



SERIE SALUD UNIVERSAL

# SEGURIDAD SOCIAL EN CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA

*Situación actual y desafíos*

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS Américas





# SEGURIDAD SOCIAL EN CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA

*Situación actual y desafíos*

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
ORGANIZACIÓN REGIONAL DE LAS  
AMÉRICAS



Washington, D.C.  
2020

Seguridad social en Centroamérica y República Dominicana: situación actual y desafíos

ISBN: 978-92-75-32197-3

eISBN: 978-92-75-32198-0

**© Organización Panamericana de la Salud y el Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y República Dominicana, 2020**

Todos los derechos reservados. La publicación está disponible en el sitio web de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ([www.paho.org](http://www.paho.org)) y en el sitio web del Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y República Dominicana (CISSCAD) ([www.cisscad.org](http://www.cisscad.org)). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, la presente publicación deberán dirigirse al Equipo de Publicaciones a través de su sitio web ([www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions)).

**Forma de cita propuesta:** *Seguridad social en Centroamérica y República Dominicana: situación actual y desafíos*. Washington, D.C.: OPS, CISSCAD; 2020.

**Catalogación en la fuente:** puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS o del CISSCAD, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS o el CISSCAD los aprueben o recomienden con preferencia a otros de naturaleza similar que no se mencionan. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula. Las opiniones expresadas en esta publicación son las de sus autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista ni las políticas de la OPS ni del CISSCAD.

La OPS y el CISSCAD han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación; no obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS o el CISSCAD podrán ser considerados responsables de daño alguno causado por su utilización.

# ÍNDICE

Presentación .....	vii
Metodología .....	ix
Siglas .....	x
Agradecimientos .....	xii
Resumen .....	xiii
<b>I. SEGURIDAD SOCIAL EN CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA: SITUACIÓN ACTUAL ....</b>	<b>1</b>
<b>A. Belice .....</b>	<b>1</b>
1. Contexto general .....	1
2. Antecedentes y organización actual .....	1
3. Régimen de enfermedad y maternidad .....	2
3.1 Beneficiarios .....	2
3.2 Población cubierta .....	2
3.3 Financiamiento.....	3
3.4 Prestaciones .....	3
3.5 Organización de los servicios de salud .....	3
4. Régimen de invalidez, vejez y muerte.....	4
4.1 Cobertura .....	4
4.2 Financiamiento .....	5
4.3 Condiciones de adquisición de derechos.....	5
4.4 Prestaciones.....	6
5. Régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales .....	7
5.1 Cobertura .....	7
5.2 Financiamiento.....	7
5.3 Prestaciones .....	7
<b>B. Costa Rica.....</b>	<b>9</b>
1. Contexto general .....	9
2. Antecedentes y organización actual.....	9
3. Régimen de enfermedad y maternidad .....	10
3.1 Beneficiarios .....	10
3.2 Población cubierta .....	11
3.3 Financiamiento.....	12
3.4 Prestaciones .....	12
3.5 Organización de los servicios de salud .....	13
4. Régimen de invalidez, vejez y muerte.....	13
4.1 Cobertura .....	14
4.2 Financiamiento .....	14
4.3 Condiciones de adquisición de derechos.....	15
4.4 Prestaciones.....	17
5. Régimen de accidentes de trabajo y riesgos profesionales .....	17
5.1 Cobertura .....	17
5.2 Financiamiento.....	18
5.3 Prestaciones .....	18

<b>C. El Salvador</b> .....	<b>19</b>
1. Contexto general .....	19
2. Antecedentes y organización actual.....	19
3. Régimen de enfermedad y maternidad .....	20
3.1 Beneficiarios .....	21
3.2 Población cubierta .....	21
3.3 Financiamiento.....	21
3.4 Prestaciones .....	22
3.5 Organización de los servicios de salud .....	22
4. Régimen de invalidez, vejez y muerte.....	23
4.1 Cobertura .....	23
4.2 Financiamiento .....	24
4.3 Condiciones de adquisición de derechos.....	24
4.4 Prestaciones.....	35
5. Régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales .....	26
5.1 Cobertura .....	26
5.2 Financiamiento.....	26
5.3 Prestaciones .....	26
<b>D. Guatemala</b> .....	<b>27</b>
1. Contexto general .....	27
2. Antecedentes y organización actual.....	27
3. Régimen de enfermedad y maternidad .....	28
3.1 Beneficiarios .....	28
3.2 Población cubierta .....	29
3.3 Financiamiento.....	29
3.4 Prestaciones .....	29
3.5 Organización de los servicios de salud .....	31
4. Régimen de invalidez, vejez y muerte.....	31
4.1 Cobertura .....	32
4.2 Financiamiento .....	32
4.3 Condiciones de adquisición de derechos.....	33
4.4 Prestaciones.....	33
5. Régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales .....	34
5.1 Cobertura .....	34
5.2 Financiamiento.....	34
5.3 Prestaciones .....	34
<b>E. Honduras</b> .....	<b>35</b>
1. Contexto general .....	35
2. Antecedentes y organización actual.....	35
3. Régimen de enfermedad y maternidad .....	37
3.1 Beneficiarios .....	37
3.2 Población cubierta .....	37

