacio en la región para incrementar la recaudación del impuesto a la renta de las personas físicas.

Por lo tanto, hay espacio en la región para incrementar la recaudación en lo que se refiere a la renta de las personas físicas, aunque no sea tarea sencilla. Las reformas podrían venir de una ampliación de la base, reduciendo exenciones y deducciones, así como del aumento de los mínimos exentos y de otros cambios en la estructura de estos impuestos. Si bien la economía política puede ser compleja, la situación actual, donde la consolidación fiscal necesaria tras la COVID-19 requiere de esfuerzos fiscales adicionales, puede ser una ventana de oportunidad para avanzar en esta dirección dada la progresividad de este tipo de impuestos.

La ampliación de las bases tributarias para otros impuestos es un instrumento más general que puede considerarse. En la región, dichas bases tienden a tener muchas exenciones y exoneraciones debido a la proliferación de gastos tributarios, de manera que la recaudación termina siendo más baja. Las estimaciones muestran que estos gastos tributarios ascienden al 3,5 % del PIB en la región (Peláez Longinotti, 2018). Esto no significa que, eliminando estas exenciones y exoneraciones se recaudaría ese monto, pero sí indica que hay espacio para revisar la pertinencia y la eficiencia de las mismas.²⁴ Una buena práctica para comenzar a evaluar los gastos tributarios y estudiar las potenciales reformas para ampliar las bases tributarias es la publicación periódica de estudios que miden los gastos tributarios con una metodología rigurosa. Esto es útil especialmente para evaluar la efectividad de las políticas de estímulo, que generalmente justifican estos gastos tributarios, así como su impacto distributivo, además del impacto sobre la recaudación.

A su vez, una acción que ayudaría a lograr este cometido es el fortalecimiento institucional de las agencias tributarias. Una medida así debería tomarse tanto en lo que respecta a los recursos materiales y tecnológicos como a los marcos legales en los que actúan, siempre asegurando la transparencia y la rendición de cuentas. Claramente, el fortalecimiento de las agencias tributarias tendría efectos positivos más allá de la reducción del incumplimiento tributario en el impuesto sobre la renta, dado que el incumplimiento de otras obligaciones impositivas también es relativamente alto. Por ejemplo, en el IVA se estima una pérdida de recaudación del 2,3 % del PIB en América Latina. Al mismo tiempo, es esencial contar con agencias tributarias más fuertes para el combate de actividades ilícitas, como el lavado de activos.

Para finalizar este análisis, es importante discutir la disponibilidad de otros ingresos. En particular, destacan los ingresos no tributarios relacionados con la explotación de recursos naturales no renovables que son relevantes en varios países de la región, tanto los asociados con la extracción de hidrocarburos como los de la minería. Estos ingresos, en aquellos países donde existe una explotación significativa de este tipo de recursos, ascendieron en 2018 al 2,3 % del PIB, pero en países como Bolivia, México y Ecuador son aún más significativos, representando entre el 4 % y el 8 % del PIB (OCDE, CIAT, CEPAL y BID, 2020). El uso del ingreso corriente asociado a la explotación de esos recursos como fuente de financiamiento de los gastos recurrentes de la seguridad social es difícil debido a su volatilidad. Sin embargo, los fondos soberanos representan maneras muy efectivas de distribuir estos recursos entre las generaciones para hacer frente a los gastos de los sistemas de protección social. El ejemplo más notable es el fondo soberano noruego, que asciende aproximadamente al 280 % del PIB. Este fondo fue creado en 1990 para ahorrar los ingresos asociados a la explotación del petróleo en el Mar del Norte y poder hacer frente a las presiones sobre el gasto futuro derivadas del envejecimiento poblacional.

Acumular activos a esos niveles probablemente no sea deseable desde el punto de vista del bienestar en los países latinoamericanos, ya que sus actuales necesidades en inversiones sociales y en infraestructura son mucho más grandes que

24. Algo parecido sucede con los impuestos sobre activos netos, como, por ejemplo, los bienes inmuebles (OCDE, CIAT, CEPAL y BID, 2020). Sin embargo, aunque hay espacio para mejorar la recaudación y la equidad de estos impuestos, estos representan menos del 2 % del PIB incluso en los países de la OCDE, y menos del 6 % de la recaudación total.

en el caso noruego. Sin embargo, la experiencia de Chile, tanto con la creación del Fondo de Reserva de Pensiones en 2006 como con el Fondo de Estabilización Económica y Social en 2007, puede ser de utilidad para los otros países de la región con ingresos relevantes relacionados con los recursos naturales no renovables (Recuadro 5.3).

Recuadro 5.3

El uso de fondos soberanos como herramienta fiscal en Chile

Entre 2006 y 2007, Chile decidió reforzar su política fiscal mediante la creación de dos fondos soberanos. Primero, se creó el Fondo de Reserva de Pensiones, cuyo objetivo es la acumulación de ahorros en activos financieros para poder hacer frente a los gastos relacionados con el pilar solidario no contributivo de las pensiones. Fue constituido inicialmente con aproximadamente USD 600 millones y, en la actualidad, asciende a casi USD 10.000 millones (aproximadamente un 4 % del PIB).

Al mismo tiempo, el Fondo de Estabilización Económica y Social (FEES), que absorbió al antiguo Fondo de Estabilización del Cobre, fue creado con fines contracíclicos, para ahorrar y amortizar deuda en la parte alta del ciclo y poder financiar el gasto cuando cayera la actividad económica. Así, al momento de la llegada de la pandemia de la COVID-19, Chile tenía acumulados en el FEES ahorros superiores al 4 % del PIB y una deuda neta del gobierno general del 27,9 % del PIB. Estos recursos forman parte del ambicioso plan de recuperación que lanzó Chile para hacer frente a las consecuencias económicas y sociales de la COVID-19.

Fuente: Ministerio de Hacienda del Gobierno de Chile (2020).

Otras fuentes potenciales de financiamiento y ahorro

En este apartado se discuten brevemente fuentes alternativas de financiamiento basados en la generación de ahorros en otras áreas del gasto o como resultado de otras políticas asociadas al funcionamiento del mercado laboral, que tiene consecuencias sobre los ingresos por contribuciones al sistema de protección social. Primero, se analizan los potenciales ahorros que podrían derivarse hacia otros gastos asociados al envejecimiento demográfico. Después, se retoma brevemente la discusión sobre los bonos de formalización y de género del Capítulo 2 para debatir sus implicaciones en términos de sostenibilidad.

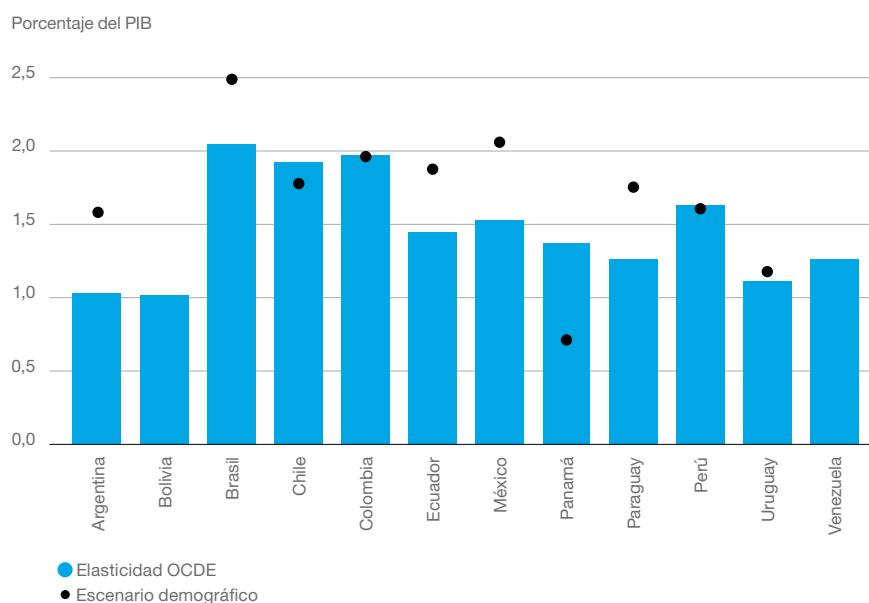
Ahorros en educación inducidos por el envejecimiento

Una fuente de financiamiento del gasto incremental en seguridad social puede ser la disminución de otros gastos. En particular, a medida que avanza la transición demográfica, no solamente habrá una proporción mayor de adultos mayores, sino también una proporción menor de niños y adolescentes. En este sentido, podría darse una reducción paulatina del gasto en educación a medida que cae la cantidad de niños y adolescentes dentro del sistema educativo.

Para cuantificar los potenciales ahorros se efectuaron dos ejercicios alternativos. El primero consistió en proyectar el ahorro en función de la elasticidad del gasto público en educación a la tasa de dependencia de adultos mayores para los países de la OCDE.²⁵ La otra metodología utilizada se basó en mantener constantes los niveles de gasto por estudiante con relación al PIB per cápita, así como las tasas de cobertura por nivel educativo (preescolar, primario, secundario y terciario o superior); después, se analizaron las trayectorias causadas por el cambio en el peso relativo de la población en edad de asistir a cada nivel con respecto a la población total del país.²⁶ Como se puede apreciar en el Gráfico 5.13, ambos métodos dan proyecciones de los ahorros potenciales entre 1 y 2,5 puntos porcentuales. El segundo método, en general resulta en potenciales ahorros algo mayores.

Gráfico 5.13

Potenciales ahorros en el gasto educativo debido al envejecimiento, proyección para 2065



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial (2020) y Marchionni y Vazquez (2019).

25. Para los países de la OCDE con información disponible, la correlación entre el gasto promedio como porcentaje del PIB y esta tasa de dependencia es de -0,42. Una regresión simple implica una elasticidad de aproximadamente 0,1, es decir que un aumento en 10 puntos porcentuales en la tasa de dependencia de edad avanzada está asociada a una reducción en 1 punto porcentual en el gasto en educación como porcentaje del PIB.

26. Como es habitual en la literatura de transferencias intergeneracionales, se proyectó la evolución de gastos públicos agregados por nivel educativo y sin diferenciar por los distintos subsistemas de gestión (ver Miller, Mason y Holz, 2011 y Marchionni y Alejo, 2015). El supuesto detrás de estos ejercicios es que la participación de cada sector en la matrícula se mantiene fija en el tiempo, lo que tendrá consecuencias sobre los niveles de gasto en educación proyectados. Por ejemplo, si el gasto público asociado al subsistema privado es muy bajo o nulo y si la matrícula privada se expande en relación con la pública, las proyecciones de gasto que surgen de estos ejercicios estarán sobreestimando el verdadero esfuerzo fiscal que se requiere para ampliar la cobertura educativa. En este caso, que parece realista a la luz de la reciente evolución del sector educativo privado en la región, las proyecciones agregadas proveerían una cota superior del esfuerzo fiscal necesario en materia educativa.

Por lo tanto, si bien el gasto educativo probablemente se reduzca a medida que avanza la transición demográfica, los ahorros proyectados no serían suficientes para los países con una sostenibilidad financiera más comprometida. No obstante, esos ahorros tampoco serían despreciables, ya que en la mayoría de los países el monto proyectado podría llegar a financiar una parte significativa de la potencial expansión de la cobertura de las pensiones y la protección contra el gasto en salud empobrecedor presentados anteriormente. Sin embargo, también es posible que parte de esta reducción del gasto no se materialice, dado que los niveles de cobertura educativa, así como los resultados educativos, van a requerir probablemente de incrementos en los recursos utilizados. Además, la pobreza infantil y entre los adolescentes es significativamente más alta en la gran mayoría de los países en comparación con la de la población en general, por lo que también parece razonable esperar que los recursos destinados a dicha franja etaria aumenten.

Implicaciones de los bonos de formalidad y de género para la sostenibilidad de los sistemas

En el Capítulo 2 se analizaron en profundidad, para ocho países de la región con datos disponibles, dos potenciales márgenes para aumentar la cobertura, que también tendrían impactos sobre el resultado financiero de los sistemas de protección social. Estas potenciales fuentes de cobertura son una mayor formalización del mercado de trabajo y una mayor participación laboral femenina. Del análisis surgen una serie de implicaciones para la sostenibilidad fiscal.

Primero, una mayor formalidad laboral podría llevar a un incremento de las contribuciones entre 0,85 y 1,5 puntos porcentuales del PIB, según el escenario de formalización que se utilice. Segundo, hay bastante variación entre países en estos escenarios. Si la formalidad crece con el ingreso per cápita, las contribuciones en Uruguay solamente aumentarían en 0,2 pp del PIB con respecto al escenario base, mientras que en México lo harían más de 1,1 pp del PIB. Con la metodología alternativa, donde además se cierra la brecha con respecto a la tasa de formalidad que se espera para el PIB per cápita, el país con el máximo potencial sería Argentina, con un aumento de las contribuciones de 2,4 pp del PIB, y Perú, con 0,9 pp. Tercero, estas magnitudes no son despreciables, pero hay que considerar que, a largo plazo, la mayor formalización de la economía también llevaría a una mayor cobertura contributiva y a un incremento en el gasto público en pensiones y salud.

Finalmente, el bono de género, es decir cerrar la brecha en la participación laboral de hombres y mujeres con respecto a los países de la OCDE, tomando en cuenta el perfil de edad y educativo, es bastante más modesto desde el punto de vista de las contribuciones. En promedio, estas aumentarían solamente 0,1 pp del PIB, con un máximo de 0,4 pp del PIB en Argentina y casi nada en Uruguay. Más allá de las otras ganancias de bienestar que estarían asociadas a la eliminación de la brecha de género en la participación laboral, reducir la informalidad daría más frutos para las mujeres ya que la prevalencia de este fenómeno es más alta entre las mismas (ver Capítulo 2).

¿Cuáles son las reformas necesarias y su viabilidad política?

De la discusión de los apartados anteriores se desprende que la mayoría de los países de la región tendrán que llevar adelante un conjunto de reformas para hacer frente a los efectos del cambio demográfico sobre sus sistemas de protección social. Esas reformas serán necesarias ya sea para reforzar su capacidad de asegurar ciertos niveles de ingreso y protección contra riesgos de la salud, ya sea para ampliar su cobertura y a la vez asegurar su sostenibilidad financiera.

Por un lado, hay países que, en principio, cuentan con espacio para incrementar gradualmente la presión fiscal a fin de acompañar la expansión del gasto que se proyecta, aunque parte del mismo se verá más comprometido por la crisis de la pandemia de la COVID-19. En estos casos, habrá que diseñar primordialmente reformas fiscales estructurales que aseguren dichos ingresos y permitan ampliar la cobertura o la suficiencia, ya que suelen ser deficientes en estos países. Tal como se discutió en el Capítulo 3 y en el apartado anterior, en algunos países hay incluso espacio para incrementar las contribuciones a la seguridad social. Sin embargo, es importante considerar estas reformas con una visión de sistema, tomando en cuenta en el diseño las interacciones con otras dimensiones relevantes, como el mercado laboral y la formalidad, el ahorro, el crecimiento económico y la desigualdad. Claramente, el diagnóstico de la baja recaudación en la región no es nuevo y sus explicaciones se basan en las debilidades en el campo de las capacidades del Estado en la región (CAF, 2012 y 2015). En los próximos subapartados se analizan en profundidad las interacciones entre políticas, así como el papel de las capacidades estatales.

Por otro lado, hay un conjunto de países donde el espacio fiscal es mucho más reducido y las reformas tendrán que centrarse en lograr también una adecuación del gasto. Al mismo tiempo, deberán mantener o mejorar la cobertura y la suficiencia del sistema en su conjunto. Estas reformas implican algunos desafíos específicos que requieren construir consensos políticos amplios para lograr su sostenibilidad en el tiempo.

Adicionalmente, un conjunto significativo de países tendrá que encontrar un camino intermedio que implicará mayores recursos, la racionalización del gasto y un mejor diseño para ampliar la cobertura de los sistemas y la suficiencia de las prestaciones. En este sentido, los instrumentos específicos, la secuencia y los tiempos de las reformas varían por país según su contexto específico. En lo que sigue, se resaltan algunos aspectos más generales que pueden apoyar estos procesos de reforma destinados a lograr sistemas de protección social que cubran a más personas, las protejan mejor contra los riesgos, reduzcan las inequidades y sean financieramente sostenibles frente al cambio demográfico.

Varios de los países de la región han hecho reformas a sus sistemas de pensiones durante la década de 2000. Dichas reformas estuvieron generalmente enfocadas en ampliar la cobertura y reducir algunas inequidades, principalmente en lo que respecta a las mujeres. Por ejemplo, en Bolivia (2010), Chile (2008) y Uruguay (2008), se introdujeron medidas que ampliaron la cobertura y la presencia del Estado en el sistema de pensiones (Arenas de Mesa, 2019). También hubo, como en otros lugares del mundo (especialmente Europa del Este), una reversión de algunos esquemas de capitalización individual. Por ejemplo, en Argentina se eliminaron las administradoras

Las reformas deben diseñarse considerando las interacciones con el mercado laboral y la formalidad, el ahorro, el crecimiento económico y la desigualdad.

de fondos de pensiones y se pasó nuevamente a un sistema público de reparto, mientras que, en Nicaragua y Ecuador, si bien se habían aprobado reformas que creaban esquemas similares, los planes para implementarlos fueron abandonados.

El buen momento económico por el que pasaron durante la década pasada las economías latinoamericanas, particularmente en América del Sur, contribuyó a que existiese la percepción de un amplio espacio fiscal y la voluntad política en los países para llevar adelante las reformas. Sin embargo, la situación era muy diferente a la que enfrentarán los Gobiernos que hagan reformas en el futuro para acomodar los efectos del envejecimiento sobre los sistemas de protección social. Como mostró el análisis de apartados anteriores, las reformas futuras requerirán en la mayoría de los casos de combinaciones entre una adecuación de los beneficios, un incremento en la recaudación (ya sea de impuestos generales o de contribuciones), una reducción paulatina de otros gastos y cambios regulatorios que aumenten la eficiencia del gasto, lo que muchas veces viene asociado a la reducción de rentas. Básicamente, en todos estos escenarios, si bien las reformas redundarán en un mayor bienestar de la sociedad en su conjunto, habrá ganadores y perdedores, y estos últimos, en principio, se opondrán a los cambios.

Disponer de información de calidad y oportuna puede ayudar a superar bloqueos políticos que impidan las reformas.