3.3	Financiamiento.....	38
3.4	Prestaciones .....	38
3.5	Organización de los servicios de salud .....	39
4.	Régimen de invalidez, vejez y muerte.....	39
4.1	Cobertura .....	39
4.2	Financiamiento .....	39
4.3	Condiciones de adquisición de derechos.....	40
4.4	Prestaciones.....	40
5.	Régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales .....	41
5.1	Cobertura .....	41
5.2	Financiamiento.....	41
5.3	Prestaciones .....	41
5.4	Servicios de prevención .....	42
<b>F.</b>	<b>Nicaragua .....</b>	<b>43</b>
1.	Contexto general .....	43
2.	Antecedentes y organización actual .....	43
3.	Régimen de enfermedad y maternidad .....	44
3.1	Beneficiarios .....	44
3.2	Población cubierta .....	45
3.3	Financiamiento.....	45
3.4	Prestaciones .....	45
3.5	Organización de los servicios de salud .....	46
4.	Régimen de invalidez, vejez y muerte.....	46
4.1	Cobertura .....	46
4.2	Financiamiento .....	47
4.3	Condiciones de adquisición de derechos.....	47
4.4	Prestaciones.....	48
5.	Régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales .....	49
5.1	Cobertura .....	49
5.2	Financiamiento.....	49
5.3	Prestaciones .....	49
<b>G.</b>	<b>Panamá .....</b>	<b>51</b>
1.	Contexto general .....	51
2.	Antecedentes y organización actual .....	51
3.	Régimen de enfermedad y maternidad .....	52
3.1	Beneficiarios .....	52
3.2	Población cubierta .....	53
3.3	Financiamiento.....	53
3.4	Prestaciones .....	53
3.5	Organización de los servicios de salud .....	54

4. Régimen de invalidez, vejez y muerte.....	54
4.1 Cobertura.....	55
4.2 Financiamiento.....	55
4.3 Condiciones de adquisición de derechos.....	55
4.4 Prestaciones.....	56
5. Régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.....	58
5.1 Cobertura.....	58
5.2 Financiamiento.....	58
5.3 Prestaciones.....	58
<b>H. República Dominicana.....</b>	<b>59</b>
1. Contexto general.....	59
2. Antecedentes y organización actual.....	60
3. Seguro Familiar de Salud (SFS).....	62
3.1 Beneficiarios.....	62
3.2 Población cubierta.....	63
3.3 Financiamiento.....	63
3.4 Prestaciones.....	64
3.5 Organización de los servicios de salud.....	65
4. Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia (SVDS).....	66
4.1 Cobertura.....	66
4.2 Financiamiento.....	67
4.3 Condiciones de adquisición de derechos.....	67
4.4 Prestaciones.....	68
5. Seguro de Riesgos Laborales (SRL).....	70
5.1 Cobertura.....	70
5.2 Financiamiento.....	70
5.3 Prestaciones.....	70
<b>II. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PRINCIPALES INDICADORES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA.....</b>	<b>87</b>
<b>III. SEGURIDAD SOCIAL EN CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA: RETOS Y DESAFÍOS.....</b>	<b>83</b>
<b>A. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.....</b>	<b>83</b>
Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.....	83
Ampliar el acceso equitativo a servicios integrales.....	84
Fortalecer la rectoría y gobernanza.....	84
Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia.....	85
Fortalecer la coordinación intersectorial.....	87
<b>Referencias.....</b>	<b>88</b>

## PRESENTACIÓN

El objeto del presente informe es ofrecer una descripción general de los principales regímenes vigentes en los sistemas y las instituciones de seguridad social de Centroamérica y República Dominicana, realizar un análisis comparativo de dichos regímenes y presentar los retos y desafíos en materia de seguridad social en la región, a partir de los cuales se han definido las metas y los indicadores de seguridad social para el decenio 2018-2028.

El informe se elaboró en el marco de las actividades del Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y República Dominicana (CISSCAD) para promover proyectos y acciones con miras a extender los beneficios de la seguridad social a todos los habitantes de la región, por medio de la comunicación, el intercambio y el aprovechamiento de las experiencias comunes en el desempeño de sus funciones.