Un problema central para las reformas de protección social es la dimensión de la economía política de las mismas. Especialmente en el caso de las pensiones, los beneficios tienden a verse solamente gradualmente y en el largo plazo, mientras que los potenciales costos políticos de hacer cambios que recorten la generosidad del sistema son percibidos inmediatamente por los afectados. Esto se ve agravado por el hecho de que, generalmente, los principales beneficiarios de reformas que aseguren la sostenibilidad financiera del sistema a largo plazo son los jóvenes, los niños y las generaciones aún no nacidas, mientras que quienes se encuentran en el mercado laboral son más sensibles a estos cambios y son, además, los electores actuales. Por ello, suele argumentarse que medidas como elevar la edad de retiro serán más difíciles de implementar en sociedades que envejecen. Por ejemplo, Bello y Galasso (2018), usando datos administrativos de circuitos electorales y encuestas de opinión en Suiza, encuentran evidencia de que el envejecimiento demográfico ha hecho más difícil aprobar reformas para incrementar la edad de jubilación dado el envejecimiento del votante promedio. Sin embargo, otros estudios enfatizan canales que pueden actuar en la dirección contraria. Por ejemplo, en un sistema de reparto que requiera un balance entre gastos e ingresos, el envejecimiento puede facilitar reformas que lleven a incrementos en la edad de retiro, ya que, en el equilibrio político, si los agentes deciden cambios en este aspecto y en las contribuciones sociales al mismo tiempo, el ajuste se dará, al menos en parte, vía una edad de jubilación mayor (Galasso y Profeta, 2007).²⁷

Existe una extensa literatura que analiza las razones políticas por las que las reformas estructurales, incluyendo las relacionadas con la protección social, pueden llegar a postergarse en el tiempo y a realizarse con mayor frecuencia en momentos de dificultades económicas —cuando al menos parte de los costos de la insostenibilidad comienzan a actuar (ver Alesina y Drazen, 1991; Drazen y Grilli, 1993; Sturzenegger y Tommasi, 1998)—. La resistencia a las reformas puede deberse en

27. Esto se debe a que el envejecimiento demográfico reduce el retorno del sistema de reparto por sus efectos negativos sobre la tasa de retorno mediante el menor crecimiento poblacional.

parte a un sesgo por el *status quo* que se genera cuando no se conocen con antelación y certeza los ganadores y perdedores de las reformas (Fernández y Rodrik, 1991). Esto indica que disponer de información de calidad y oportuna puede ayudar a cambiar las alianzas para llevar a cabo la reforma.

La evidencia empírica para América Latina en lo que refiere a reformas estructurales parece sugerir que las crisis efectivamente causan cambios en las políticas económicas (Lora y Olivera, 2004). Podría argumentarse que esta es una observación más bien tautológica, como lo hace, por ejemplo, Rodrik (1996). Sin embargo, se conoce poco sobre los mecanismos en términos de variaciones en los equilibrios políticos, peso de grupos de interés y otros aspectos que facilitan el cambio. El hecho de que los cambios se den en momentos de crisis puede afectar potencialmente la calidad de las reformas de protección social, así como su sostenibilidad en el tiempo, ya que no siempre se cuenta con un mandato claro, ni un análisis en profundidad, y no hay tiempo ni incentivos para la búsqueda de consensos amplios (OCDE, 2010a).

A continuación, se repasan algunos principios y experiencias valiosas para pensar en las reformas necesarias en los sistemas de protección social latinoamericanos, su viabilidad política y la calidad de las mismas.

Algunos principios para las reformas de la protección social

Cuantificar, medir y comunicar

Un primer ingrediente relevante para preparar el terreno para reformas de calidad se refiere a la información disponible sobre las proyecciones y los costos futuros asociados al envejecimiento. La experiencia internacional en el ámbito de la protección social muestra que las reformas basadas en un trabajo técnico sólido, que cuantifique los desafíos y los costos de la inacción, tienen más posibilidades de ser exitosas (OCDE, 2010a).

También es importante fortalecer y complementar los marcos fiscales de mediano plazo con una revisión periódica de las proyecciones de gastos e ingresos a largo plazo del sistema de protección social. Esto puede contribuir a elevar el horizonte de la política fiscal. La región ya tiene buenas experiencias propias para aprender y seguir avanzando. Por ejemplo, el informe anual de pasivos contingentes, que elabora el Ministerio de Hacienda de Chile, incluye una estimación de los gastos asociados al sistema de pensiones.²⁸ El informe del marco fiscal de mediano plazo en Colombia también presenta información relevante. Por ejemplo, incluye una estimación de la deuda implícita asociada al sistema de reparto, las garantías de pensiones mínimas y los programas de pensiones no contributivas (Colombia Mayor), la proyección del gasto en pensiones a cargo del Gobierno nacional a 10 años y cómo estas han cambiado con diferentes reformas y políticas aprobadas.²⁹

28. Ver, por ejemplo, el apartado IV en el Informe de pasivos contingentes de 2019, incluido en las referencias bibliográficas (Gómez, Huerta y Martínez, 2019).

29. Ver Ministerio de Hacienda y Crédito Público de la República de Colombia (2019).

A su vez, dicho informe también presenta elementos que discuten la sostenibilidad del Sistema de Seguridad Social Integral de Salud. En el caso de Perú, el Marco Macroeconómico Multianual 2020-2023 reporta las tendencias demográficas hasta el 2070, pero no hay proyecciones de gastos o ingresos asociados.³⁰

Más en general, los países de la región han avanzado al ir más allá del ciclo anual presupuestario y adoptar una visión estableciendo marcos fiscales de mediano plazo (generalmente entre 3 y 5 años). Además, han adoptado otros elementos relevantes, como la medición y el reporte sistemático de pasivos contingentes y gastos tributarios (OCDE, 2020b). En este sentido, para evitar el sesgo hacia el corto plazo en la política fiscal, que es un resultado natural del juego político, y favorecer reformas de calidad, puede ser de gran utilidad un reporte del estilo del que produce anualmente la Comisión Europea sobre los efectos del envejecimiento en las economías a largo plazo, tanto en lo que respecta al crecimiento potencial como a los gastos e ingresos de los sistemas de protección social.

Las reformas se facilitan si se comunica claramente su necesidad y se tiene un mandato claro y un liderazgo político del Gobierno

Una experiencia interesante para la construcción de consensos técnicos y el diálogo social son las comisiones asesoras, que tienen una larga tradición en varios países de la región. Un ejemplo es el de la reforma de Chile (2008), cuyos principales objetivos eran aumentar la suficiencia mediante la introducción de elementos solidarios al sistema de pensiones. Para ello, se implantó la pensión básica solidaria (pensión no contributiva) y el aporte previsional solidario, que complementa la pensión contributiva para las personas de menores ingresos (aproximadamente el 60 % de la población). También procuró disminuir la desigualdad de género mediante la introducción de un bono por hijo nacido para las mujeres. Las propuestas de reforma chilenas provinieron de un consejo asesor —llamado frecuentemente “la Comisión Marcel” por ser presidida por el antiguo director de presupuesto, Mario Marcel—, que estuvo integrado por expertos en temas de sistemas de pensiones. Dicha comisión técnica fue convocada por decreto del poder ejecutivo a comienzos de 2006 y tuvo un claro liderazgo de la Presidencia del Gobierno. La comisión trabajó durante un periodo de 4 meses, con sesiones intensas y una serie de audiencias con expertos y miembros de la sociedad. Las consultas resultaron en un informe extenso, con un diagnóstico y propuestas que fueron la base de varias de las decisiones que se implementaron posteriormente en la reforma integral del sistema de pensiones.³¹ El proceso de reforma contó con varios ingredientes que aseguraron su éxito. Primero, el trabajo del consejo fue técnicamente sólido y se produjo en consulta con las agrupaciones involucradas. Segundo, se consideraron aspectos amplios y sus interacciones (por ejemplo, el efecto de las pensiones no contributivas sobre los incentivos de participar en el mercado formal de trabajo). Tercero, el trabajo también incluyó proyecciones de impacto financiero de las propuestas.

Sin embargo, el trabajo técnico y el diálogo social por sí solos pueden ser poco efectivos para facilitar el cambio. Para ser efectivos, resulta importante comunicar claramente las necesidades de la reforma, tener un mandato claro y un liderazgo político del Gobierno que muestre la voluntad y el compromiso de actuar. Si bien es muy difícil encontrar evidencia causal de estos factores, el análisis de casos que

30. Ver, en particular, el apartado 7.3.2.2 del documento del Ministerio de Economía y Finanzas de Perú (2019) incluido en las referencias bibliográficas.

31. Para más información sobre la reforma, ver el documento del Consejo Asesor Presidencial de Chile para la Reforma Previsional (2006) incluido en las referencias.

concluyeron con éxito y fracaso indica que esos elementos aumentan considerablemente la probabilidad de implementar exitosamente las reformas estructurales (OCDE, 2010a). Estos aspectos estuvieron presentes en el proceso de reforma de Chile, pero también se aplican a otros países, como la reforma pensional de Brasil en 2019. En ambos casos, las reformas fueron anunciadas como prioridades de la política económica a comienzos del periodo y aprobadas en los primeros años de la gestión del Gobierno electo. De acuerdo a la evidencia sobre las reformas estructurales más en general, esta parece ser la estrategia más viable desde el punto de vista de la economía política (Alesina, Furceri, Ostry, Papageorgiou y Quinn, 2020).

Para la elaboración de este reporte, se realizó un experimento dentro de la Encuesta CAF (ECAAF) 2019 en 11 ciudades de la región cuyo objetivo era evaluar los efectos de la información sobre la predisposición de las personas a cambios en los sistemas de protección social. En particular, se eligieron aleatoriamente dos grupos dentro de los hogares entrevistados. El primer grupo (“tratados”) recibió información sobre la evolución y las proyecciones de la esperanza de vida en el país, mientras que el segundo grupo (“control”) no la recibió. Luego se preguntó a ambos grupos si estaban dispuestos a aumentar la edad de retiro, bajar el monto de las prestaciones, aumentar las tasas de aporte o apoyar una combinación de estas políticas a fin de mantener el equilibrio de las cuentas fiscales. Si la información era un elemento relevante, se esperaría que el grupo que recibió la información sobre el incremento en la esperanza de vida se mostrara más proclive a las reformas. El Cuadro 5.9 refleja la diferencia entre ambos grupos por ciudad para las diferentes opciones.

Cuadro 5.9

Diferencias en las respuestas sobre opciones de reforma al ser expuestos a información sobre la esperanza de vida en el país

Región	Opciones de reforma			
	1	2	3	4
América Latina	0,7	0,5	0,4	-1,7
Asunción	5,5**	-2,7	-0,1	-2,7
Bogotá	-0,1	-5,7	4,1	1,8
Buenos Aires	2,3	2,3	-4,4	-0,2
Ciudad de México	1,2	2,3	-0,1	3,4
Ciudad de Panamá	-6,8	5,3	4,3	-2,8
La Paz	5,2	5	-4,7	-5,4
Lima	-1,9	5,9**	-8,1*	4,1
Montevideo	-1,8	1,1	-1,2	2
Quito	2	1,8	-2,6	-1,2
San Pablo	-0,2	-9,9*	8,6	1,4
Santiago de Chile	2,7	0,4	9	-12,2**

Notas: Las cifras reflejan variaciones en puntos porcentuales de aplicar el tratamiento (tratados menos controles). La pregunta es ¿con cuál de las siguientes reformas estaría más de acuerdo para mantener el equilibrio en las cuentas fiscales?: 1) subir la edad mínima de jubilación; 2) disminuir el monto de las jubilaciones; 3) subir los aportes obligatorios para la seguridad social que hacen los trabajadores; y 4) una combinación de las anteriores. El tratamiento consiste en ofrecer la información siguiente: los datos oficiales muestran que en 1997 un habitante de su país vivía en promedio “X” años; en 2017, vivía en promedio “Y” años, y en 2030 vivirá “Z” años. La muestra incluye solo ocupados. La cifra para América Latina es el promedio simple de los países que se incluyen en la muestra. Los valores perdidos han sido descartados.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

La información sobre el incremento en la esperanza de vida tiene efectos diferentes en la región. En la mitad de los casos, se encuentra algún efecto significativo al brindar esta información. En promedio, la proporción de ocupados que favorecen la opción de aumentar la edad de jubilación sube levemente respecto al grupo de control, pero solamente es significativa en Asunción, mientras que en Ciudad de Panamá tiene el efecto contrario. En esta ciudad se opta más por bajar las prestaciones o aumentar las contribuciones, aunque ninguna de las dos respuestas resulta estadísticamente significativa. En cuanto a la opción de reducir las prestaciones, la información sobre el incremento de la esperanza de vida tiene un efecto positivo y significativo solamente en Lima (y negativo para la opción de incrementar las contribuciones), mientras que en San Pablo el efecto es al revés, reduciendo la predisposición a recortar las prestaciones y aumentando la preferencia por contribuciones más altas. Finalmente, en el caso de Santiago de Chile, la única opción donde hay una diferencia significativa es con respecto a usar una combinación de las tres medidas anteriores, opción que recoge menos preferencia del grupo de control. En contrapartida, aumenta especialmente la opción de incrementar las contribuciones a la seguridad social, aunque la diferencia no es significativa desde el punto de vista estadístico.

El Cuadro 5.10 muestra los resultados diferenciados por nivel de ingreso de las personas. Este análisis nos permite avanzar un poco más en algunas hipótesis sobre las preferencias de los trabajadores. En Asunción, la preferencia por un aumento en la edad mínima de retiro se da principalmente entre las personas de ingresos bajos. Una interpretación posible es que la informalidad es muy prevalente dentro de este grupo (ver Capítulo 2) y, por lo tanto, consideran que, de todas maneras, sus probabilidades de retiro son bajas o que, en todo caso, tendrán que trabajar más allá de la edad mínima de jubilación, como se documentó en el Capítulo 3.

En Bogotá, mientras que a nivel agregado no se encuentran efectos notables, al desagregar por niveles de ingreso, el experimento de información muestra que las personas de bajos ingresos prefieren significativamente menos una reducción de las prestaciones. Al mismo tiempo, las preferencias por un incremento en las contribuciones y por combinar varios instrumentos son mayores en este grupo que en el resto. Una interpretación consistente con este resultado es que las tasas de reemplazo para quienes no contribuyen durante toda su vida —probablemente por pasar por periodos de informalidad— son bastante bajas (ver Cuadro 3.5, pág. 187). En San Pablo, se da un efecto similar en las personas de ingresos bajos con respecto al nivel de las prestaciones, mientras que, en Buenos Aires, también se encuentran efectos significativos para ese grupo de personas. En particular, al conocer el incremento de la esperanza de vida, este grupo pasa a preferir significativamente menos un aumento de las contribuciones, en tanto que crecen las preferencias por las otras opciones. Esto parece coherente, tomando en cuenta que Argentina es el país con las contribuciones más altas en la región (ver Gráfico 5.9). También en Ciudad de Panamá los efectos se deben a las personas de bajos ingresos que prefieren no incrementar la edad mínima, pero optan por una reducción de las prestaciones. Un caso interesante es Montevideo, donde más información sobre la esperanza de vida mueve las preferencias de aumentar las contribuciones en direcciones contrarias para las personas de altos *versus* bajos ingresos. Finalmente, en Santiago de Chile, el efecto de la información sobre la esperanza de vida es estadísticamente significativo entre las personas de

altos ingresos, las cuales se inclinan más por un aumento de las contribuciones. Este resultado está en línea con el hecho de que las bajas tasas de reemplazo del sistema de capitalización chileno están asociadas con el reducido nivel de ahorro, que tiene una relación directa con las bajas tasas de aporte, particularmente de los empleadores. De hecho, la reforma presentada en noviembre de 2018 por el Gobierno apunta a incrementar esta tasa de aporte, entre otras medidas.

Cuadro 5.10

Resultados de la encuesta sobre opciones de reforma al ser expuestos a información sobre la esperanza de vida en el país por nivel de ingreso

Región	Nivel de ingresos	Opción 1		Opción 2		Opción 3		Opción 4	
		C	T	C	T	C	T	C	T
América Latina	Alto	13,3	14,1	10,0	10,6	25,2	27,7	51,4	47,6
	Bajo	14,7	14,9	11,5	12,2	31,1	29,1	42,7	43,8
Asunción	Alto	5,3	7,7	9,9	11,3	35,4	30,8	49,3	50,1
	Bajo	2,7	13,7**	14,4	9,3	33,9	41,7	49,0	35,4*
Bogotá	Alto	5,9	7,1	20,2	27,1	26,8	23,0	47,0	42,8
	Bajo	11,3	6,7	29,2	16,7**	22,9	31,6	36,6	45,0
Buenos Aires	Alto	18,9	14,7	4,8	6,5	33,5	35,1	42,8	43,7
	Bajo	15,7	20,9	2,4	6,4	43,3	26,6**	38,5	46,1
C. de México	Alto	17,6	20,5	9,9	15,3	19,9	11,8	52,6	52,4
	Bajo	19,4	16,6	12,9	9,8	28,9	32,3	38,8	41,3
C. de Panamá	Alto	10,2	7,5	22,8	15,2	17,0	26,7	50,1	50,6
	Bajo	19,8	6,5**	14,0	31,0**	10,8	10,4	55,4	52,1
La Paz	Alto	17,8	24,7	5,7	11,0	18,8	17,0	57,6	47,3
	Bajo	20,8	20,2	9,2	17,2	25,8	17,7	44,2	44,9
Lima	Alto	16,0	18,5	9,0	9,8	38,7	29,8	36,2	41,9
	Bajo	28,3	21,5	7,6	15,8	39,7	32,7	24,3	29,9
Montevideo	Alto	21,4	18,8	1,5	1,6	14,3	27,0**	62,8	52,6
	Bajo	12,8	12,8	2,5	4,9	33,9	22,5**	50,8	59,9
Quito	Alto	14,7	15,3	13,1	10,2	26,0	26,9	46,1	47,6
	Bajo	12,9	15,2	10,1	16,0	33,4	27,7	43,5	41,0
San Pablo	Alto	10,2	16,3	11,1	6,8	13,5	23,7	65,2	53,1
	Bajo	9,3	19,5	23,6	5,1*	20,0	22,3	47,2	53,1
Santiago de Chile	Alto	8,5	3,5	2,3	1,8	33,2	53,2**	56,0	41,5*
	Bajo	8,9	10,5	0,8	1,6	48,9	54,5	41,4	33,4

Notas: Las cifras reflejan el porcentaje de encuestados que seleccionaron cada opción, en cada grupo (control y tratamiento). La pregunta y el tratamiento son los mismos que en el Cuadro 5.9. La muestra incluye solo ocupados. Altos y bajos ingresos se definen con respecto al ingreso mediano de las personas que responden. (*) y (**) indican significación estadística de la diferencia entre el grupo de control (C) y el grupo de tratamiento (T) al 10 % y el 5 %, respectivamente. Los valores perdidos han sido descartados.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

En resumen, este análisis nos muestra que más información parece tener un impacto sobre las preferencias de las personas respecto a cómo resolver las consecuencias del envejecimiento para el sistema de pensiones. Sin embargo, estos cambios en las preferencias dependen del contexto de cada país y de la situación particular de los trabajadores, mostrando una razón clara por la que la economía política es tan relevante: la heterogeneidad de las preferencias al interior de la sociedad.