En la XXXVIII Asamblea Ordinaria del CISSCAD, realizada los días 15, 16 y 17 de mayo del 2017 en la ciudad de San José, Costa Rica, los representantes de los países miembros dieron pasos importantes en el análisis y la determinación de retos y desafíos comunes y avanzaron en la definición y aprobación de metas e indicadores para el decenio 2018-2028.

Como organismo técnico, ejecutivo y especializado, y en cumplimiento de sus funciones de proveer apoyo y coordinación interinstitucional política y técnica para la universalización, el desarrollo y la coordinación de las instituciones de seguridad social de Centroamérica y República Dominicana, el CISSCAD ha propiciado y coordinado el trabajo conjunto y la cooperación técnica con la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

El presente documento se divide en tres secciones. En la primera se realiza una descripción contextualizada de las instituciones de seguridad social de Centroamérica y República Dominicana, analizando los siguientes aspectos:

- Contexto general de los países (indicadores geográficos, demográficos, económicos y laborales).
- Características generales de las instituciones de seguridad social, incluida una breve descripción de la historia de la institución y de los diferentes esquemas de salud y pensiones que ha administrado en el pasado.
- Caracterización de los regímenes de enfermedad y maternidad; invalidez, vejez y muerte; y accidentes de trabajo y riesgos profesionales<sup>1</sup>. Esta descripción incluye los siguientes elementos:
  - o Base de generación del derecho (titular y dependientes);
  - o población cubierta por las instituciones en cada uno de los tres regímenes de acuerdo con los esquemas existentes;
  - o modalidad de financiamiento de los diferentes esquemas: esquema de aportes obligatorios (y voluntarios), subsidios provenientes de rentas generales del gobierno central, mancomunidad de recursos en uno o varios esquemas;
  - o conjunto de servicios cubiertos y condiciones de acceso a estos;

---

<sup>1</sup> Es importante mencionar que la caracterización no incluye programas de seguridad social no contributivos.

- o en el caso de los regímenes de enfermedad y maternidad, se explicitan los servicios que se contratan y los servicios provistos por proveedores propios (y en qué condiciones en ambos casos). En el caso de los proveedores propios, se explicitan los mecanismos de pago a establecimientos, profesionales y otros trabajadores de la salud.

En la segunda sección se presenta un análisis comparativo de los principales indicadores de la seguridad social en los ocho países de la región. Para ello, se presentan los indicadores de los regímenes abordados en esta sección (enfermedad y maternidad; invalidez, vejez y muerte; y accidentes de trabajo y enfermedades profesionales) en cuadros separados.

En la tercera sección se abordan los desafíos pendientes de la seguridad social en salud a partir de la problemática de acceso y cobertura, utilizando como marco de referencia la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud de la Organización Panamericana de la Salud del 2014, y se presenta una descripción general de los retos y desafíos regionales en materia de seguridad social.

Así, en el informe se brinda una caracterización de la diversidad de arreglos institucionales desarrollados en los sistemas de seguridad social de Centroamérica y República Dominicana.

## **METODOLOGÍA**

Para la elaboración del presente documento se han consultado documentos oficiales de las instituciones de seguridad social de los países miembros del CISSCAD, legislación vigente en cada uno de los países y normas de cada institución. Además, se ha recurrido a documentos, bases de datos y publicaciones de organismos internacionales.

Asimismo, se utilizaron datos de las presentaciones realizadas por los representantes de las respectivas instituciones de seguridad social en el I Encuentro de Gestores de la Seguridad Social (San José, Costa Rica, 27-29 de abril del 2017) y la XXXVIII Asamblea Ordinaria del CISSCAD (San José, Costa Rica, 15-17 de mayo del 2017) y se tuvieron en cuenta las observaciones a una primera versión del documento formuladas por las instituciones rectoras en enero y febrero del 2018.

El CISSCAD realizó el proceso de revisión y validación de la estructura y el contenido con los países representados. Todo el proceso contó con el apoyo de la OPS/OMS.

## SIGLAS

<b>AEISS</b>	Administradora de Estancias Infantiles Salud Segura
<b>AFP</b>	Administradoras de Fondos de Pensiones
<b>ARS</b>	Administradoras de Riesgos de Salud
<b>CCSS</b>	Caja Costarricense de Seguro Social
<b>CIAP</b>	Cuenta Individual de Ahorro para Pensiones
<b>CISSCAD</b>	Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y República Dominicana
<b>CNSS</b>	Consejo Nacional de Seguridad Social
<b>COSAM</b>	Comando de Sanidad Militar
<b>CPI</b>	Capitalización Plena Individual de las pensiones
<b>CSS</b>	Caja de Seguro Social
<b>DIDA</b>	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados
<b>DIGESTYC</b>	Dirección General de Estadística y Censos, El Salvador
<b>EBAIS</b>	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
<b>EM</b>	Enfermedad y Maternidad
<b>EMA</b>	Programa de Enfermedad, Maternidad y Accidentes
<b>IDSS</b>	Instituto Dominicano de Seguridad Social
<b>IGSS</b>	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
<b>IHSS</b>	Instituto Hondureño de Seguridad Social
<b>IMPREUNAH</b>	Instituto de Previsión Social de los Empleados de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras
<b>INAIPI</b>	Instituto de Atención a la Primera Infancia
<b>INJUPEMP</b>	Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados y Funcionarios del Poder Ejecutivo
<b>INPEP</b>	Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos
<b>INPREMA</b>	Instituto Nacional de Previsión del Magisterio
<b>INS</b>	Instituto Nacional de Seguros
<b>INSS</b>	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
<b>IPM</b>	Instituto de Previsión Militar
<b>IPSM</b>	Instituto de Previsión Social Militar
<b>IPSS</b>	Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud
<b>ISBM</b>	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
<b>ISSDHU</b>	Instituto de Seguridad Social y Desarrollo Humano
<b>ISSS</b>	Instituto Salvadoreño del Seguro Social

<b>IVM</b>	Invalidez, Vejez y Muerte
<b>IVM/RP</b>	Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Riesgos Profesionales
<b>IVS</b>	Programa de Invalidez, Vejez y Supervivencia
<b>NHI</b>	Seguro Nacional de Salud (National Health Insurance)
<b>OIT</b>	Organización Internacional del Trabajo
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental
<b>OPC</b>	Operadoras de Planes de Pensiones Complementarias
<b>PHP</b>	Prestadores de Atención primaria (Primary Healthcare Provider)
<b>PDSS</b>	Plan de Servicios de Salud
<b>PEA</b>	Población Económicamente Activa
<b>PIB</b>	Producto Interno Bruto
<b>PRECAPI</b>	Programa de Protección Especial para las Trabajadoras de Casa Particular
<b>PSS</b>	Proveedoras de Servicios de Salud
<b>SAP</b>	Sistema de Ahorro para Pensiones
<b>SDSS</b>	Sistema Dominicano de Seguridad Social
<b>SENASA</b>	Seguro Nacional de Salud
<b>SFS</b>	Seguro Familiar de Salud
<b>SIACAP</b>	Sistema de Ahorro y Capitalización de Pensiones de los Servidores Públicos
<b>SIUBEN</b>	Sistema Único de Beneficiarios
<b>SUPEN</b>	Superintendencia de Pensiones
<b>SISALRIL</b>	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
<b>SNP</b>	Sistema Nacional de Pensiones
<b>SPP</b>	Sistema de Pensiones Público
<b>SRL</b>	Seguro de Riesgos Laborales
<b>SNS</b>	Servicio Nacional de Salud
<b>SSB</b>	Social Security Board
<b>SVDS</b>	Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia
<b>TSS</b>	Tesorería de la Seguridad Social
<b>VIH/SIDA</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es producto de una iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y República Dominicana (CISSCAD).

Su elaboración estuvo a cargo de Ernesto Báscolo (Asesor Regional de Gobernanza, Liderazgo, Política y Planificación [OPS/OMS]) y el Consejo Técnico Financiero Administrativo del CISSCAD, con el apoyo de Carla Castillo y Lautaro Gómez (consultores internacionales de la OPS/OMS) y Mario Cruz Peñate (Asesor en Sistemas y Servicios de Salud [OPS/OMS]).

Quisiéramos reconocer especialmente la labor de Ana Rebeca Chaves Espinoza y Luis Rivera Cordero (ambos de la Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]), que coordinaron este trabajo en representación del CISSCAD.

Asimismo, quisiéramos expresar nuestra gratitud a María del Rocío Sáenz Madrigal (Presidenta Ejecutiva de la CCSS, 2014-2017, y Presidenta Pro Tempore del CISSCAD, 2015-2017), a la CCSS; a la Caja de Seguro Social de Panamá; al Consejo de Seguridad Social de Belice; al Consejo Nacional de Seguridad Social de República Dominicana, así como al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, al Instituto Hondureño de Seguridad Social y al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por su valioso aporte y apoyo en esta tarea.

Esta publicación se realizó bajo la supervisión general de Amalia Del Riego (Jefa de la Unidad de Servicios de Salud y Acceso del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS).

## RESUMEN

En función de la especificidad de los contextos demográficos, económicos y sociales y de la singularidad de las trayectorias institucionales de cada una de las instituciones de seguridad social de los países de la región, se describen las diversas modalidades de organización y prestación de servicios de seguridad social, en las que participan instituciones públicas y privadas.

En el sector público, el aseguramiento de salud corresponde principalmente a las instituciones de seguridad social y los ministerios de salud. En el sector privado, existen empresas y organizaciones no gubernamentales (ONG) que ofrecen servicios de salud, sobre los cuales existe regulación del sector público.