Gradualismo de las reformas y compensación a potenciales perdedores

Un aspecto clave para lograr la aprobación e implementación exitosa de las eventuales reformas es incorporar mecanismos de cambio graduales. Esto se debe a dos factores diferentes. Por un lado, factores netamente económicos generalmente requieren de transiciones relativamente suaves. Por otro lado, desde el punto de vista de la economía política, reducir la resistencia a los cambios propuestos muchas veces requiere introducir cambios graduales que no afecten a una parte significativa de la población, al menos en el corto plazo.

En cuanto a los aspectos económicos, las reformas que se hicieron sobre todo en la década de los 90, con la introducción de pilares de capitalización en los sistemas de pensiones, son un ejemplo claro de la necesidad de transición. El cambio de un sistema de reparto a uno de capitalización implica que las contribuciones de los trabajadores activos, en vez de financiar las pensiones de las personas retiradas, pasan a acumularse en los fondos de pensiones. Esto lleva a una caída en la recaudación y, por lo tanto, a un desequilibrio financiero transitorio. Por lo tanto, en general todos los países han establecido periodos de transición, aplicando el nuevo régimen a una proporción de las personas más jóvenes mientras que los trabajadores mayores se quedaban en el esquema anterior (aunque frecuentemente con algunos cambios paramétricos) para amortiguar el impacto fiscal de corto plazo.

También existen algunos ejemplos en la región en el área de salud y de cuidados que siguen una lógica similar. Por ejemplo, en 2006, Uruguay aprobó una reforma estructural del sistema sanitario que aumentaba la cobertura, su financiamiento y el sistema de pago por servicios de los proveedores de salud (ver Capítulo 4). La reforma implicaba un incremento importante de la cobertura, dado que se incluían los hijos dependientes y cónyuges de los trabajadores dependientes formales, así como los jubilados y pensionistas. Para poder acomodar el incremento en el gasto que implicaba la reforma y que no venía acompañado por un incremento en la misma magnitud de las contribuciones, se recurrió a un mecanismo de incorporación progresiva de diferentes colectivos durante un periodo de diez años. Inicialmente, se incorporaron los hijos dependientes menores de 18 años y los jubilados y pensionistas de bajos ingresos. A los dos años, se incorporaron los cónyuges y, paulatinamente, más personas jubiladas y pensionadas. Esto permitió un incremento de la cobertura de 750.000 personas en 2007 a 2,5 millones en 2018 y un aumento asociado de aproximadamente 3,5 puntos porcentuales del PIB en el gasto público en salud durante la década.³² En el caso de Chile, el Plan de Acceso

32. Una gran parte de este incremento en el gasto fue en sustitución del gasto privado en salud. En este sentido, mientras que en 2004, según estimaciones oficiales, el gasto total en salud ascendía al 8,6 % del PIB, en 2018 era del 9,5 % del PIB. En el mismo periodo, el gasto privado pasó del 5,4 % del PIB al 2,7 % del PIB (la mitad).

Universal de Garantías Explícitas (AUGE) centró la expansión de la cobertura principalmente en ampliar el conjunto de patologías cubiertas. Así, al inicio de 2006, se incorporaban 40 patologías que se fueron ampliando gradualmente hasta cubrir 85 enfermedades en 2019. Esto también ha permitido un incremento gradual en la cobertura y los costos asociados.

Desde el punto de vista político, la experiencia internacional muestra que una manera de reducir las resistencias a las reformas pensionales es excluir a quienes se encuentren ya retirados o relativamente cerca de jubilarse de la aplicación de las nuevas reglas (una mayor edad de retiro, menores tasas de reemplazo, cambios en los cálculos de los haberes pensionales, etc.). Esas personas difícilmente podrían tomar decisiones en un corto plazo que eviten el impacto negativo que tendrían reformas de este tipo sobre sus ingresos. Por lo tanto, desde un punto de vista de la equidad y de no cambiar las reglas de juego, suele ser apropiado introducir gradualmente la aplicación de reformas de este tipo (Jousten, 2007).³³

La falta de compensación a los potenciales perdedores puede generar presiones para evitar las reformas, pero, incluso si se aprueban, pueden persistir tensiones que amenacen la sostenibilidad de las reformas en el tiempo. Un ejemplo de esto son los llamados “cincuentones” en Uruguay. Este grupo de personas —que tenía un poco menos de cuarenta años cuando se creó el sistema mixto de pensiones en 1995— se veía claramente perjudicado por la reforma, porque entraba en el régimen nuevo y, a diferencia de las cohortes más jóvenes, que iban a tener gran parte de su vida activa para acumular y capitalizar sus aportes en el pilar de capitalización, dispondría de menos tiempo para juntar ahorros que compensaran los cambios introducidos. Si bien existía una forma técnica de compensarlos —por ejemplo, depositando el valor capitalizado de las contribuciones equivalentes hechas hasta el momento—, no se hizo cuando se llevó a cabo la reforma. Esto generó al final una reversión parcial del sistema para este grupo de personas, que probablemente fue más costosa que solucionar el problema mediante una compensación de entrada.

La falta de compensación a los potenciales perdedores puede evitar las reformas y, si estas se aprueban, pueden amenazar su sostenibilidad en el tiempo.

Visión sistémica de políticas e instrumentos

Una estrategia para lograr reformas exitosas es adoptar una visión amplia de las políticas y agrupar medidas que permitan tomar en cuenta diferentes dimensiones del sistema de protección social. Esto puede tener una doble motivación. Por un lado, hay argumentos técnicos, como las interacciones y efectos sobre otras áreas de política que ameritan proceder de esta manera, como se discute en el subapartado siguiente. Por otro lado, hay argumentos políticos, ya que una estrategia de reforma de este tipo permite crear una mayoría sólida de ganadores y reducir el poder de veto de los grupos afectados.

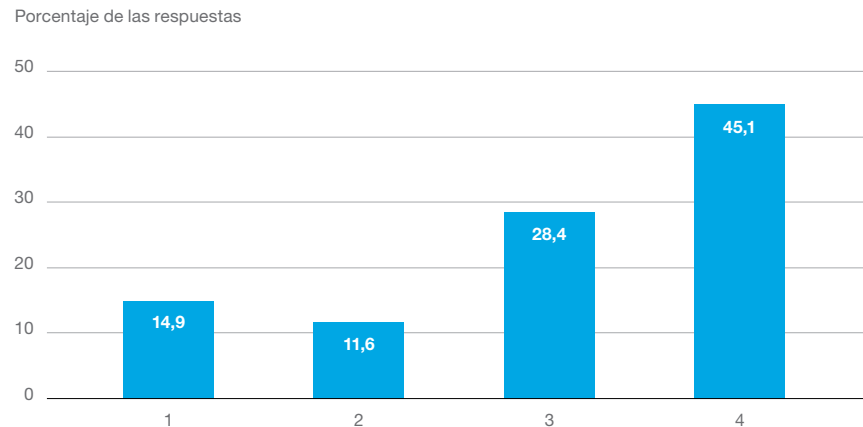
Las preferencias de las personas encuestadas en la ECAF 2019 claramente parecen favorecer una estrategia de este tipo. El Gráfico 5.14 muestra que más del 45 % de las personas entrevistadas en la ECAF prefieren reformas

33. En muchos países de la región, desde el punto de vista jurídico, se argumenta con frecuencia que existen derechos adquiridos que se violarían con un cambio de las reglas muy abrupto. Más allá de ser un punto discutible, los cambios pueden generar incertidumbres fiscales por potenciales juicios y fallos en este sentido.

que combinen cambios a la edad de retiro, el nivel de las prestaciones y las tasas de contribución, a cualquier opción exclusiva. Como se mostró, existen varios casos donde las preferencias en cuanto a estos instrumentos difieren por niveles de ingreso. Por lo tanto, una combinación de los mismos probablemente lograría convencer a más personas que una sola opción que enfatiza intereses contrapuestos.

Gráfico 5.14

Preferencias en América Latina sobre cómo resolver los desafíos financieros para los sistemas de pensiones derivados del envejecimiento



Notas: Se muestra el promedio simple de respuestas obtenidas en 11 ciudades de América Latina. La pregunta formulada es ¿con qué opción estaría más de acuerdo para mantener el equilibrio de las cuentas fiscales? Cada columna representa una opción: 1) subir la edad mínima de jubilación; 2) disminuir el monto de las jubilaciones; 3) subir los aportes obligatorios para la seguridad social que hacen los trabajadores; 4) una combinación de las anteriores. Los valores perdidos han sido descartados.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

Según la ECAF, la mayoría de las personas prefieren reformas que combinen cambios a la edad de retiro, al nivel de prestaciones y a las tasas de contribución, a cualquier opción exclusiva.

Una fórmula usada frecuentemente en las reformas de la seguridad social es combinar elementos que financian aspectos de la ampliación de la cobertura o mejoras en la suficiencia. Por ejemplo, crear una prestación mínima no contributiva, con elementos que refuerzan la sostenibilidad financiera del sistema. Esto implica que, por un lado, se brinda a las personas una ampliación de los elementos de seguridad frente a la pobreza en la vejez y, por otro, se logra reducir la generosidad en algunos aspectos no prioritarios del sistema para mejorar la equidad.

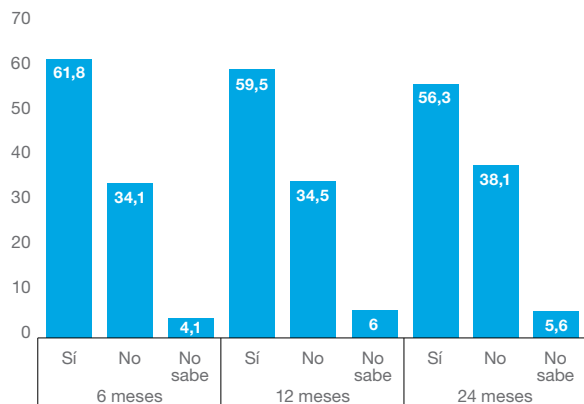
¿Qué otros instrumentos para estos fines pueden influir en el éxito de las reformas? El Gráfico 5.15 muestra, por ejemplo, que en promedio la gente en la región opta mayoritariamente por financiar una pensión mínima mediante un incremento en la edad de retiro, mientras que es bastante menos favorable, y mucho más elástica, a financiarla con un incremento en las tasas de contribución. Ya sea por razones racionales desde el punto de vista económico o percepciones fundadas en la economía del comportamiento, resulta entonces importante prestar también atención a estos aspectos.

Gráfico 5.15

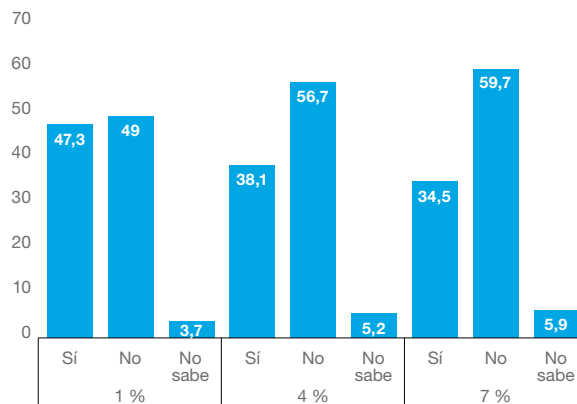
Preferencias en América Latina sobre cómo financiar una pensión mínima universal

Panel A. Opción incremento de la edad de retiro

Porcentaje de respuestas

**Panel B. Opción incremento de la tasa de contribución**

Porcentaje de respuestas



Notas: Se muestra el promedio simple de respuestas obtenidas en 11 ciudades de América Latina. La encuesta pide a las personas consultadas imaginar que la administración pública quiere implementar una reforma que garantice una pensión mínima equivalente a una canasta básica por mes, a partir de ahora, para todos los adultos mayores. El panel A muestra la preferencia de encuestados que responde afirmativamente a la pregunta ¿estaría usted dispuesto a jubilarse “X” meses más tarde como parte de esta reforma, si es que esto no implica una disminución en el monto de su propia jubilación?. El panel B muestra la preferencia de encuestados que responde afirmativamente a la pregunta ¿estaría dispuesto a que, a partir de ahora, le descuenten “Y” como parte de esta reforma, si esto no implica una disminución en el monto de su propia jubilación?. La muestra incluye solo a personas que esperan recibir una pensión en el futuro. Los valores perdidos han sido descartados.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ECAF 2019 (CAF, 2020).

Otra área donde los instrumentos son importantes es la de los mecanismos que contribuyen a asegurar la sostenibilidad, evitan que errores en las proyecciones demográficas u otros parámetros clave generen desequilibrios financieros y contribuyen a reducir los riesgos a que reformas paramétricas se posterguen de manera recurrente. Además, atar las transferencias intergeneracionales a factores demográficos es útil no solo por razones fiscales, sino también desde el punto de vista de la distribución social del riesgo. Por ejemplo, Green (1988) señala que cambios inesperados, alrededor de la tendencia, en la tasa de fecundidad introducen volatilidad en los salarios reales y en el retorno de los ahorros para la vejez. Como estos choques afectan en sentido opuesto a las diferentes generaciones, habría incentivos, bajo el velo de la ignorancia, para compartir el riesgo entre generaciones. El mercado no es capaz de diversificar este riesgo; pero sí lo es un esquema de transferencias intergeneracionales dependiente del tamaño de la población. Esto implicaría vincular el monto de las pensiones (y de los impuestos para financiarlas) a los choques demográficos. Esto ha llevado a algunos países a, por ejemplo, indexar la edad de retiro según la esperanza de vida. Sin embargo, esto puede generar inequidades y problemas de suficiencia, especialmente en sistemas de capitalización que usan tablas de mortalidad promedio debido a las diferencias en la esperanza de vida entre personas con diferentes niveles de ingreso (OCDE, 2018c). Por ejemplo, en el caso de Chile, la evidencia empírica muestra que los trabajadores de ingresos bajos tienen una esperanza de vida al

momento de jubilarse al menos 3 años inferior a la de los trabajadores de ingresos altos (Edwards, Soto y Zurita, 2020). En este sentido, los países de la región deberían evaluar cuidadosamente estas desigualdades antes de implementar mecanismos de este tipo.

Potenciales conflictos entre la protección social y la eficiencia

En principio, los sistemas de protección social contribuyen a la eficiencia económica mediante la provisión de aseguramiento frente a riesgos para los cuales los mecanismos puros de mercado generalmente no dan soluciones suficientes. Sin embargo, frecuentemente se alcanzan soluciones de compromiso entre las políticas públicas que aspiran a brindar más cobertura o suficiencia de las prestaciones de protección social y otras políticas que tienen como objetivo ofrecer incentivos para incrementar la eficiencia y la productividad de la economía. En particular, los sistemas de salud pública no contributivos y los esquemas de pensiones no contributivos, que tienen generalmente un efecto positivo sobre el bienestar social, particularmente para los trabajadores informales y vulnerables, pueden generar incentivos para que estos trabajadores permanezcan en el sector informal, lo que lleva a niveles más bajos de productividad y del producto de la economía (CAF, 2018). Por ejemplo, la evidencia muestra que los programas de salud pública no contributivos de la región han tenido un impacto positivo no solamente sobre los niveles de cobertura, sino también sobre algunos resultados relevantes en la salud de la población beneficiaria, como la mortalidad infantil, más allá de si son costo-eficientes o no. Al mismo tiempo, la coexistencia de sistemas contributivos que se financian con aportes vinculados a los ingresos salariales y otros aspectos de estos programas también tienden a contribuir a que la informalidad aumente, ya que los trabajadores pueden recibir beneficios sin cotizar al sistema (ver Capítulos 2 y 4).

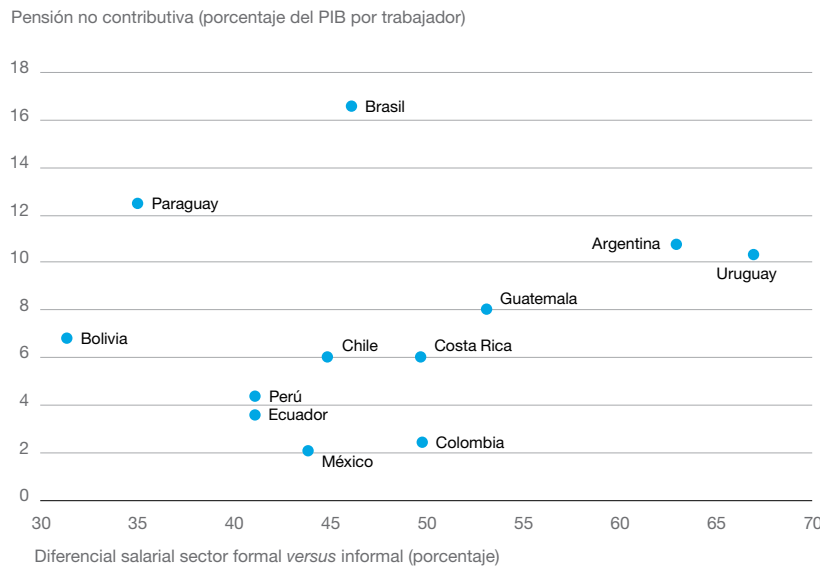
En este sentido, los hacedores de políticas muchas veces se debaten entre aumentar el bienestar social hoy —mediante programas de protección social de salud y de pensiones— y crear incentivos que estimulen a las personas a aportar más a los pilares contributivos y salir de la informalidad. Mayores aportes derivados de una mayor formalidad laboral aumentarían también los recursos económicos disponibles en el futuro para ampliar y perfeccionar el sistema de protección social. Si bien generalmente no es posible eliminar por completo estas concesiones, el diseño de la política pública debería tomar en cuenta estos efectos para poder evaluarlos, comprender las magnitudes y apuntar a minimizar los efectos colaterales no deseados. Esto implica que no existe una solución óptima única para todos los países de la región, sino que hay que tomar en cuenta el punto de partida de la reforma (con mediciones de las dimensiones más significativas) y evaluar cómo cambia el bienestar, el comportamiento de los agentes y las finanzas públicas para diferentes diseños de políticas.

Así, por ejemplo, en los países donde la brecha de ingresos entre el sector formal e informal es grande, los esquemas no contributivos de protección social pueden ser más generosos. La intuición detrás de esta idea es que, al ser la productividad en el sector formal considerablemente más alta que en el informal, ese diferencial se observa también en las remuneraciones, por lo que los beneficios de estar en

el sector formal son altos. En esta situación, brindar cierto acceso a servicios de protección social universales o no contributivos no crearía demasiados incentivos para permanecer o moverse hacia la informalidad.³⁴ De hecho, en la región se da una relación relativamente estrecha, por ejemplo, entre el valor relativo de las pensiones no contributivas con relación a la productividad laboral (PIB por trabajador) y el premio salarial de trabajar en el sector formal en comparación al sector informal, tomando en cuenta características observables como el género y el nivel educativo alcanzado (ver Gráfico 5.16). Esto sugiere que, en promedio, la existencia de estos esquemas no contributivos de protección social no estaría generando grandes distorsiones, aunque existen excepciones importantes en los casos de Bolivia, Brasil y Paraguay. En estos tres países, parece claro que las prestaciones de pensiones no contributivas son altas con relación a la productividad media del trabajo, tomando en cuenta además que son economías donde trabajar en el sector formal no reporta ingresos muy superiores a los del sector informal.