En este informe se desarrollan los rasgos particulares de los seguros de salud de las instituciones de seguridad social de la región y se evidencian los contrastes entre ellos. A modo de resumen:

El Ministerio de Salud de Belice ha implementado gradualmente un Seguro Nacional de Salud (NHI, por sus siglas en inglés) desde principios de la década del 2000, que es administrado por la Junta de Seguridad Social (SSB, por sus siglas en inglés). A través de contratos capitados con proveedores de atención primaria públicos, privados y ONG, brinda servicios de atención primaria a todos los ciudadanos y residentes legales de los distritos en los cuales el programa se ha implementado (aproximadamente un tercio de la población): Distrito Sur de la ciudad de Belice, Stann Creek, Toledo y Corozal. El financiamiento del NHI se realiza completamente a través de las rentas generales del gobierno nacional.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) asume ordinariamente la prestación directa y por medios propios de servicios de salud integrales a toda la población, por lo que Costa Rica posee un sistema de salud público integrado. Además, el régimen de enfermedad y maternidad de la CCSS brinda cobertura universal (94,9% de la población). Para financiar dicho régimen las contribuciones totales ascienden a 15% del salario (incluidos los aportes patronal, laboral y estatal), como principal modalidad de aseguramiento contributivo.

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) brinda atención médica y hospitalaria completa por enfermedad y maternidad (consulta médica, medicamentos, servicios auxiliares para el diagnóstico y el tratamiento) y atención odontológica (a excepción de la estética) en sus propias instalaciones a la población asegurada. El régimen de enfermedad y maternidad del ISSS brinda cobertura a 25,45% de la población salvadoreña. El financiamiento de dicho régimen proviene de contribuciones que ascienden a 10,5% del salario más una contribución estatal. Sin embargo, la incorporación de regímenes especiales para algunos segmentos de trabajadores (salvadoreños en el exterior, marinos mercantes) y las medidas tomadas para ampliar la cobertura en el segmento laboral de trabajadores independientes han permitido establecer tasas diferentes de la de 10,5%.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) asume ordinariamente la prestación directa y por medios propios de servicios de salud integrales a la población asegurada. En caso de necesidad, contrata proveedores públicos y privados, a los que paga por servicio. El régimen de enfermedad y maternidad del IGSS cubre a 18,94% de la población guatemalteca. El financiamiento de dicho régimen proviene de contribuciones equivalentes a 8% del salario (incluido el aporte estatal<sup>2</sup>), lo que constituye el esquema de financiamiento de menor costo de la región.

2 Si bien el Estado debe participar en el financiamiento del IGSS en su doble papel de empleador y como Estado financiador del seguro social, su participación no se ha cumplido desde 1956. El Estado debe contribuir en la proporción que establezca el Presupuesto Nacional de conformidad con el artículo 39 de la Ley Orgánica del Instituto y el artículo 100 de la Constitución de la República de 1985.

El Régimen del Seguro de Atención de la Salud (antes Régimen de Enfermedad y Maternidad) del Instituto Hondureño de Seguridad Social<sup>3</sup> (IHSS) brinda cobertura de servicios de atención primaria e incluye consultas y cirugías menores en el segundo y el tercer nivel. El IHSS dispone de instalaciones propias para el segundo y el tercer nivel y contrata proveedores privados para el primero. La contratación de servicios de hospitalización general (medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría) se realiza mediante mecanismos de financiamiento por volumen de servicios producidos. El Régimen del Seguro de Atención de la Salud del IHSS cubre a 19,17% de la población. Su financiamiento proviene de un esquema de contribuciones que ascienden a 8% del salario (incluido el aporte estatal).

El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) no dispone de instalaciones sanitarias propias. Por ese motivo, compra servicios a proveedores públicos y privados mediante pagos capitados. Los servicios cubiertos excluyen prestaciones de alto costo y enfermedades crónicas. Además, las prestaciones garantizadas a los familiares dependientes del afiliado son acotadas. El Régimen de Enfermedad y Maternidad del INSS brinda cobertura a 31,21% de la población nicaragüense. Su financiamiento proviene de contribuciones que ascienden a 8,5% del salario (incluido el aporte estatal).

El Régimen de Enfermedad y Maternidad de la Caja de Seguro Social (CSS) de Panamá ofrece servicios de salud integrales, la mayoría de los cuales se prestan en sus propias instalaciones, con personal asalariado y con limitada coordinación con el Ministerio de Salud (MINSA). Según el MINSA, el Régimen de Enfermedad y Maternidad de la CSS cubre aproximadamente a 60% de la población (aunque formalmente dicha cobertura asciende alrededor de 75%). El financiamiento de dicho régimen proviene de contribuciones equivalentes a 8,5% del salario más una contribución estatal.