Gráfico 5.16

Relación entre pensión no contributiva relativa a la productividad laboral y el premio salarial a la formalidad



Notas: Los premios salariales a la formalidad se estiman mediante una de regresión que toma el logaritmo de los ingresos laborales como variable dependiente, e indican cuánto mayor es, en porcentaje, el ingreso de un trabajador formal respecto de uno informal. La especificación de cada regresión incorpora los siguientes controles por características personales: tres niveles de educación, género y grupo etario. El universo de la regresión son todos los trabajadores dependientes empleados en el sector privado. Las regresiones son estimadas por separado para cada país agrupando todas las olas de las encuestas de hogares por país procesadas por CEDLAS (2020) entre los años 2005 y 2018 (según país). Los coeficientes reportados asociados al premio salariales a la formalidad por país son significativos al 1 % de significancia estadística.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de CEDLAS (2020), Pension Watch (2020) y Penn World Table 9.1 (Feenstra, Inklaar y Timmer, 2015).

34. La pérdida de eficiencia, medida por la diferencia entre los niveles de productividad en los sectores formales e informales, obviamente debería estar reflejada en los diferenciales de salarios.

Diversos estudios proveen evidencia más rigurosa sobre el impacto de los programas de salud no contributivos, evaluando sus consecuencias no solo en aspectos referidos al bienestar de la población beneficiaria, sino también a sus efectos sobre la eficiencia y la productividad de la economía. Entre esos programas (que se extienden más allá de la etapa laboral de las personas), se puede citar el Programa de Salud de Familia (PSF) de Brasil, creado a mediados de los años 90 y ampliado a partir de 1998 a muchas municipalidades del país. Este programa tuvo impactos significativos tanto sobre el bienestar social como sobre la informalidad. Conti, Ginja y Narita (2019) encuentran que el valor social del PSF es casi el doble de su costo. Por lo tanto, el bienestar social aumenta en casi el 12 %. Incluso cuando se considera el gasto del Gobierno necesario para proveer el servicio y su financiamiento, el incremento del bienestar es de casi el 5 %. Al mismo tiempo, como los trabajadores informales ahora tienen acceso al seguro de salud no contributivo, se reduce el incentivo a entrar en el sector formal y más trabajadores pasan a la informalidad. Las simulaciones muestran que, a pesar de que los salarios en el sector informal caen, por la mayor cantidad de personas que ofrecen trabajar allí, el seguro de salud más que compensa ese efecto. Por lo tanto, la introducción del PSF llevó a que la informalidad aumentara, particularmente entre los hogares con bajos niveles de educación, entre el 8 % (4,2 puntos porcentuales) y el 10 % (5,8 puntos porcentuales) tomando en cuenta el incremento de impuestos necesario para financiar del gasto asociado al programa.

México es otro país con un programa grande de salud pública no contributivo, el Seguro Popular (SP), que ha sido estudiado en profundidad. En términos de resultados de salud de la población cubierta, el SP tuvo una incidencia positiva en la reducción de la mortalidad infantil, la reducción en el gasto de bolsillo de algunos tratamientos, así como la reducción del riesgo de abortos espontáneos (ver Capítulo 4). Por ejemplo, Conti y Ginja (2017) encuentran que el SP permitió reducir en el 84 % la diferencia en la mortalidad infantil entre las municipalidades pobres y ricas. Sin embargo, el programa ha tenido efectos negativos sobre la formalidad laboral. Bosch y Campos-Vazquez (2014) encuentran que el SP llevó a una reducción de los puestos de trabajo formales en México. Por su parte, Conti *et al.* (2019) señalan que, si bien el Seguro Popular en México favoreció un incremento marginal en el bienestar para los hogares con poca educación, una vez que se toma en cuenta que el gasto adicional tiene que ser financiado con mayores impuestos, el bienestar agregado cae en casi el 5 %. Al mismo tiempo, la informalidad en este segmento de la población aumenta levemente.³⁵

Los programas de pensiones no contributivas son otro conjunto de programas de protección social que pueden tener efectos sobre la oferta laboral y la formalidad. Estos efectos se deben a que el objetivo de política generalmente es brindar un cierto nivel mínimo de ingreso a los trabajadores mayores que pasaron gran parte de su vida laboral en el sector informal y que por ello no cumplirán con las exigencias en términos de años de aportes a una edad razonable. Para estos trabajadores, una prestación no contributiva mejoraría su bienestar al proteger

35. Una pregunta importante que aún no ha sido contestada de manera satisfactoria, debido a la complejidad metodológica que implica, es si los efectos sobre la formalidad laboral de este tipo de programas causan una caída en la productividad total de factores, ya sea mediante una mayor distorsión en la asignación de trabajadores entre empresas con diferentes niveles de productividad o mediante menores incentivos para la acumulación de capital humano específico (CAF, 2018).

parcialmente sus ingresos en la vejez. La evidencia de varios países de la región que han introducido y ampliado las pensiones no contributivas muestra que son un instrumento efectivo para reducir la pobreza de los adultos mayores (Bosch, Melguizo y Pagés, 2013).

Al mismo tiempo, la propia existencia de una pensión no contributiva puede tener varios efectos colaterales indeseados en el mercado laboral.³⁶ Por ejemplo, la evidencia para países desarrollados muestra que una reforma que retarde tres años la edad de elegibilidad para beneficiarse de este tipo de apoyo aumentaría la participación laboral de los hombres adultos entre 56 y 65 años de manera significativa (Gruber y Wise, 1999 y 2004). En la región, la evidencia empírica muestra que el acceso a una pensión no contributiva tiene un efecto negativo sobre la oferta de trabajo de los beneficiarios, es decir que una proporción de los adultos mayores deja de trabajar y esto incide negativamente en la productividad, el crecimiento de la economía y la sostenibilidad financiera de los sistemas de protección social. Los efectos que se encuentran en la literatura son económicamente significativos. Un estudio reciente de la CEPAL, que revisa la literatura empírica para la región, concluye que casi el 70 % de los estudios que evalúan el impacto de diferentes programas de pensiones no contributivas observan un efecto negativo y significativo sobre la oferta laboral de los adultos mayores, especialmente las mujeres (Abramo, Cecchini y Morales, 2019).

Un ejemplo de lo anterior es Argentina. La ampliación de la cobertura de pensiones en este país mediante la aplicación de la “moratoria” a mediados de 2000, por la que se relajaron las condiciones de años de aportes para acceder a una pensión, llevó a una caída estimada en el empleo de hombres y mujeres en las franjas etarias beneficiarias o cercanas en edad a la de los beneficiarios de 5 puntos porcentuales. A su vez, también se dio un incremento en el número de trabajadores informales que recibían una pensión, lo que refleja que muchos continuaron trabajando más allá de la edad máxima (Bosch y Guajardo, 2012). Estudios empíricos para programas en Bolivia, Brasil y México encuentran incluso una reducción de la participación laboral de más de 10 puntos porcentuales en la población beneficiaria (ver Hernani-Limarino y Mena, 2015; de Carvalho Filho, 2008; y Juárez y Pfütze, 2015).

Otro potencial efecto colateral negativo podría darse si los trabajadores más jóvenes se anticiparan y, tomando en cuenta la posibilidad de acceder a una prestación no contributiva, optaran por reducir su oferta laboral o pasarse al sector informal. También podría suceder que un adulto mayor dentro del hogar reciba una pensión no contributiva y esto tenga efecto sobre el comportamiento laboral de otros miembros del hogar. La evidencia empírica sobre este canal es menos clara, probablemente porque, a diferencia de los esquemas de salud no contributivos, que representan un beneficio inmediato, el retiro para mucha gente es algo lejano y difícil de abordar debido a las incertidumbres y complejidades que involucra. Para el caso de Bolivia y México, no parecen existir efectos sobre la oferta laboral de otros miembros del hogar ni efectos de anticipación (Hernani-Limarino y Mena,

36. Claramente, un objetivo de estas políticas es que los adultos mayores beneficiarios puedan retirarse de la fuerza de trabajo sin caídas abruptas en su capacidad de consumo y bienestar. Sin embargo, las políticas deberían apuntar a que las personas sanas en condiciones de trabajar se mantengan activas en el sistema contributivo y que así puedan acceder a una prestación mayor en el futuro. Igualmente, no sería deseable que trabajadores que están cerca de cumplir los requisitos para beneficiarse de una jubilación del sistema formal se pasen a la informalidad porque cuentan con una prestación que no depende de haber contribuido.

2015; y Galiani, Gertler y Bando, 2016). Por otro lado, Pfitze y Rodríguez-Castelán (2019) encuentran que los hombres en edad de trabajar en Colombia aumentan su oferta de trabajo si hay un receptor del programa Colombia Mayor en el hogar. Al mismo tiempo, existe evidencia de que las pensiones no contributivas pueden ayudar a la disminución del trabajo infantil (Abramo *et al.*, 2019).

En resumen, los programas de pensiones no contributivas tienen un efecto importante en la reducción de la vulnerabilidad de los adultos mayores y muchas veces también efectos positivos sobre los otros miembros del hogar.³⁷ Al mismo tiempo, pueden existir efectos colaterales negativos, tales como incentivar el retiro de personas con capacidad de trabajar y generar una prestación contributiva mayor en el futuro. De forma similar, aunque estas personas no salgan del mercado laboral formal, pueden perder los incentivos para continuar contribuyendo y, por lo tanto, terminar en el mercado laboral informal.

Un aspecto adicional tiene que ver con la calidad de los instrumentos de protección vinculados al empleo formal, ya que, en principio, hace más atractivo este tipo de trabajo y con ello puede no solo reducir la informalidad, sino también incrementar la oferta de trabajo. Por ejemplo, en Uruguay, la expansión de beneficios de salud vinculados a empleos formales incentivó el empleo formal en mayor medida, incrementando la participación laboral (Bergolo y Cruces, 2014).

Al mismo tiempo, la forma de financiar las prestaciones de seguridad social puede tener un efecto sobre el mercado laboral. Así, es conocido que los impuestos al trabajo pueden desincentivar la oferta laboral y en los países en desarrollo promover la informalidad. Por ejemplo, Fernández y Villar (2016) estudian la reducción de aportes patronales a la seguridad social del 29,5 % al 16 % que tuvo lugar en Colombia en 2012 y encuentran que esta medida redujo la informalidad en alrededor de 5 puntos porcentuales. Incluso las contribuciones a fondos de pensiones, que representan una forma de ahorro para el trabajador, pueden ser interpretadas como un impuesto implícito al trabajo en los casos en que el retorno de este ahorro sea significativamente menor que el retorno de capital.³⁸

La discusión en este apartado mostró la complejidad de brindar protección social en economías con alta informalidad, así como la importancia de diseñar políticas sociales que tomen en cuenta el conjunto de aspectos de la protección social que brindan. Por ejemplo, si un seguro de salud público no contributivo incentiva a una fracción importante de las personas con calificación baja y media que entran al mercado laboral a trabajar de manera informal, ese trabajador no tendrá cobertura para riesgos como los accidentes de trabajo, la invalidez o la muerte, aunque sí esté cubierto en materia de salud. Sus ingresos serán más bajos, dada la menor productividad laboral en la actividad informal y las escasas oportunidades para adquirir competencias en el puesto de trabajo. Tampoco va a generar los derechos a obtener una pensión contributiva, con lo que frecuentemente

37. Galiani *et al.* (2016) muestran, por ejemplo, incrementos importantes en la salud mental de los adultos mayores que acceden a este tipo de programas. Al mismo tiempo, muestran evidencia de que el trabajo remunerado de los adultos mayores es sustituido por trabajo no remunerado dentro del hogar.

38. Feldstein (1996) estima que, para Estados Unidos, desde 1960 hasta mediados de la década de los 90, el retorno de la contribución a la seguridad social era alrededor del 2,6 %, mientras que el retorno del capital se encontraba en torno al 9,3 %. La pérdida de eficiencia vinculada a este impuesto implícito, según cálculos del autor, pudo haber estado alrededor de 1 % del PIB en el periodo de análisis.

estará expuesto al riesgo de caer en la pobreza en la vejez. Así, a la hora de diseñar programas específicos para ampliar la cobertura en una dimensión, hay que tomar en cuenta los incentivos que se generan en el mercado laboral y a largo plazo. Tal como se desprende de la evidencia empírica, aspectos como la forma de financiar el sistema contributivo *versus* el no contributivo y los beneficios o la calidad de cada una de las coberturas que brindan son aspectos importantes a tomar en cuenta.

Un buen diseño del sistema de protección social puede lograr una mayor cobertura o aumentar la suficiencia de algunas prestaciones y minimizar las concesiones en términos de productividad. Por el contrario, un sistema de programas fragmentados, sin un análisis previo de los incentivos que genera, puede llevar a que la mejora en el corto plazo sobre el bienestar social sea más limitada. También puede hacer que se erosione la capacidad de las personas y la economía en su conjunto de lograr niveles de ingresos más elevados que permitan reducir la vulnerabilidad social en el largo plazo y generar los recursos para mantener y expandir la red de protección social en el contexto de envejecimiento poblacional que enfrentan los países de la región a futuro.

Un buen diseño del sistema apunta a lograr una mayor cobertura o suficiencia de las prestaciones minimizando las pérdidas de productividad.

Las capacidades del Estado y otros elementos relevantes

Las instituciones y las capacidades del Estado condicionan de manera significativa los resultados de las políticas públicas, restringiendo el conjunto de políticas que pueden ser implementadas de manera efectiva. En principio, esto sucede en todas las áreas de políticas y, por lo tanto, la seguridad social también está sujeta a esas restricciones.

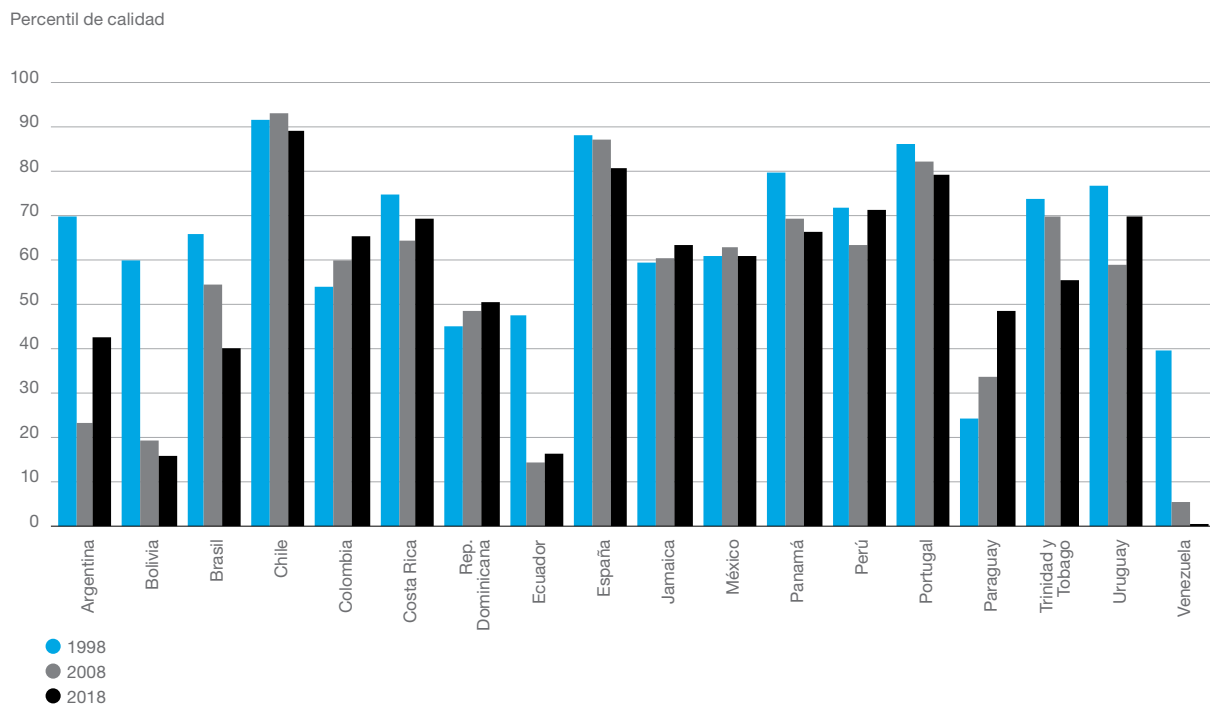
En particular, existen razones para pensar que las capacidades estatales en el área de las políticas de protección social son un elemento crítico para lograr una mayor efectividad de las mismas. El mercado de servicios de salud se caracteriza por grandes asimetrías de información —sobre los costos, la calidad del servicio y la propia necesidad de algunos tratamientos— entre los proveedores y los reguladores, y los usuarios. Al mismo tiempo, el mercado de fondos de pensiones se caracteriza por costos fijos significativos y economías de escala. A su vez, la literatura de la economía del comportamiento muestra que hay una gran inercia en la demanda, lo que da poder de mercado a los proveedores de salud, seguros y fondos de pensiones (Impavido, Lasagabaster y García-Huitrón, 2010). Finalmente, el impacto de las políticas de seguridad social, y más ampliamente el diseño de los beneficios no contributivos, dependen de la calidad de la información disponible para el Gobierno y los agentes que deben tomar decisiones a largo plazo sobre temas que involucran muchas veces análisis complejos.

La calidad de la política regulatoria es relevante para una regulación efectiva de los proveedores de servicios de salud, los fondos de pensiones y las compañías aseguradoras (tanto para el mercado de seguros de salud, como reaseguradoras para productos como las rentas vitalicias). En este sentido, la capacidad del sector público para regular estos mercados muy probablemente tenga un impacto significativo en los resultados de las políticas. Dado que lamentablemente no existe información comparable en términos de capacidades de regulación específicamente referidos a la protección social, a continuación se presenta un

indicador general, el índice de calidad regulatoria del Banco Mundial (2019b), para los países de la región, además de España y Portugal (ver Gráfico 5.17). Con la excepción de Chile, que se ubica aproximadamente en el percentil 90 entre los 214 países y territorios analizados, la calidad regulatoria en la región se encuentra lejos de las mejores prácticas, ubicándose más bien a mitad de la clasificación. A su vez, solamente Colombia y Paraguay, muestran mejoras sustantivas en el tiempo, mientras que un conjunto amplio de países más bien manifiesta un retroceso en la calidad regulatoria.³⁹

Gráfico 5.17

Clasificación en el índice de calidad regulatoria por año



Notas: El percentil de 0 corresponde a baja calidad; 100 indica máxima calidad.

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial (2019b).