En República Dominicana, el Seguro Familiar de Salud (SFS) del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) brinda servicios de salud integrales y atención primaria diferencial bajo los Regímenes Contributivo y Subsidiado (no contributivo) a 73% de la población. Su financiamiento proviene de aportes del Estado para el Régimen Subsidiado y de contribuciones que ascienden a 10,13% del salario para el Régimen Contributivo (el Estado aporta como empleador para los trabajadores públicos). La Tesorería de la Seguridad Social (TSS) distribuye pagos capitados a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) por la administración y prestación de los servicios del Plan Básico de Salud y estas pagan por prestación a los Proveedores de Servicios de Salud (PSS). El Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) instrumenta pagos capitados en el primer nivel y pagos por servicio en los demás niveles para el Régimen Subsidiado.

Con respecto al aseguramiento de pensiones contributivas, existen sistemas de capitalización colectiva y reparto administrados por las instituciones de seguridad social, que en algunos casos coexisten con sistemas de capitalización individual, tanto públicos como privados, conformando sistemas mixtos que combinan ambas modalidades. Asimismo, existen seguros de pensiones gremiales. En ese marco, en el informe se ponen de relieve rasgos particulares y contrastes entre los seguros de pensiones contributivos de las instituciones de seguridad social de la región. A modo de resumen:

<sup>3</sup> El IHSS está transitando por un proceso de reforma institucional que actualmente se encuentra en etapa de producción normativa. La caracterización brindada de los regímenes de dicha Institución está sujeta a variaciones en función de la evolución de dicho proceso.

El Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) o fondo de largo plazo de la SSB constituye el primer pilar de protección de pensiones de Belice. Existen, además, planes complementarios administrados por otras instituciones. El fondo de largo plazo de la SSB consiste en un esquema contributivo de prestaciones definidas en función del ingreso y en un subsidio de jubilación para las personas con insuficientes contribuciones. Las contribuciones obligatorias para su financiamiento ascienden a 4,5% del salario (sin aporte estatal). La edad de retiro es de 65 años con un mínimo de 500 contribuciones semanales acreditadas. En ese contexto, 60,7% de la población económicamente activa (PEA) se encuentra cubierta.

El sistema previsional costarricense consiste en un esquema multipilar. El primer pilar es el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) de la CCSS, un esquema público de reparto y beneficio definido. Las contribuciones obligatorias al régimen de IVM ascienden a 10,16% del salario (incluido el aporte estatal). La edad de retiro es de 65 años con al menos 300 meses de cotizaciones. En ese contexto, aproximadamente 64% de la PEA se encuentra cubierta. Existen dos pilares adicionales no administrados por la CCSS, que consisten en un esquema de capitalización individual complementaria de carácter obligatorio y un esquema de capitalización individual voluntario. El cuarto pilar corresponde a las pensiones del Régimen No Contributivo, que administra la CCSS con recursos del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF).

El régimen de pensiones de El Salvador fue objeto de una reforma estructural en 1997, cuando se adoptó la modalidad de capitalización individual y administración privada. Dicho régimen, denominado Sistema de Ahorro para Pensiones (SAP), resulta de una reforma de carácter sustitutivo del Sistema de Pensiones Público (SPP) del ISSS y el Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP), que supone la coexistencia de ambos sistemas por un tiempo definido. El SPP no registra nuevos afiliados desde 1998, pero continúa otorgando beneficios a sus pensionados y mantiene afiliados a aquellos inscritos en el sistema que tenían más de 50 años, en el caso de las mujeres, y de 55 años, en el caso de los hombres, al momento de la reforma, así como a aquellos que tenían entre 36 y 50 años, en el caso de las mujeres, y 55 años, en el caso de los hombres, que optaron por mantenerse en el SPP. Las contribuciones para el financiamiento del SAP ascienden a 10,8% del salario (sin contribución por parte del Estado). La edad de retiro es 60 años (hombres) o 55 años (mujeres), con al menos 25 años de cotizaciones. En ese contexto, 24,2% de la PEA se encuentra cubierta por el SAP.

El Régimen de IVM del IGSS de Guatemala consiste en un sistema público de prestaciones definidas. Tiene cobertura nacional y obligatoria para todos los trabajadores asalariados, aunque con cierta diferenciación según el tamaño de la empresa. Se exige que las empresas tengan al menos tres empleados en el departamento de Guatemala y al menos cinco en el resto del país. Las contribuciones para su financiamiento ascienden a 5,5% del salario más un aporte estatal equivalente a 25% del total de las prestaciones anuales pagadas por el programa. La edad de retiro es 60 años con al menos 240 meses de contribuciones. En ese contexto, aproximadamente 20% de la PEA se encuentra cubierta.