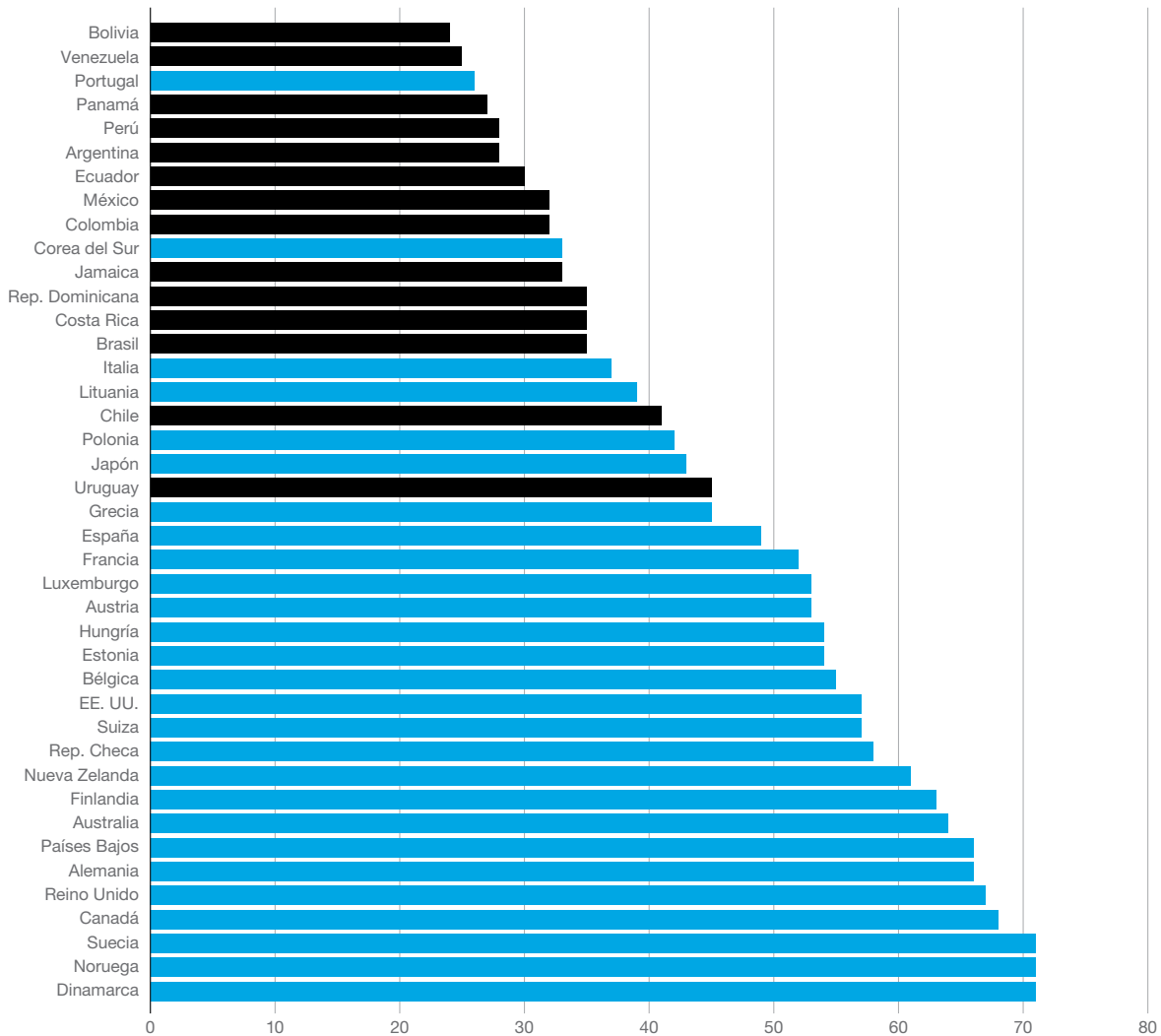
Anteriormente, en este capítulo se presentó evidencia de que existen importantes márgenes para aumentar la eficiencia del gasto en salud en la mayoría de los países latinoamericanos. Para lograr reformas que incrementen la eficiencia y permitan mantener o expandir la cobertura, así como atender al menos parte de las presiones sobre el gasto derivadas del envejecimiento, resultan claves

39. Esta caída no se da solamente en términos relativos al resto de los países, sino también en el valor absoluto del índice.

dos elementos que se fortalecen mutuamente. Por un lado, se requiere un fortalecimiento de la capacidad regulatoria sectorial del Estado. Por otro lado, se necesitan más y mejores datos sobre los costos de los tratamientos y los gastos del sistema. En este sentido, reformas que mejoren la capacidad regulatoria deberían venir acompañadas de mejoras en los sistemas de información (ver Capítulo 4).

Gráfico 5.18

Índice de alfabetización financiera



Notas: El índice representa el porcentaje de la población adulta que tiene conocimientos suficientes sobre 3 de los siguientes 4 conceptos: diversificación de riesgos, inflación, tasas de interés e interés compuesto.

Fuente: Elaboración propia con base en Klapper, Lusardi y van Oudheusden (2016).

Finalmente, el grado de alfabetización financiera —como se denominan habitualmente a las capacidades para comprender aspectos económicos y financieros que permiten a los hogares tomar decisiones sobre ahorro e inversión— es un factor condicionante muy relevante a la hora de diseñar y prever el impacto de las políticas de protección social. La literatura empírica en general encuentra que las personas con mejores conocimientos financieros toman mejores decisiones sobre su participación en planes de ahorro para la vejez y, más en general, sobre los riesgos financieros asociados a su envejecimiento. Lusardi y Mitchell (2007) encuentran que las personas de Estados Unidos con conocimientos financieros planifican mejor sus ahorros y planean su vejez. Fornero y Monticone (2011) llegan a conclusiones parecidas para Italia respecto a la probabilidad de participar en planes de pensiones voluntarios, y Almenberg y Säve-Söderbergh (2011), en cuanto a los intentos de planificar y diversificar riesgos en Suecia.

En América Latina, hay evidencia similar para Chile, aunque los niveles de alfabetización financiera encontrados son sensiblemente menores que los niveles de los países más desarrollados. Garabato Moure (2016) encuentra que solamente el 47 % de la población entiende el concepto de interés compuesto y tan solamente el 18 % entiende los efectos de la inflación.

El Gráfico 5.18 muestra un índice de alfabetización financiera frecuentemente usado. Lo que queda claro de este indicador es que los países de la región, en general, presentan bajos niveles de entendimiento de los instrumentos financieros relevantes para el ahorro previsional y la planificación para mitigar los riesgos financieros. Al mismo tiempo, la evidencia muestra que estas habilidades no están distribuidas uniformemente entre la población. Un estudio reciente de CAF para Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú encuentra que las personas con un nivel educativo bajo, las que viven en zonas rurales, los jóvenes y los adultos mayores son los grupos con menos capacidades financieras y que menos ahorran (Mejía y Rodríguez, 2016). Esto implica que probablemente sea importante secuenciar bien las reformas. Si se quiere evitar resultados indeseables, es preciso expandir las capacidades financieras de la población antes de introducir políticas que se basen mucho en la toma de decisiones de los individuos, por ejemplo, sobre los instrumentos financieros para gestionar sus ahorros previsionales.

Claves para asegurar la sostenibilidad financiera de los sistemas de protección social

- 1** El envejecimiento poblacional, junto con los bajos niveles de cobertura y la insuficiencia de las prestaciones, pondrá una presión creciente sobre la sostenibilidad financiera de la gran mayoría de los sistemas de protección social de América Latina. Si bien hay mucha heterogeneidad dentro de la región, todos los países enfrentarán retos importantes para conseguir que sus sistemas de pensiones y salud brinden más y mejor cobertura de una manera fiscalmente sostenible.
- 2** Las presiones financieras ligadas al envejecimiento se ven agravadas por tres hechos. Primero, el cambio demográfico se dará a una velocidad considerable, por lo que la ventana de tiempo para aprovechar el bono demográfico y preparar los sistemas de protección social es menor que en países que ya pasaron por esta experiencia. Segundo, en muchos casos ya se parte de una situación deficitaria, por lo que, además de enfrentar las tendencias de largo plazo, varios países necesitan también reducir los desequilibrios financieros de sus sistemas de protección social en el futuro más cercano. Tercero, la crisis económica de la COVID-19 dejará a los Estados latinoamericanos con mayores niveles de deuda y déficits fiscales, en un momento en que existen muchas urgencias en materia de gasto público para paliar los efectos sociales de la pandemia.
- 3** El espacio existente en cada país para acomodar los efectos fiscales del envejecimiento es heterogéneo puesto que las situaciones de partida son diferentes dentro de la región. En algunos países la prioridad es lograr reducir los desequilibrios financieros y preparar los sistemas para afrontar las presiones adicionales del envejecimiento. En otros existe algo más de margen para acomodar los incrementos de gastos asociados a este proceso y sacar adelante la necesaria expansión de la cobertura y de la suficiencia de los sistemas de protección social.
- 4** La evidencia presentada indica que, además de medidas en otras áreas de la política pública, como la reducción de la informalidad, reformas que logren una mayor eficiencia en el gasto pueden contribuir a financiar parte de los costos del envejecimiento. Se estima que, en promedio, casi el 80 % de la brecha de cobertura del sistema de salud entre América Latina y la OCDE podría cerrarse con el mismo nivel de gasto que en la actualidad si mejorara la eficiencia.
- 5** Los países que tienen espacio para incrementar los ingresos fiscales deberían contemplar reformas tributarias estructurales. Estas deben tomar en cuenta los incentivos para que las empresas y las personas contribuyan al sistema, sus efectos sobre la asignación del capital y del trabajo, así como la equidad. Entre esas reformas se encuentran la ampliación de las bases tributarias mediante la reducción de las exoneraciones y exenciones fiscales, el mayor cumplimiento de las obligaciones tributarias y el fortalecimiento de los impuestos sobre la renta de las personas físicas.
- 6** La economía política de las reformas de protección social puede ser compleja e inducir a un aplazamiento de los cambios necesarios. En este sentido, factores que facilitan las reformas son contar con buena información y estudios; tener el más alto compromiso y un mandato claro para su realización; involucrar durante el proceso de diseño a los diferentes actores para que la reforma contemple aspectos que pueden ampliar la base que la sustenta, y comunicar de manera clara las razones para llevarla a cabo y las consecuencias de la inacción.

- 7** Las reformas serán más efectivas y eficientes si adoptan una visión sistémica que tome en cuenta las interrelaciones entre los diferentes instrumentos de las políticas. Esto implica considerar, por ejemplo, los impactos que las políticas sociales y la forma de financiarlas tienen sobre las decisiones de las empresas y los trabajadores, en particular en lo que refiere a su participación en el mercado laboral informal o formal. Si no se consideran esas interrelaciones, se pueden crear contradicciones entre los objetivos de eficiencia y equidad. Dada la alta desigualdad existente en la región y los bajos niveles de productividad y eficiencia, ningún país de la región está en una posición que le permita sacrificar fácilmente uno de estos objetivos para avanzar en otro.
- 8** Las reformas requieren inversiones complementarias en la construcción de capacidades estatales. Para llevar a cabo las necesarias reformas tributarias, reforzar la regulación para lograr una mayor eficiencia en los gastos de salud y mejorar los diseños de las políticas sociales para conseguir mayor equidad y eficiencia es preciso un Estado más ágil, más transparente y más inteligente en el uso de los datos y la información con la que se formulan las políticas de protección social.

Bibliografía

Bibliografía

Aaron, H. (1966). The Social Insurance Paradox. *The Canadian Journal of Economics and Political Science*, 32(3), 371. <https://doi.org/10.2307/139995>

Abraham, K. G., Haltiwanger, J., Sandusky, K. & Spletzer, J. (2018). *Measuring the Gig Economy: Current Knowledge and Open Issues* (N.º 24950; Working Paper Series). National Bureau of Economic Research (NBER). <https://doi.org/10.3386/w24950>

Abraham, K. G., Haltiwanger, J., Sandusky, K. & Spletzer, J. (2019). The Rise of the Gig Economy: Fact or Fiction? *AEA Papers and Proceedings*, 109, 357-361. <https://doi.org/10.1257/pandp.20191039>

Abramo, L., Cecchini, S. & Morales, B. (2019). *Programas sociales, superación de la pobreza e inclusión laboral: Aprendizajes desde América Latina y el Caribe*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Acemoglu, D. & Autor, D. (2011). Skills, Tasks and Technologies: Implications for Employment and Earnings. En O. Ashenfelter & D. Card (Eds.), *Handbook of Labor Economics* (Vol. 4B, pp. 1043-1171). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S0169-7218\(11\)02410-5](https://doi.org/10.1016/S0169-7218(11)02410-5)

Acemoglu, D. & Linn, J. (2004). Market Size in Innovation: Theory and Evidence from the Pharmaceutical Industry. *The Quarterly Journal of Economics*, 119(3), 1049-1090. <https://doi.org/10.1162/0033553041502144>

Aguila, E. (2014). Male labor force participation and social security in Mexico. *Journal of Pension Economics and Finance*, 13(2), 145-171. <https://doi.org/10.1017/S1474747213000292>

Aguila, E., Hurd, M. D. & Rohwedder, S. (2014). How Do Management Fees Affect Retirement Wealth under Mexico's Personal Retirement Accounts System? *Latin American Policy*, 5(2), 331-350. <https://doi.org/10.1111/lamp.12051>

Aguilar, A., Gutierrez, E. & Seira, E. (2018). *The Effectiveness of Sin Food Taxes: Evidence from Mexico* (N.º 0010; Working Paper Series). The Latin American and Caribbean Economic Association (LACEA). <https://econpapers.repec.org/paper/col000518/016421.htm>

Ahmad, K., Erqou, S., Shah, N., Nazir, U., Morrison, A., Choudhary, G. & Wu, W.-C. (2020). *Association of Poor Housing Conditions with COVID-19 Incidence and Mortality Across US Counties* [MedRxiv preprint]. <https://doi.org/10.1101/2020.05.28.20116087>

Alesina, A. & Drazen, A. (1991). Why are Stabilizations Delayed? *The American Economic Review*, 81(5), 1170-1188. JSTOR.

Alesina, A., Furceri, D., Ostry, J., Papageorgiou, C. & Quinn, D. (2020). *Structural Reforms and Elections: Evidence from a World-Wide New Dataset* (N.º 26720; Working Paper Series). National Bureau of Economic Research (NBER). <https://doi.org/10.3386/w26720>

Allcott, H., Lockwood, B. B. & Taubinsky, D. (2019). Should We Tax Sugar-Sweetened Beverages? An Overview of Theory and Evidence. *Journal of Economic Perspectives*, 33(3), 202-227. <https://doi.org/10.1257/jep.33.3.202>

Allub, L., Alves, G. & López, P. (2020). *Nuevas tasas de reemplazo e indicadores de justicia actuarial de las pensiones en América Latina* (Documento sin publicar).

Almeida, R. & Carneiro, P. (2012). Enforcement of Labor Regulation and Informality. *American Economic Journal: Applied Economics*, 4(3), 64-89. <https://doi.org/10.1257/app.4.3.64>

Almeida, R. K., Corseuil, C. H. L. & Poole, J. P. (2017). *The Impact of Digital Technologies on Routine Tasks: Do Labor Policies Matter?* (N.º 8187; Policy Research Working Papers). The World Bank. <https://doi.org/10.1596/1813-9450-8187>

Almenberg, J. & Säve-Söderbergh, J. (2011). Financial literacy and retirement planning in Sweden. *Journal of Pension Economics & Finance*, 10(4), 585-598. <https://doi.org/10.1017/S1474747211000497>

Álvarez, B., Pellisé, L. & Lobo, F. (2000). Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. *Rev Panam Salud Publica*, 8(1/2), 55-70.

Álvarez-Parra, F. & Sánchez, J. M. (2009). Unemployment insurance with a hidden labor market. *Journal of Monetary Economics*, 56(7), 954-967. <https://doi.org/10.1016/j.jmoneco.2009.09.006>

Alves, G., Brassiolo, P. & Martínez-Correa, J. (2020). *Work histories and social security contributions: New evidence from four Latin American Countries* (Documento sin publicar).

Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P. & Medellín, N. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe* (IDB-PB-273; Reporte de Políticas). Banco Interamericano de Desarrollo (BID). <http://dx.doi.org/10.18235/0000984>

Araya, F. & Rivero, J. I. (2017). *Impact of a work-study programme for teenagers: Evidence from a randomized controlled trial* (N.º 06/17; Working Papers). Departamento de Economía, Universidad de la República, Uruguay. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/19987>

Arenas de Mesa, A. (2019). *Los sistemas de pensiones en la encrucijada: Desafíos para la sostenibilidad en América Latina*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44851/S1900521_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Attanasio, O., Guarín, A., Medina, C. & Meghir, C. (2017). Vocational Training for Disadvantaged Youth in Colombia: A Long-Term Follow-Up. *American Economic Journal: Applied Economics*, 9(2), 131-143. <https://doi.org/10.1257/app.20150554>

Autor, D. (2010). *The Polarization of Job Opportunities in the U.S. Labor Market: Implications for Employment and Earnings*. The Center for American Progress and The Hamilton Project. <https://economics.mit.edu/files/5554>

Autor, D. H. (2015). Why Are There Still So Many Jobs? The History and Future of Workplace Automation. *Journal of Economic Perspectives*, 29(3), 3-30. <https://doi.org/10.1257/jep.29.3.3>

Autor, D. H. & Dorn, D. (2013). The Growth of Low-Skill Service Jobs and the Polarization of the US Labor Market. *American Economic Review*, 103(5), 1553-1597. <https://doi.org/10.1257/aer.103.5.1553>

Autor, D. H., Levy, F. & Murnane, R. J. (2003). The Skill Content of Recent Technological Change: An Empirical Exploration. *The Quarterly Journal of Economics*, 118(4), 1279-1333. <https://doi.org/10.1162/003355303322552801>

- Azuara, O., Azuero, R., Bosch, M. & Torres, J. (2019). *Special Tax Regimes in Latin America and the Caribbean: Compliance, Social Protection, and Resource Misallocation* (IDB-WP-970; Working Paper Series). Inter-American Development Bank (IDB). <http://dx.doi.org/10.18235/0001586>
- Bakx, P., O'Donnell, O. & van Doorslaer, E. (2016). Spending on Health Care in the Netherlands: Not Going So Dutch. *Fiscal Studies*, 37(3-4), 593-625. <https://doi.org/10.1111/j.1475-5890.2016.12114>
- Balsa, A. & Triunfo, P. (2018). *The Effects of Social Health Insurance Expansion and Increased Choice on Perinatal Health and Health Care Use: Lessons from the Uruguayan Health Care Reform* (N.º 1803; Working Papers). Facultad de Ciencias Empresariales y Economía, Universidad de Montevideo. <https://econpapers.repec.org/paper/mntwpaper/1803.htm>
- Baltagi, B. H., Lagravinese, R., Moscone, F. & Tosetti, E. (2017). Health Care Expenditure and Income: A Global Perspective. *Health Economics*, 26(7), 863-874. <https://doi.org/10.1002/hec.3424>
- Banco Mundial (2019a). *Health Equity and Financial Protection Indicators (HEFPI)* [Base de datos]. The World Bank. <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/hefpi>
- Banco Mundial. (2019b). *Worldwide Governance Indicators* [Base de datos]. The World Bank. <https://info.worldbank.org/governance/wgi/>
- Banco Mundial (2020). *World Development Indicators* [Base de datos]. The World Bank. <http://databank.worldbank.org/data>
- Barczyk, D. & Kredler, M. (2018). Evaluating Long-Term-Care Policy Options, Taking the Family Seriously. *The Review of Economic Studies*, 85(2), 766-809. <https://doi.org/10.1093/restud/rdx036>
- Bardey, D. (2013). Competencia en el sector de la salud: Énfasis en el caso colombiano. *Coyuntura Económica: Investigación Económica y Social*, XLIII(2), 17-52.
- Bardey, D. (2015). Pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano. *Monitor Estratégico*, 7, 4-7.
- Bardey, D. & Buitrago, G. (2016). Integración vertical en el sector colombiano de la salud. *Revista Desarrollo y Sociedad*, 77, 231-262. <https://doi.org/10.13043/dys.77.6>
- Barr, N. & Diamond, P. (2009). Reforming pensions: Principles, analytical errors and policy directions. *International Social Security Review*, 62(2), 5-29. <https://doi.org/10.1111/j.1468-246X.2009.01327.x>
- Bassi, M. & Galiani, S. (2009). *Youth labor market in Latin America: A descriptive analysis* (Unpublished working paper). Inter-American Development Bank (IDB).
- Becker, G. S. (1960). An Economic Analysis of Fertility. En *Demographic and Economic Change in Developed Countries* (National Bureau of Economic Research, pp. 209-240). Columbia University Press. <https://www.nber.org/chapters/c2387>
- Bello, P. & Galasso, V. (2018). *The Politics of Aging and Retirement: Evidence from Swiss Referenda* (N.º 7165; Working Papers). CESifo Network. <https://www.cesifo.org/en/publikationen/2018/working-paper/politics-aging-and-retirement-evidence-swiss-referenda>
- Bénabou, R. & Tirole, J. (2006). Incentives and Prosocial Behavior. *American Economic Review*, 96(5), 1652-1678. <https://doi.org/10.1257/aer.96.5.1652>

Benartzi, S. & Thaler, R. (2007). Heuristics and Biases in Retirement Savings Behavior. *Journal of Economic Perspectives*, 21(3), 81-104. <https://doi.org/10.1257/jep.21.3.81>

Bergolo, M. & Cruces, G. (2014). Work and tax evasion incentive effects of social insurance programs. *Journal of Public Economics*, 117, 211-228. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2014.04.015>

Bergolo, M. & Cruces, G. (2016). *The Anatomy of Behavioral Responses to Social Assistance When Informal Employment Is High* (N.º 10197; Discussion Paper Series). IZA Institute of Labor Economics. <https://www.iza.org/publications/dp/10197/the-anatomy-of-behavioral-responses-to-social-assistance-when-informal-employment-is-high>

Bernal, N., Carpio, M. A. & Klein, T. J. (2017). The effects of access to health insurance: Evidence from a regression discontinuity design in Peru. *Journal of Public Economics*, 154, 122-136. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2017.08.008>

Bernal, R., Eslava, M., Meléndez, M. & Pinzón, Á. (2017). Switching from Payroll Taxes to Corporate Income Taxes: Firms' Employment and Wages after the 2012 Colombian Tax Reform. *Economía*, 18(1), 41-74. JSTOR.

Berniell, L. & de la Mata, D. (2017). *Prácticas laborales como mecanismo para mejorar la empleabilidad de los jóvenes: Lecciones para el caso argentino* (N.º 2017/28; Documentos de Trabajo). CAF -banco de desarrollo de América Latina. <https://scioteca.caf.com/handle/123456789/1137>

Berniell, L. & Fernández, D. (2020). *Jobs' amenability is not enough: The role of household inputs for safe work under social distancing in Latin American cities* (N.º 2020/03; Working Papers). CAF -banco de desarrollo de América Latina. <https://scioteca.caf.com/handle/123456789/1585>

Berstein, S., Larrain, G., Pino, F. & Morón, E. (2006). Chilean Pension Reform: Coverage Facts and Policy Alternatives [with Comments]. *Economía*, 6(2), 227-279. JSTOR.

Bhalotra, S., Rocha, R. & Soares, R. R. (2019). *Does Universalization of Health Work? Evidence from Health Systems Restructuring and Expansion in Brazil* (N.º 12111; Discussion Paper Series). IZA Institute of Labor Economics. <https://www.iza.org/publications/dp/12111/does-universalization-of-health-work-evidence-from-health-systems-restructuring-and-expansion-in-brazil>

Bhattacharya, J., Hyde, T. & Tu, P. (2014). *Health economics*. Palgrave Macmillan.

Boeri, T., Giupponi, G., Krueger, A. B. & Machin, S. (2020). Solo Self-Employment and Alternative Work Arrangements: A Cross-Country Perspective on the Changing Composition of Jobs. *Journal of Economic Perspectives*, 34(1), 170-195. <https://doi.org/10.1257/jep.34.1.170>

Bosch, M. & Campos-Vazquez, R. M. (2014). The Trade-Offs of Welfare Policies in Labor Markets with Informal Jobs: The Case of the "Seguro Popular" Program in Mexico. *American Economic Journal: Economic Policy*, 6(4), 71-99. <https://doi.org/10.1257/pol.6.4.71>

Bosch, M., Fernandes, D. & Villa, J. M. (2015). *Nudging the Self-employed into Contributing to Social Security: Evidence from a Nationwide Quasi Experiment in Brazil* (IDB-WP-633; Working Paper Series). Inter-American Development Bank (IDB). <https://publications.iadb.org/en/nudging-self-employed-contributing-social-security-evidence-nationwide-quasi-experiment-brazil>

Bosch, M. & Guajardo, J. (2012). *Labor market impacts of non-contributory pensions: The case of Argentina's moratorium* (IDB-WP-366; Working Paper Series). Inter-American Development Bank (IDB). <https://publications.iadb.org/publications/english/document/Labor-Market-Impacts-of-Non-Contributory-Pensions-The-Case-of-Argentina-Moratorium.pdf>

Bosch, M., Melguizo, Á. & Pagés, C. (2013). *Mejores pensiones, mejores trabajos: Hacia la cobertura universal en América Latina y el Caribe* (2.a ed.). Banco Interamericano de Desarrollo (BID). <https://publications.iadb.org/es/publicacion/17407/mejores-pensiones-mejores-trabajos-hacia-la-cobertura-universal-en-america-latina>

Brambilla, I., César, A. & Falcone, G. (2020). *Heterogeneous effects of automation: How are young workers affected by a changing labor market?* (N.º 2020/07; Documentos de Trabajo). CAF -banco de desarrollo de América Latina. <https://scioteca.caf.com/handle/123456789/1639>

Broecke, S. & Vandeweyer, M. (2016). *Doubling the minimum wage and its effects on labour market outcomes: Evidence from Brazil*. http://conference.iza.org/conference_files/worldb2015/broecke_s8754.pdf

Brown, J. R. & Finkelstein, A. (2011). Insuring Long-Term Care in the United States. *Journal of Economic Perspectives*, 25(4), 119-142. <https://doi.org/10.1257/jep.25.4.119>

Bucheli, M., Forteza, A. & Rossi, I. (2010). Work histories and the access to contributory pensions: The case of Uruguay. *Journal of Pension Economics & Finance*, 9(3), 369-391. <https://doi.org/10.1017/S1474747208003776>

Buitrago, G. & Torres, G. F. (2020). *Gastos en salud en Colombia durante el ciclo de vida* (Documento sin publicar).

Bygbjerg, I. C. (2012). Double Burden of Noncommunicable and Infectious Diseases in Developing Countries. *Science*, 337(6101), 1499-1501. <https://doi.org/10.1126/science.1223466>

CAF (2012). *Finanzas públicas para el desarrollo: Fortaleciendo la conexión entre ingresos y gastos, Reporte de Economía y Desarrollo*. CAF -banco de desarrollo de América Latina. <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/169>

CAF (2015). *Un Estado más efectivo: Capacidades para el diseño, la implementación y el aprendizaje de políticas públicas, Reporte de Economía y Desarrollo*. CAF -banco de desarrollo de América Latina. <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/755>

CAF (2016). *Más habilidades para el trabajo y la vida: Los aportes de la familia, la escuela, el entorno y el mundo laboral, Reporte de Economía y Desarrollo*. CAF -banco de desarrollo de América Latina. <https://scioteca.caf.com/handle/123456789/936>

CAF (2018). *Instituciones para la productividad: Hacia un mejor entorno empresarial, Reporte de Economía y Desarrollo*. CAF -banco de desarrollo de América Latina. <https://scioteca.caf.com/handle/123456789/1343>

CAF (2019). *Integridad en las políticas públicas: Claves para prevenir la corrupción, Reporte de Economía y Desarrollo*. CAF -banco de desarrollo de América Latina. <https://scioteca.caf.com/handle/123456789/1503>

CAF (2020). *Encuesta CAF 2019* [Base de datos]. CAF -banco de desarrollo de América Latina. <https://scioteca.caf.com/handle/123456789/1629>

Camacho, A. & Conover, E. (2013). Effects of Subsidized Health Insurance on Newborn Health in a Developing Country. *Economic Development and Cultural Change*, 61(3), 633-658. <https://doi.org/10.1086/669263>

Camacho, A., Conover, E. & Hoyos, A. (2014). Effects of Colombia's Social Protection System on Workers' Choice between Formal and Informal Employment. *The World Bank Economic Review*, 28(3), 446-466. <https://doi.org/10.1093/wber/lht028>

Camarota, S. A. & Zeigler, K. (2019). *Can Immigration Solve the Problem of an Aging Society?* Center for Immigration Studies. <https://cis.org/Report/Can-Immigration-Solve-Problem-Aging-Society>

Card, D., Kluve, J. & Weber, A. (2018). What Works? A Meta Analysis of Recent Active Labor Market Program Evaluations. *Journal of the European Economic Association*, 16(3), 894-931. <https://doi.org/10.1093/jeea/jvx028>

Caruso, M., Galiani, S. & Ibararán, P. (2019). *Long-Term Care in Latin America and the Caribbean? Theory and Policy Considerations* (N.º 23797; Working Papers). National Bureau of Economic Research (NBER). <https://ideas.repec.org/p/nbr/nberwo/23797.html>

CEDLAS (2020). *Caracterización de los mercados laborales de América Latina a partir de encuestas de hogares [Informe y base de datos]* (Trabajo sin publicar). Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales (CEDLAS).

CEDLAS & Banco Mundial (2020). *Labor Database for Latin America and The Caribbean* [Base de datos]. Center for Distributive, Labor and Social Studies (CEDLAS) / The World Bank. <http://www.cedlas.econo.unlp.edu.ar/wp/en/estadisticas/lablac/>

Celhay, P. A., Gertler, P. J., Giovagnoli, P. & Vermeersch, C. (2019). Long-Run Effects of Temporary Incentives on Medical Care Productivity. *American Economic Journal: Applied Economics*, 11(3), 92-127. <https://doi.org/10.1257/app.20170128>

CEPAL (2018). *Panorama Social de América Latina, 2017*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42716-panorama-social-america-latina-2017-documento-informativo#:~:text=En%20esta%20edici%C3%B3n%20del%20Panorama,laboral%2C%20la%20evoluci%C3%B3n%20de%20la>

CEPAL (2019). *Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe 2019: Políticas tributarias para la movilización de recursos en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44516-panorama-fiscal-america-latina-caribe-2019-politicas-tributarias-la-movilizacion>

CEQ (2019). *CEQ Standard Indicators: Web version 3.0* [Base de datos]. Commitment to Equity (CEQ) Institute, Tulane University. <https://commitmenttoequity.org/ceq-data-center/>

Chandra, A., Gruber, J. & McKnight, R. (2010). Patient Cost-Sharing and Hospitalization Offsets in the Elderly. *American Economic Review*, 100(1), 193-213. <https://doi.org/10.1257/aer.100.1.193>

Chen, M. K., Chevalier, J. A., Rossi, P. E. & Oehlsen, E. (2019). The Value of Flexible Work: Evidence from Uber Drivers. *Journal of Political Economy*, 127(6), 2735-2794. <https://doi.org/10.1086/702171>

Chernew, M. E. & Newhouse, J. P. (2011). Health Care Spending Growth. En M. V. Pauly, T. G. McGuire & P. P. Barros (Eds.), *Handbook of Health Economics* (Vol. 2, pp. 1-43). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53592-4.00001-3>

CIAT (2020). *Alícuotas en América Latina* [Base de datos] (CIATData). Centro Interamericano de Administraciones Tributarias (CIAT). <https://ciat.org/alicuotas-en-america-latina/#tab-5eff35f1d3625>

Clements, B. & Coady, D. (2010). *Macro-Fiscal Implications of Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies* (Policy Papers). International Monetary Fund (IMF). <https://www.imf.org/en/Publications/Policy-Papers/Issues/2016/12/31/Macro-Fiscal-Implications-of-Health-Care-Reform-in-Advanced-and-Emerging-Economies-PP4521>

Cohen, A. & Siegelman, P. (2010). Testing for Adverse Selection in Insurance Markets. *Journal of Risk and Insurance*, 77(1), 39-84. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6975.2009.01337.x>

Coile, C., Milligan, K. S. & Wise, D. A. (2016). *Social Security and Retirement Programs Around the World: The Capacity to Work at Older Ages – Introduction and Summary* (N.º 21939; Working Paper Series). National Bureau of Economic Research (NBER). <https://doi.org/10.3386/w21939>

Collins, B., Garin, A., Jackson, E., Koustas, D. & Payne, M. (2019). *Is gig work replacing traditional employment? Evidence from two decades of tax reforms*. USA Internal Revenue Service (IRS). <https://www.irs.gov/pub/irs-soi/19rpgigworkreplacingtraditionalemployment.pdf>

Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Publishing. <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/9789264097759-en>

Comelatto, P. (2019). Transferencias entre generaciones y grupos socioeconómicos: Estimaciones de las Cuentas Nacionales de Transferencias en la Argentina (128 (LC/TS.2019/105); Población y Desarrollo). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45058-transferencias-generaciones-grupos-socioeconomicos-estimaciones-cuentas>

Consejo Asesor Presidencial de Chile para la Reforma Previsional (2006). *El derecho a una vida digna en la vejez: Hacia un contrato social con la previsión en Chile* (Diagnóstico y propuestas de reforma, Vol. 1). Ministerio de Hacienda de Chile. <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/comisionpensiones/documentos-interes-general/informe-consejo-asesor-presidencial-reforma-del-sistema-previsional-comision-marcel-2006.pdf>

Conti, G. & Ginja, R. (2017). *Who benefits from free health insurance: Evidence from Mexico* (W17/26; Working Papers). Institute for Fiscal Studies (IFS). <https://ideas.repec.org/p/ifs/ifsewp/17-26.html>

Conti, G., Ginja, R. & Narita, R. (2018). *The Value of Health Insurance: A Household Job Search Approach* (N.º 06/18; Working Papers in Economics). University of Bergen, Department of Economics. https://ideas.repec.org/p/hhs/bergec/2018_006.html

Conti, G., Ginja, R. & Narita, R. (2019). *The value of free health insurance schemes in developing countries* (N.º 2019/11; Working Papers). CAF -banco de desarrollo de América Latina. <https://scioteca.caf.com/handle/123456789/1519>

Córdova, S. (2019). *The Impact of Diabetes on Latin America* (N.º 5; Risk Insights). Gen Re. <https://www.genre.com/knowledge/publications/ri19-5-en.html>

Cramer, J. & Krueger, A. B. (2016). Disruptive Change in the Taxi Business: The Case of Uber. *American Economic Review*, 106(5), 177-182. <https://doi.org/10.1257/aer.p20161002>

Crosta, F. (2019). *Estimaciones de cobertura financiera y uso: Países seleccionados de América Latina* (Documento sin publicar).

Crosta, F., Porto, N., Carella, L. & Cerimelo, M. (2019). *Sistemas de salud: Organización y proyecciones de gasto. Países seleccionados de América Latina* (Documento sin publicar).

Cruces, G., Ham, A. & Viollaz, M. (2012). *Scarring effects of youth unemployment and informality: Evidence from Brazil*. Center for Distributive, Labor and Social Studies (CEDLAS).

Cutler, D. & Zeckhauser, R. (1997). *Adverse Selection in Health Insurance* (N.º 6107; Working Paper Series). National Bureau of Economic Research (NBER). <https://doi.org/10.3386/w6107>

Dahlby, B. G. (1981). Adverse selection and Pareto improvements through compulsory insurance. *Public Choice*, 37(3), 547-558. <https://doi.org/10.1007/BF00133751>

Daude, C., Gutiérrez, H. & Melguizo, Á. (2013). What Drives Tax Morale? A Focus on Emerging Economies. *Hacienda Pública Española / Review of Public Economics*, 207(4), 9-40.

Daude, C. & Pena, F. (2020). Proyecciones de sostenibilidad fiscal en los sistemas de educación, pensiones y salud en América Latina (Documento sin publicar).

de Carvalho Filho, I. E. (2008). Old-age benefits and retirement decisions of rural elderly in Brazil. *Journal of Development Economics*, 86(1), 129-146. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2007.10.007>

de la Mata, D. & Gaviria, C. F. (2015). *Losing health insurance when young: Impacts on usage of medical services and health* (N.º 2015/04; Working Papers). CAF -banco de desarrollo de América Latina. <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/766>

de la Mata, D. & Valdés, N. (2020). *Life-cycle patterns of health care expenditure: Empirical evidence* (Documento sin publicar).

de Melo, G., Castiñeiras, N., Ardente, A., Montti, O., Zelko, B. & Araya, F. (2019). Eligibility for retirement and replacement rates in the Uruguayan multi-pillar pension system. *Revista Desarrollo y Sociedad*, 83, 105-144. <https://doi.org/10.13043/dys.83.3>

Dean, A., Fleitas, S. & Zerpa, M. (2020). *Dynamic Incentives in Retirement Earnings-Replacement Benefits* (N.º 12982; Discussion Papers). IZA Institute of Labor Economics. <https://ideas.repec.org/p/iza/izadps/dp12982.html>

Delventhal, M. J., Fernández-Villaverde, J. & Guner, N. (2019). *Demographic Transitions Across Time and Space*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Demographic-Transitions-Across-Time-and-Space-Delventhal-Fern%C3%A1ndez-Villaverde/8c9a1afd556339b2b7aff3edbecca667b5e04d1c>

Diamond, P. A. (1977). A framework for social security analysis. *Journal of Public Economics*, 8(3), 275-298. [https://doi.org/10.1016/0047-2727\(77\)90002-0](https://doi.org/10.1016/0047-2727(77)90002-0)

Drazen, A. & Grilli, V. (1993). The Benefit of Crises for Economic Reforms. *The American Economic Review*, 83(3), 598-607. JSTOR.