El régimen del Seguro de Previsión Social (IVM) del IHSS en Honduras consiste en un sistema público de prestaciones definidas. Además, proporciona un beneficio contributivo definido para la vejez a aquellas personas que no cumplen con el número de contribuciones requerido. Las contribuciones para su financiamiento ascienden a 6,5% del salario (incluido el aporte estatal).

La edad de retiro es de 65 años (hombres) o 60 años (mujeres) con al menos 180 meses de cotizaciones. En ese contexto, 15,27% de la PEA se encuentra cubierta.

El Régimen de IVM del INSS de Nicaragua consiste en un sistema público de reparto y beneficio definido, relacionado con los ingresos. Para financiar dicho régimen, el INSS tiene el esquema de financiamiento con menor porcentaje de contribuciones de la región, pues las contribuciones totales ascienden a 14% del salario (sin contribución estatal). La edad de retiro es 60 años con al menos 750 semanas de cotizaciones.

El Régimen de IVM de la CSS de Panamá consiste en un sistema mixto que contempla un esquema de reparto de beneficios definidos y un sistema obligatorio de capitalización basado en cuentas de ahorro individuales. Las contribuciones para su financiamiento ascienden a 9,5% del salario más un subsidio estatal. La edad de retiro es de 62 años (hombres) o 57 años (mujeres) con al menos 240 meses de cotizaciones. En ese contexto, 64,82% de la PEA se encuentra cubierta.

El régimen de IVM del Régimen Contributivo del SDSS en República Dominicana se denomina Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia (SVDS) y consiste en un sistema contributivo basado en cuentas de capitalización individuales, administradas por Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) públicas, privadas o mixtas. Las contribuciones obligatorias para su financiamiento ascienden a 9,97% del salario (sin aporte estatal, excepto en los casos de contribuciones como empleador). La edad de retiro es de 60 años con al menos 30 años de cotizaciones. El 39,6% de la PEA está actualmente cotizando, con un patrimonio acumulado equivalente a 13% del producto interno bruto (PIB) y una rentabilidad promedio de 10,82%. En el caso del Régimen Subsidiado, consiste en una pensión solidaria equivalente a 60% del salario mínimo del sector público vigente, que se otorga a las personas mayores de 60 años en situación vulnerable, personas de cualquier edad con discapacidad severa y que vivan en situación vulnerable y madres solteras que vivan en situación vulnerable, todas previamente identificadas en el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN). El inicio gradual con hasta 50.000 pensiones está previsto para el 2020. En la etapa inicial se beneficiará a las personas mayores con discapacidad que, conforme los indicadores de calidad de vida (ICV), se encuentren en condiciones de pobreza extrema o categoría ICV1 de los territorios priorizados (34 municipios de mayor pobreza).

De esta forma, en el documento se presenta una visión panorámica de la situación actual en materia de seguridad social en los distintos países de Centroamérica y República Dominicana y se describen algunos matices de sus contextos demográficos y económicos. Se trata de un grupo de países de tamaños poblacionales diversos en los que, salvo excepciones como República Dominicana y Panamá, más de 40% de la población reside en zonas rurales. En términos económicos, salvo Panamá, en el 2016 presentaban un PIB inferior a 10.000 dólares estadounidenses (en dólares del 2010) y un gasto público total per cápita en salud que variaba entre 13% (Guatemala) y 40% (Panamá) del PIB. Por otra parte, a excepción de Costa Rica, se trata de países con tasas de dependencia mayores de 50% y altos niveles de informalidad del empleo (Honduras, con 80%, constituye el caso extremo).

En una realidad como la descrita, más allá de la diversidad en cuanto a la madurez y el desarrollo de los arreglos institucionales de seguridad social de la región, es posible distinguir retos y desafíos comunes que los países analizados enfrentan en materia de seguridad social. Algunos de estos

desafíos se relacionan con temas estructurales, que requieren importantes transformaciones en términos de rectoría y gobernanza, como aquellos para abordar la segmentación de los sistemas y la fragmentación de los servicios, la ampliación del espectro de contribuyentes y un financiamiento adecuado a las necesidades de la población. Por último, con respecto a la prestación de servicios de salud, el contexto de cambio demográfico y epidemiológico exige la adaptación de los modelos de atención a una atención integral, centrada en las necesidades de las personas y las comunidades, con una amplia capacidad resolutive de la atención primaria, y el fomento de la articulación de los distintos niveles de atención a través de redes integradas.