Dutz, M. A., Almeida, R. K. & Packard, T. G. (2018). *The Jobs of Tomorrow: Technology, Productivity, and Prosperity in Latin America and the Caribbean*. The World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1222-4>

Edwards, G., Soto, R. & Zurita, F. (2020). *Life expectancy and income levels in Chile* (N.º 2020/05; Working Papers). CAF -banco de desarrollo de América Latina. <https://scioteca.caf.com/handle/123456789/1624>

Escudero, V., Kluge, J., Mourelo, E. L. & Pignatti, C. (2019). Active Labour Market Programmes in Latin America and the Caribbean: Evidence from a Meta-Analysis. *The Journal of Development Studies*, 55(12), 2644-2661. <https://doi.org/10.1080/00220388.2018.1546843>

Failache Mirza, E., Katzkowicz Junio, N., Méndez Rivero, F., Parada Larre Borges, C. & Querejeta Rabosto, M. (2019). *Envejecimiento y cuidados: Principales características para cinco países de América Latina* (Documento sin publicar).

Fang, H. & Gavazza, A. (2011). Dynamic Inefficiencies in an Employment-Based Health Insurance System: Theory and Evidence. *American Economic Review*, 101(7), 3047-3077. <https://doi.org/10.1257/aer.101.7.3047>

Farrell, D., Greig, F. & Hamoudi, A. (2018). *The Online Platform Economy in 2018: Drivers, Workers, Sellers, and Lessors*. JPMorgan Chase Institute. <https://institute.jpmorganchase.com/institute/research/labor-markets/report-ope-2018.htm>

Feenstra, R. C., Inklaar, R. & Timmer, M. P. (2015). The Next Generation of the Penn World Table. *American Economic Review*, 105(10), 3150-3182. <https://doi.org/10.1257/aer.20130954>

Felder, S. (2013). The Impact of Demographic Change on Healthcare Expenditure. *CESifo DICE Report*, 11(1), 3-6.

Feldstein, M. (1996). The Missing Piece in Policy Analysis: Social Security Reform. *The American Economic Review*, 86(2), 1-14. JSTOR.

Fernández, C. & Villar, L. (2016). *The impact of lowering the payroll tax on informality in Colombia* (N.º 2016/21; Working Papers). CAF -banco de desarrollo de América Latina. <https://scioteca.caf.com/handle/123456789/1337>

Fernández, M. & Messina, J. (2018). Skill premium, labor supply, and changes in the structure of wages in Latin America. *Journal of Development Economics*, 135, 555-573. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2018.08.012>

Fernandez, R. & Rodrik, D. (1991). Resistance to Reform: Status Quo Bias in the Presence of Individual- Specific Uncertainty. *The American Economic Review*, 81(5), 1146-1155. JSTOR.

Finkelstein, A. & Poterba, J. (2002). Selection Effects in the United Kingdom Individual Annuities Market. *The Economic Journal*, 112(476), 28-50. <https://doi.org/10.1111/1468-0297.0j672>

Fleitas, S. (2017). *Regulación del FONASA: ¿sin fines de lucro?* <http://www.razonesypersonas.com/2017/08/regulacion-del-fonasa-sin-fines-de-lucro.html>

FMI (2018a). *Assessing Fiscal Space: An Update and Stocktaking* (Policy Papers). International Monetary Fund (IMF). <https://www.imf.org/en/Publications/Policy-Papers/Issues/2018/06/15/pp041118assessing-fiscal-space>

FMI (2018b). *Growing Pains: Is Latin America Prepared for Population Aging?* (N.º 18/05; Departmental Paper Series). International Monetary Fund (IMF). <https://www.imf.org/en/Publications/Departmental-Papers-Policy-Papers/Issues/2018/04/16/Growing-Pains-Is-Latin-American-Prepared-for-Population-Aging-45382>

FMI (2019a). *Brazil: 2019 Article IV Consultation* (N.º 19/242; Staff Country Reports). International Monetary Fund (IMF). <https://www.imf.org/en/Publications/CR/Issues/2019/07/23/Brazil-2019-Article-IV-Consultation-Press-Release-Staff-Report-and-Statement-by-the-48520>

FMI (2019b). *World Economic Outlook Database: October 2019 Edition* [Base de datos]. International Monetary Fund (IMF). <https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2019/02/weodata/index.aspx>

FMI (2020a). *Fiscal Monitor: April 2020* [Base de datos]. International Monetary Fund (IMF). <https://www.imf.org/en/Publications/FM/Issues/2020/04/06/fiscal-monitor-april-2020>

FMI (2020b). *World Economic Outlook Database: April 2020 Edition* [Base de datos]. International Monetary Fund (IMF). <https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2020/01/weodata/index.aspx>

Ford, E. S., Ajani, U. A., Croft, J. B., Critchley, J. A., Labarthe, D. R., Kottke, T. E., Giles, W. H. & Capewell, S. (2007). Explaining the Decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease, 1980–2000. *New England Journal of Medicine*, 356(23), 2388–2398. <https://doi.org/10.1056/NEJMs053935>

Fornero, E. & Monticone, C. (2011). Financial literacy and pension plan participation in Italy. *Journal of Pension Economics & Finance*, 10(4), 547–564. <https://doi.org/10.1017/S1474747211000473>

Forteza, Á., Apella, I., Fajnzylber, E., Grushka, C., Rossi, I. & Sanroman, G. (2009). *Work histories and pension entitlements in Argentina, Chile and Uruguay* (SP 0926; Social Protection Discussion Paper). The World Bank. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/254231468023113677/work-histories-and-pension-entitlements-in-argentina-chile-and-uruguay>

Forteza, A. & Ourens, G. (2012). Redistribution, insurance and incentives to work in Latin-American pension programs. *Journal of Pension Economics & Finance*, 11(3), 337–364. <https://doi.org/10.1017/S1474747211000564>

French, E. B., McCauley, J., Aragon, M., Bakx, P., Chalkley, M., Chen, S. H., Christensen, B. J., Chuang, H., Côté-Sergent, A., De Nardi, M., Fan, E., Échevin, D., Geoffard, P.-Y., Gastaldi-Ménager, C., Gørtz, M., Ibuka, Y., Jones, J. B., Kallestrup-Lamb, M., Karlsson, M., ... Kelly, E. (2017). End-Of-Life Medical Spending In Last Twelve Months Of Life Is Lower Than Previously Reported. *Health Affairs*, 36(7), 1211–1217. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0174>

Galasso, V. & Profeta, P. (2007). How does ageing affect the welfare state? *European Journal of Political Economy*, 23(2), 554–563. <https://doi.org/10.1016/j.ejpoleco.2006.04.001>

Galiani, S., Gertler, P. & Bando, R. (2016). Non-contributory pensions. *Labour Economics*, 38, 47–58. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2015.11.003>

Garabato Moure, N. (2016). Financial literacy and retirement planning in Chile. *Journal of Pension Economics & Finance*, 15(2), 203–223. <https://doi.org/10.1017/S1474747215000049>

Garganta, S. & Gasparini, L. (2015). The impact of a social program on labor informality: The case of AUH in Argentina. *Journal of Development Economics*, 115, 99–110. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2015.02.004>

Gasparini, L., Arcidiácono, M., Carella, L., Puig, J., Gluzmann, P. & Brassiolo, P. (2015). El empleo público en América Latina. Evidencia de las encuestas de hogares. *El Trimestre Económico*, LXXXII(4, núm. 328), 749–784. <https://doi.org/10.20430/ete.v82i328.183>

Gasparini, L. & Marchionni, M. (2017). Deceleration in Female Labor Force Participation in Latin America. *Economía*, 18(1), 197–224.

Geruso, M. & Layton, T. J. (2017). Selection in Health Insurance Markets and Its Policy Remedies. *Journal of Economic Perspectives*, 31(4), 23–50. <https://doi.org/10.1257/jep.31.4.23>

Giedion, U., Bitrán, R. & Tristao, I. (Eds.). (2014). *Health Benefit Plans in Latin America: A Regional Comparison*. Inter-American Development Bank (IDB). <https://publications.iadb.org/en/health-benefit-plans-latin-america-regional-comparison>

Gómez, J. P., Huerta, M. J. & Martínez, G. (2019). *Informe de Pasivos Contingentes 2019*. Ministerio de Hacienda de Chile, Dirección de Presupuestos. <http://www.dipres.gob.cl/598/w3-article-198711.html>

Goos, M., Manning, A. & Salomons, A. (2014). Explaining Job Polarization: Routine-Biased Technological Change and Offshoring. *American Economic Review*, 104(8), 2509-2526. <https://doi.org/10.1257/aer.104.8.2509>

Green, J. R. (1988). Demographics, Market Failure and Social Security. En S. M. Wachter (Ed.), *Social Security and Private Pensions: Providing for Retirement in the Twenty-first Century*. Lexington Books.

Greenwood, J., Guner, N., & Vandenbroucke, G. (2017). Family Economics Writ Large. *Journal of Economic Literature*, 55(4), 1346-1434. <https://doi.org/10.1257/jel.20161287>

Grogger, J., Arnold, T., León, A. S. & Ome, A. (2015). Heterogeneity in the effect of public health insurance on catastrophic out-of-pocket health expenditures: The case of Mexico. *Health Policy and Planning*, 30(5), 593-599. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu037>

Gruber, J. & Wise, D. A. (1999). Introduction to «Social Security and Retirement around the World». En J. Gruber & D. A. Wise (Eds.), *Social Security and Retirement around the World* (pp. 1-35). University of Chicago Press. <http://www.nber.org/chapters/c7247>

Gruber, J. & Wise, D. A. (Eds.). (2004). *Social security programs and retirement around the world: Micro-estimation*. University of Chicago Press.

Gruenberg, E. M. (1977). The Failures of Success. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 55(1), 3. <https://doi.org/10.2307/3349592>

Gyomai, G. & van de Ven, P. (2014). The Non-Observed Economy in the System of National Accounts. *OECD Statistics Brief*, 18. <https://www.oecd.org/sdd/thestaticsbrief.htm>

Haanwinckel, D. & Soares, R. R. (2017). *Fighting employment informality with schooling* (N.º 394). IZA World of Labor. <https://doi.org/10.15185/izawol.394>

Haanwinckel, D. & Soares, R. R. (2020). *Workforce Composition, Productivity, and Labor Regulations in a Compensating Differentials Theory of Informality* (N.º 2020-45; Working Papers). Becker Friedman Institute for Research in Economics. <https://ideas.repec.org/p/bfi/wpaper/2020-45.html>

Hackmann, M. B., Kolstad, J. T. & Kowalski, A. E. (2015). Adverse Selection and an Individual Mandate: When Theory Meets Practice. *American Economic Review*, 105(3), 1030-1066. <https://doi.org/10.1257/aer.20130758>

Hall, R. E. & Jones, C. I. (2007). The Value of Life and the Rise in Health Spending. *The Quarterly Journal of Economics*, 122(1), 39-72. <https://doi.org/10.1162/qjec.122.1.39>

Hardy, W. (2016). *Occupation classifications crosswalks – from O*NET-SOC to ISCO*. Institute for Structural Research (IBS). <https://ibs.org.pl/en/resources/occupation-classifications-crosswalks-from-onet-soc-to-isco>

Harris, S. D. & Krueger, A. B. (2015). *A Proposal for Modernizing Labor Laws for Twenty-First Century Work: The “Independent Worker”* (N.º 2015-10; Policy Brief). The Hamilton Project. https://www.hamiltonproject.org/papers/modernizing_labor_laws_for_twenty_first_century_work_independent_worker

Hastings, J., Hortaçsu, A. & Syverson, C. (2017). Sales Force and Competition in Financial Product Markets: The Case of Mexico’s Social Security Privatization. *Econometrica*, 85(6), 1723-1761. <https://doi.org/10.3982/ECTA12302>

Hernani-Limarino, W. L. & Mena, G. (2015). *Efectos intencionados y no intencionados de transferencias monetarias no condicionadas a los adultos mayores: El caso de la Renta Dignidad* (N.º 03/2015; Working Papers). Fundación ARU. <https://ideas.repec.org/p/aru/wpaper/201503.html>

Holzmann, R. & Hinz, R. (2005). *Old-Age Income Support in the 21st Century: An International Perspective on Pension Systems and Reform*. The World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/466041468141262651/Old-age-income-support-in-the-21st-century-an-international-perspective-on-pension-systems-and-reform>

Hsieh, C.-T. & Klenow, P. J. (2009). Misallocation and Manufacturing TFP in China and India. *The Quarterly Journal of Economics*, 124(4), 1403-1448. <https://doi.org/10.1162/qjec.2009.124.4.1403>

Ibarrarán, P., Kluge, J., Ripani, L. & Rosas Shady, D. (2019). Experimental Evidence on the Long-Term Effects of a Youth Training Program: *ILR Review*, 72(1), 185-222. <https://doi.org/10.1177/0019793918768260>

IERAL (2020). *Sistemas de pensiones en América Latina [Informe y base de datos]* (Trabajo sin publicar). Instituto de Estudios sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana (IERAL).

IHME (2017). *Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Disability-Adjusted Life Years and Healthy Life Expectancy* [Base de datos]. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2017>

Impavido, G., Lasagabaster, E. & García-Huitrón, M. (2010). *New Policies for Mandatory Defined Contribution Pensions: Industrial Organization Models and Investment Products*. The World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-8276-9>

INEC (2019). *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU)* [Base de datos]. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador (INEC). <http://aplicaciones3.ecuadorencifras.gob.ec/BIINEC-war/index.xhtml>

Inklaar, R., Jong, H. de, Bolt, J. & van Zanden, J. L. (2018). *Rebasing «Maddison»: New income comparisons and the shape of long-run economic development* (N.º 174; GGDC Research Memorandum). Groningen Growth and Development Center (GGDC). [https://www.rug.nl/research/portal/en/publications/rebasing-maddison\(fecbca82-9752-40a9-a737-d524e629b6e7\).html](https://www.rug.nl/research/portal/en/publications/rebasing-maddison(fecbca82-9752-40a9-a737-d524e629b6e7).html)

Izquierdo, A., Pessino, C. & Vuletin, G. (Eds.). (2018). *Mejor gasto para mejores vidas: Cómo América Latina y el Caribe puede hacer más con menos*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). <https://flagships.iadb.org/en/DIA2018/Better-Spending-for-Better-Lives>

Jayachandran, S. & Lleras-Muney, A. (2009). Life Expectancy and Human Capital Investments: Evidence from Maternal Mortality Declines. *The Quarterly Journal of Economics*, 124(1), 349-397. <https://doi.org/10.1162/qjec.2009.124.1.349>

Jiménez-Martín, S. & Sánchez Martín, A. R. (2007). An evaluation of the life cycle effects of minimum pensions on retirement behavior. *Journal of Applied Econometrics*, 22(5), 923-950. <https://doi.org/10.1002/jae.956>

Jiwani, S. S., Carrillo-Larco, R. M., Hernández-Vásquez, A., Barrientos-Gutiérrez, T., Basto-Abreu, A., Gutierrez, L., Irazola, V., Nieto-Martínez, R., Nunes, B. P., Parra, D. C. & Miranda, J. J. (2019). The shift of obesity burden by socioeconomic status between 1998 and 2017 in Latin America and the Caribbean: A cross-sectional series study. *The Lancet Global Health*, 7(12), e1644-e1654. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30421-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30421-8)

Jones, L. E. & Tertilt, M. (2008). Chapter 5 An Economic History of Fertility in the United States: 1826–1960. En P. Rupert (Ed.), *Frontiers of Family Economics* (Vol. 1, pp. 165-230). Emerald Group Publishing Limited. [https://doi.org/10.1016/S1574-0129\(08\)00005-7](https://doi.org/10.1016/S1574-0129(08)00005-7)

Jousten, A. (2007). *Public Pension Reform A Primer* (N.º 07/28; Working Papers). International Monetary Fund (IMF). <https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2016/12/31/Public-Pension-Reform-A-Primer-20207>

J-PAL Evidence Review (2019). *Preparing for the Work of the Future*. Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab. https://www.povertyactionlab.org/sites/default/files/review-paper/WOF_research-agenda_2019.04.02.pdf

Juarez, L. & Pfitze, T. (2015). The Effects of a Noncontributory Pension Program on Labor Force Participation: The Case of 70 y Más in Mexico. *Economic Development and Cultural Change*, 63(4), 685-713. <https://doi.org/10.1086/681668>

Karlsson, M., Klein, T. J. & Ziebarth, N. R. (2016). Skewed, Persistent and High before Death: Medical Spending in Germany. *Fiscal Studies*, 37(3-4), 527-559. <https://doi.org/10.1111/j.1475-5890.2016.12108>

Karpowicz, I. (2019). *Self-Employment and Support for the Dutch Pension Reform* (N.º 19/64; Working Papers). International Monetary Fund (IMF). <https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2019/03/19/Self-Employment-and-Support-for-the-Dutch-Pension-Reform-46663>

Katz, L. F. & Krueger, A. B. (2018). The Rise and Nature of Alternative Work Arrangements in the United States, 1995–2015. *ILR Review*, 72(2), 382-416. <https://doi.org/10.1177/0019793918820008>

Katzkowicz, N. (2015). *Cuidados prenatales y salud del recién nacido: Evidencia para Uruguay* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de La Plata]. <https://doi.org/10.35537/10915/52452>

Kelly, E., Stoye, G. & Vera-Hernández, M. (2016). Public Hospital Spending in England: Evidence from National Health Service Administrative Records: Public hospital spending in England. *Fiscal Studies*, 37(3-4), 433-459. <https://doi.org/10.1111/j.1475-5890.2016.12101>

Klapper, L., Lusardi, A. & van Oudheusden, P. (2016). *Financial Literacy Around the World: Insights from the Standard & Poor's Ratings Services Global Financial Literacy Survey*. GFLEC / The World Bank / Standard & Poor's Ratings Services. https://gflec.org/wp-content/uploads/2015/11/3313-Finlit_Report_FINAL-5.11.16.pdf?x29341

Kluve, J., Puerto, S., Robalino, D., Romero, J. M., Rother, F., Stöterau, J., Weidenkaff, F. & Witte, M. (2019). Do youth employment programs improve labor market outcomes? A quantitative review. *World Development*, 114, 237-253. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.10.004>

Kugler, A. & Kugler, M. (2015). *Impactos de la ley 1607 sobre el empleo formal en Colombia* (Documento sin publicar).

Laibson, D. (1998). Life-cycle consumption and hyperbolic discount functions. *European Economic Review*, 42(3-5), 861-871. [https://doi.org/10.1016/S0014-2921\(97\)00132-3](https://doi.org/10.1016/S0014-2921(97)00132-3)

Levy, S. (2019). *Una prosperidad compartida: Transformando la seguridad social en México para crecer con equidad* (IDB-TN-1788; Notas Técnicas). Banco Interamericano de Desarrollo (BID). <http://dx.doi.org/10.18235/0002060>

Levy, S. & Schady, N. (2013). Latin America's Social Policy Challenge: Education, Social Insurance, Redistribution. *Journal of Economic Perspectives*, 27(2), 193-218. <https://doi.org/10.1257/jep.27.2.193>

Lindert, P. H. (2004). *Growing public: Social spending and economic growth since the eighteenth century*. Cambridge University Press. <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=255179>

López-Ortega, M. & Aranco, N. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en México* (N.º 1614; Notas Técnicas). Banco Interamericano de Desarrollo (BID). <http://dx.doi.org/10.18235/0001826>

Lora, E. & Olivera, M. (2004). What Makes Reforms Likely: Political Economy Determinants of Reforms in Latin America. *Journal of Applied Economics*, 7(1), 99-135. <https://doi.org/10.1080/15140326.2004.12040605>

Lorenzoni, L., Murin, F., Springare, L.-S., Auraaen, A. & Daniel, F. (2018). *Which policies increase value for money in health care?* (N.º 104; Health Working Papers). Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). <https://doi.org/10.1787/0e8da4bd-en>

Lorenzoni, L., Pinto, D., Guanais, F., Reneses, T. P., Daniel, F. & Auraaen, A. (2019). *Health systems characteristics: A survey of 21 Latin American and Caribbean countries* (N.º 111; Health Working Papers). Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). <https://doi.org/10.1787/0e8da4bd-en>

Lusardi, A. & Mitchell, O. S. (2007). Baby Boomer retirement security: The roles of planning, financial literacy, and housing wealth. *Journal of Monetary Economics*, 54(1), 205-224. <https://doi.org/10.1016/j.jmoneco.2006.12.001>

Lustig, N. (Ed.). (2018). *Commitment to equity handbook: Estimating the impact of fiscal policy on inequality and poverty*. Brookings Institution Press.

Maloney, W. F. & Molina, C. A. (2016). *Are automation and trade polarizing developing country labor markets, too?* (N.º 7922; Policy Research Working Paper Series). The World Bank. <https://ideas.repec.org/p/wbk/wbrwps/7922.html>

Manning, W. G., Newhouse, J. P., Duan, N., Keeler, E. B. & Leibowitz, A. (1987). Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment. *The American Economic Review*, 77(3), 251-277. JSTOR.

Manuelli, R. E. & Seshadri, A. (2009). Explaining International Fertility Differences. *The Quarterly Journal of Economics*, 124(2), 771-807. <https://doi.org/10.1162/qjec.2009.124.2.771>

Marchionni, M. & Alejo, J. (2015). Funding Basic Education throughout the Demographic Transition in Argentina. En M. Gragnolati, R. Rofman, I. Apella & S. Troiano (Eds.), *As Time Goes By in Argentina: Economic Opportunities and Challenges of the Demographic Transition* (pp. 203-234). The World Bank. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0530-1_ch8

Marchionni, M., Gasparini, L. & Edo, M. (2019). *Brechas de género en América Latina: Un estado de situación*. CAF -banco de desarrollo de América Latina. <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/1401>

Marchionni, M. & Vazquez, E. (2019). *Caracterización de sistemas educativos y su gasto fiscal asociado en América Latina* (Documento sin publicar).

Marino, A., Morgan, D., Lorenzoni, L. & James, C. (2017). *Future trends in health care expenditure: A modelling framework for cross-country forecasts* (N.º 95; Health Working Papers). Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). <https://doi.org/10.1787/247995bb-en>

Mason, A., Lee, R., Abrigo, M. & Lee, S.-H. (2017). *Support ratios and demographic dividends: Estimates for the World* (N.º 2017/1; Technical Papers). United Nations (UN), Department of Economic and Social Affairs. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/technical/TP2017-1.pdf>

McGuire, T. G. (2000). Physician agency. En A. J. Culyer & J. P. Newhouse (Eds.), *Handbook of Health Economics* (1.a ed., Vol. 1A, pp. 461-536). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S1574-0064\(00\)80168-7](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80168-7)

Medellín, N., Ibarrarán, P., Matus, M. & Stampini, M. (2018). *Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados* (N.º 1438; Notas Técnicas). Banco Interamericano de Desarrollo (BID). <http://dx.doi.org/10.18235/0001129>

Medina, L. & Schneider, F. (2018). *Shadow Economies Around the World: What Did We Learn Over the Last 20 Years?* (N.º 18/17; Working Papers). International Monetary Fund (IMF). <https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2018/01/25/Shadow-Economies-Around-the-World-What-Did-We-Learn-Over-the-Last-20-Years-45583>

Mejía, D. M. & Rodríguez, G. (2016). *Determinantes socioeconómicos de la educación financiera: Evidencia para Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú* (N.º 23/2016; Políticas Públicas y Transformación Productiva). CAF -banco de desarrollo de América Latina. <https://scioteca.caf.com/handle/123456789/835>

Messina, J. & Silva, J. (2018). *Wage Inequality in Latin America: Understanding the Past to Prepare for the Future*. The World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1039-8>

Mester, L. J. (2017, noviembre 16). *Demographics and their Implications for the Economy and Policy*. Cato Institute's 35th Annual Monetary Conference: The Future of Monetary Policy, Washington, D.C. <https://ideas.repec.org/p/fip/fedcsp/88.html>

Miller, G., Pinto, D. & Vera-Hernández, M. (2013). Risk Protection, Service Use, and Health Outcomes under Colombia's Health Insurance Program for the Poor. *American Economic Journal: Applied Economics*, 5(4), 61-91. <https://doi.org/10.1257/app.5.4.61>

Miller, T., Mason, C. & Holz, M. (2011). The Fiscal Impact of Demographic Change in Ten Latin American Countries: Projecting Public Expenditures in Education, Health, and Pensions. En D. Cotlear (Ed.), *Population aging: Is Latin America ready?* (pp. 233-270). The World Bank. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/117291468299147625/population-aging-is-latin-america-ready>

Ministerio da Economia do Governo Federal do Brasil (2019). *Relatório de Estudo Atuarial dos Impactos da PEC* (N.º 6/2019). http://sa.previdencia.gov.br/site/2019/04/1-RPPS-DA-UNIAO_RELATORIO-DO-ESTUDO-ATUARIAL-DOS-IMPACTOS-DA-PEC-No-6-2019.pdf

Ministerio de Economía y Finanzas de Perú (2019). *Marco macroeconómico multianual 2020-2023*. El Peruano. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/477033/MMM_2020_2023.pdf

Ministerio de Hacienda del Gobierno de Chile (2020). *Acerca de los Fondos Soberanos*. <https://hacienda.cl/areas-de-trabajo/finanzas-internacionales/fondos-soberanos/acerca-de-los-fondos-soberanos>

Ministerio de Hacienda y Crédito Público de la República de Colombia (2019). *Marco Fiscal de Mediano Plazo 2019*. https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/ShowProperty?nodeId=%2FConexionContent%2FWCC_CLUSTER-111638%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de Argentina (2015). *Encuesta Nacional de Protección y Seguridad Social (ENAPROSS) 2015, actualizada en diciembre 2016* [Base de datos]. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de Argentina. <http://www.trabajo.gov.ar/estadisticas/enapross/2015.asp>

Mokyr, J., Vickers, C. & Ziebarth, N. L. (2015). The History of Technological Anxiety and the Future of Economic Growth: Is This Time Different? *Journal of Economic Perspectives*, 29(3), 31-50. <https://doi.org/10.1257/jep.29.3.31>

Naciones Unidas (2001). *Replacement migration: Is it a solution to declining and ageing populations?* (ST/ESA/SER.A/206). United Nations (UN), Department of Economic and Social Affairs. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ageing/replacement-migration.asp>

Naciones Unidas (2019a). *International Migrant Stock 2019* [Base de datos]. United Nations (UN), Department of Economic and Social Affairs. <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates19.asp>

Naciones Unidas (2019b). *World Population Prospects 2019: Online edition Rev. 1* [Base de datos]. United Nations (UN), Department of Economic and Social Affairs. <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>

OCDE (1985). Social Expenditure: 1960–1990: Problems of Growth and Control: A Symposium. *Journal of Public Policy*, 5(2), 133-168. <https://doi.org/10.1017/S0143814X00003007>

OCDE (2010a). *Health care systems: Getting more value for money* (N.º 2; Economics Department Policy Notes). Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). <http://www.oecd.org/economy/growth/healthcaresystemsefficiencyandpolicysettings.htm>

OCDE (2010b). *Making Reform Happen: Lessons from OECD Countries*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264086296-en>

OCDE (2010c). *Value for Money in Health Spending*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264088818-en>

OCDE (2011). *Pensions at a Glance 2011: Retirement-income Systems in OECD and G20 Countries*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/pension_glance-2011-en

OCDE (2012). *OECD Pensions Outlook 2012*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264169401-en>

OCDE (2016). *Better Ways to Pay for Health Care*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264258211-en>

OCDE (2018a). *OECD Economic Surveys: Brazil 2018*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/eco_surveys-bra-2018-en

OCDE (2018b). *OECD Pensions Outlook 2018*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/pens_outlook-2018-en

OCDE (2018c). *The Future of Social Protection: What Works for Non-standard Workers?* OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264306943-en>

OCDE (2019a). *Pensions at a Glance 2019: OECD and G20 Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/b6d3dcfc-en>

OCDE (2019b). *Society at a Glance 2019: OECD Social Indicators*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/soc_glance-2019-en

OCDE (2020a). *Global Revenue Statistics Database* [Base de datos]. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). <https://www.oecd.org/tax/tax-policy/global-revenue-statistics-database.htm>

OCDE (2020b). *Government at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/13130fbb-en>

OCDE (2020c). *OECD Health Dataset* [Base de datos]. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). <https://stats.oecd.org/>

OCDE (2020d). *OECD Statistics* [Base de datos]. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). <https://stats.oecd.org/>

OCDE (2020e). *Social Protection and Well-being Dataset* [Base de datos]. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). <https://stats.oecd.org/>

OCDE, Banco Mundial & BID (2015). *Panorama de las pensiones: América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

OCDE, BID & CIAT (2016). *Taxing Wages in Latin America and the Caribbean 2016*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264262607-en>

OCDE & CGLU (2020). *World Observatory on Subnational Government Finance and Investment (SNG-WOFI)* [Base de datos]. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) / United Cities and Local Government (UCLG). <http://www.sng-wofi.org/>

OCDE, CIAT, CEPAL & BID (2020). *Estadísticas Tributarias en América Latina y el Caribe 2020*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/68739b9b-en-es>

OIM (2019). *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2020*. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2020>

OIM (2020). *Tendencias migratorias en América del Sur* (N.º 3; Informe Migratorio Sudamericano). Organización Internacional para las Migraciones (OIM). <https://robuenosaires.iom.int/>

OIT (2006). *Normas internacionales del trabajo, seguridad social y pensiones: Seguridad Social y Reforma del Sistema de Pensiones en Chile* (N.º 2; OIT Notas). Organización Internacional del Trabajo (OIT). <https://www.ilo.org/santiago/publicaciones/serie-protecci%C3%B3n-social/lang--es/index.htm>

OIT (2012). *R202—Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202)* [ILO International Labour Standard]. International Labour Organization (ILO). https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:3065524,es

OIT (2017). *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-19: La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Organización Internacional del Trabajo (OIT). https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_624890/lang--es/index.htm

OIT (2020). *ILOSTAT* [Base de datos]. International Labour Organization (ILO). <https://ilostat.ilo.org/>

OIT & Banco Mundial. (2015). *Misión común en pro de una protección social universal* [Nota conceptual]. Organización Internacional del Trabajo (OIT) / Banco Mundial. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/genericdocument/wcms_380810.pdf

OMS (2013). *Información general sobre la hipertensión en el mundo: Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial* (WHO/DCO/WHD/2013.2). Organización Mundial de la Salud (OMS). https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/

OMS (2016). *Informe mundial sobre la diabetes*. Organización Mundial de la Salud (OMS). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf?sequence=1>

OMS (2019a). *Datos del Observatorio Mundial de la Salud* [Base de datos]. Organización Mundial de la Salud (OMS). <https://www.who.int/gho/database/es/>

OMS (2019b). *Global Health Expenditure Database* [Base de datos]. World Health Organization (WHO). <https://apps.who.int/nha/database>

OMS (2019c). *Mortality Database* [Base de datos]. World Health Organization (WHO). https://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/

OMS (2019d). *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage: 2019 Global Monitoring Report*. World Health Organization (WHO). https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf?ua=1

OMS (2020). *The Global Health Observatory* [Base de datos]. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/data/gho>

O*NET Resource Center (2020). *O*NET 24.2* [Base de datos]. https://www.onetcenter.org/db_releases.html

OPS (2014). *Strategy for universal access to health and universal health coverage* (CD53.R14; Resolutions of the 53rd Directing Council). Pan American Health Organization (PAHO). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7652>

Ortiz-Ospina, E. & Roser, M. (2016, octubre 18). *Government Spending*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/government-spending>

Oyer, P. (2016). *Workforce in America: The Economics of an Increasingly Flexible Labor Market* [Commissioned report]. Upwork. <https://www.upwork.com/i/us-independent-workforce/>

Oyer, P. (2020). *The gig economy* (N.º 471). IZA World of Labor. <https://doi.org/10.15185/izawol.471>

Panadeiros, M. & Pessino, C. (2018). Consecuencias fiscales del envejecimiento poblacional: Proyecciones agregadas del gasto en salud para 10 países de América Latina (N.º 601; Documentos para Discusión). Banco Interamericano de Desarrollo (BID). <http://dx.doi.org/10.18235/0001224>

Pauly, M. V. (1974). Overinsurance and Public Provision of Insurance: The Roles of Moral Hazard and Adverse Selection. *The Quarterly Journal of Economics*, 88(1), 44. <https://doi.org/10.2307/1881793>

Peláez Longinotti, F. (2018). *Panorama de los Gastos Tributarios en América Latina: Principales estadísticas de la Base de Datos del CIAT* (N.º 5; Documentos de Trabajo). Centro Interamericano de Administraciones Tributarias (CIAT). <https://www.ciat.org/dt-05-panorama-de-los-gastos-tributarios-en-america-latina-principales-estadisticas-de-la-base-de-datos-del-ciat/>

Pension Watch (2020). *Social pensions database* [Base de datos]. <http://www.pension-watch.net/social-pensions-database/social-pensions-database--/>

Pesole, A., Urzì Brancati, M. C., Fernández-Macías, E., Biagi, F. & González Vázquez, I. (2018). *Platform Workers in Europe*. Publications Office of the European Union. https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC112157/jrc112157_pubsy_platform_workers_in_europe_science_for_policy.pdf

Pfütze, T. & Rodríguez-Castelán, C. (2019). Can a Small Social Pension Promote Labor Force Participation? Evidence from the Colombia Mayor Program. *Economía*, 20(1), 111-154. <https://doi.org/10.1353/eco.2019.0010>

Pritchett, L. (2020, febrero 24). *Only Migration Can Save the Welfare State: Rich Countries Need 380 Million More Workers By 2050*. Foreign Affairs. <https://www.foreignaffairs.com/articles/2020-02-24/only-migration-can-save-welfare-state>

Reinauer, H., Home, P. D., Kanagasabapathy, A. S. & Heuck, C.-Chr. (2005). *Diagnóstico y monitorización de la diabetes Mellitus desde el Laboratorio*. Organización Mundial de la Salud (OMS). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42642/9241590483_spa.pdf

Riascos, Á. J., Romero, M. & Serna, N. (2017). *Risk Adjustment Revisited using Machine Learning Techniques* (N.º 015601; Documentos CEDE). Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico (CEDE), Universidad de los Andes. <https://ideas.repec.org/p/col/000089/015601.html>

Rodríguez-Lesmes, P. & Vera-Hernández, M. (2019). *Using Two-Part Contracts to Identify Complementarities Across Tasks: An Application to Family Doctors* (Working Paper). https://sistemas.colmex.mx/Reportes/LACEALAMES/LACEA-LAMES2019_paper_221.pdf

Rodrik, D. (1996). Understanding Economic Policy Reform. *Journal of Economic Literature*, 34(1), 9-41. JSTOR.

Rofman, R., Apella, I. & Veza, E. (Eds.). (2013). *Más allá de las Pensiones Contributivas: Catorce experiencias en América Latina* (primera ed.). Banco Mundial.

Rosengren, A., Smyth, A., Rangarajan, S., Ramasundarahettige, C., Bangdiwala, S. I., AlHabib, K. F., Avezum, A., Bengtsson Boström, K., Chifamba, J., Gulec, S., Gupta, R., Igumbor, E. U., Iqbal, R., Ismail, N., Joseph, P., Kaur, M., Khatib, R., Kruger, I. M., Lamelas, P., ... Yusuf, S. (2019). Socioeconomic status and risk of cardiovascular disease in 20 low-income, middle-income, and high-income countries: The Prospective Urban Rural Epidemiologic (PURE) study. *The Lancet Global Health*, 7(6), e748-e760. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30045-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30045-2)

Saltiel, F. & Urzúa, S. (2017). *The effect of the minimum wage on employment in Brazil* (N.º 2017/22; Working Papers). CAF -banco de desarrollo de América Latina. <https://scioteca.caf.com/handle/123456789/1109>

Samuelson, P. A. (1958). An Exact Consumption-Loan Model of Interest with or without the Social Contrivance of Money. *Journal of Political Economy*, 66(6), 467-482. JSTOR.

Stafford, M. & Deeny, S. (2020, mayo 21). Inequalities and deaths involving COVID-19: What the links between inequalities tell us. *The Health Foundation*. <https://www.health.org.uk/news-and-comment/blogs/inequalities-and-deaths-involving-covid-19>

Sturzenegger, F. & Tommasi, M. (Eds.). (1998). *The political economy of reform*. MIT Press.

Tirole, J. (2017). *La economía del bien común*. Taurus.

U.S. Bureau of Labor Statistics (2018). Occupational Employment Statistics, May 2018 National Occupational Employment and Wage Estimates. https://www.bls.gov/oes/2018/may/oes_nat.htm

USGS (2020). *US government spending* [Base de datos]. <https://www.usgovernmentspending.com/>

Wagstaff, A., Eozenou, P., Neelsen, S. & Smits, M. (2018). *The 2018 Health Equity and Financial Protection Indicators Database: Overview and Insights* (N.º 8577; Policy Research Working Papers). The World Bank. <https://doi.org/10.1596/1813-9450-8577>

La protección social de siglo XXI en los países de la región estará fuertemente condicionada por la informalidad laboral, la automatización y digitalización de los procesos productivos, y, especialmente, por el envejecimiento acelerado de la población. En efecto, en los próximos 30 años, la proporción de latinoamericanos de al menos 65 años se duplicará, para alcanzar casi un 18 %.

Este reporte se centra en la naturaleza de los desafíos que enfrentan los sistemas de protección social y las políticas públicas para abordarlos. Su foco primordial son las pensiones y la provisión de servicios de salud y cuidados para los adultos mayores. Su objetivo es ofrecer una visión integral y en profundidad de ambos sistemas, que tenga en cuenta las interacciones entre la estructura demográfica, el mercado laboral y los factores que determinan su equilibrio financiero y su sostenibilidad. Asimismo, ofrece algunas claves para construir una protección social para el adulto mayor que sea de calidad y financieramente sostenible.