# I. SEGURIDAD SOCIAL EN CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA: SITUACIÓN ACTUAL

## A. Belice

### 1. Contexto general

Belice tiene una extensión territorial de 22.965 km<sup>2</sup>. Limita al norte con México, al oeste y al sur con Guatemala y al este con el mar Caribe. Con una población aproximada de 387.879 habitantes en junio del 2017 (SIB, 2017), de los cuales 44% habitaba en zonas urbanas (PLISA, 2017), presentaba una densidad poblacional de 16,09 habitantes por km<sup>2</sup> (Banco Mundial, 2017). Además, 3,9% de su población tenía 65 años de edad o más y presentaba una tasa de dependencia de 58,5% (PLISA, 2017).

Belice es la economía más pequeña de Centroamérica. Considerada por el Banco Mundial como una economía de ingreso medio-alto, en el 2016 registró un PIB per cápita de 4.316,6 dólares estadounidenses (en valores constantes del 2010) (CEPALSTAT, 2017).

La desigualdad en la distribución del ingreso medida mediante el índice de concentración de Gini tenía un valor aproximado de 0,42 en el 2009 (Carneiro, 2016) y el mercado laboral presentaba una tasa de desempleo de 9% en abril del 2017 (SIB, 2017).

### 2. Antecedentes y organización actual

Belice fue uno de los últimos países de América Latina y el Caribe en implementar un programa de seguridad social, al promulgar la Ordenanza de Seguridad Social en 1979. Mediante dicha ordenanza se creó el Plan General de Seguridad Social (GSSS, por sus siglas en inglés), que comenzó a funcionar en 1981.

El GSSS es un sistema nacional al que deben contribuir obligatoriamente todos los empleadores y los trabajadores asalariados formales entre las edades de 14 y 65 años, tanto del sector público como del sector privado. Las contribuciones realizadas al Fondo de Seguro Social se utilizan para pagar beneficios, gastos administrativos e inversiones. La Junta de Seguridad Social (SSB, por sus siglas en inglés) es la encargada de la administración del Fondo de Seguro Social.

El GSSS consta de tres ramas o fondos de beneficios: corto plazo, largo plazo y lesiones laborales. La rama de corto plazo comprende prestaciones económicas por enfermedad y maternidad; la rama de largo plazo comprende las prestaciones de jubilación, invalidez y sobrevivencia, y la rama de accidentes de trabajo cubre la atención médica, los beneficios por accidentes de trabajo temporales y las subvenciones o pensiones en caso de incapacidad permanente o muerte por lesiones laborales.

Tradicionalmente, el sistema de seguridad social de Belice solo ha brindado cobertura de servicios de salud ante enfermedades y accidentes relacionados con el trabajo. Sin embargo, como parte de una reforma sanitaria implementada por el Ministerio de Salud para mejorar la prestación de servicios de salud y aumentar el acceso a una atención de calidad, se estableció legalmente el Seguro Nacional de Salud (NHI, por sus siglas en inglés) en virtud de la Ley de enmienda de la SSB de agosto del 2001.

Mediante el establecimiento de un fondo del NHI, financiado con contribuciones descontadas de la nómina salarial y aportes estatales provenientes de la recaudación fiscal general, se buscaba brindar cobertura a los desempleados y a los sectores sociales más pobres.

Mediante un convenio firmado en el 2002, el NHI se institucionalizó como una subunidad de la SSB, aprovechando la estructura institucional y organizativa de esta última.

La reforma contempla una división de funciones que otorga al Ministerio de Salud la responsabilidad de definir las necesidades y prioridades de salud y regular los servicios de salud, mientras que el NHI adopta la función principal de recaudador y comprador, directamente responsable de asegurar que los proveedores cumplan con los requisitos estipulados en los acuerdos contractuales.

### 3. Régimen de enfermedad y maternidad

#### 3.1 Beneficiarios

Los servicios de salud cubiertos por el NHI están garantizados para todos los ciudadanos y residentes legales de los distritos en los cuales el programa tiene implementación efectiva. Para acceder a los servicios, se requiere que cada beneficiario disponga de una tarjeta de seguro social de su titularidad.

El NHI está vigente en el Distrito Sur de la ciudad de Belice desde comienzos del año 2005, en la Región Sanitaria Sur (distritos de Stann Creek y Toledo) desde junio del 2006 y en el distrito norteño de Corozal desde el 2015.

#### 3.2 Población cubierta

A finales del 2009, 95% de la población del Distrito Sur de la ciudad de Belice y 84% de la población en la Región Sanitaria Sur estaban asegurados por el NHI. Esta cobertura correspondía a cerca de 73.000 personas, aproximadamente 22% de la población del país (Horton et al., 2010).

Luego de la extensión del programa al distrito de Corozal (donde brinda cobertura a 20.000 habitantes aproximadamente), se estima que un tercio de la población tiene cobertura del NHI.

### **3.3 Financiamiento**

El NHI se concibió como parte de una estrategia de financiamiento equitativo y sostenible mediante el establecimiento de un fondo financiado con contribuciones a la SSB descontadas de la nómina salarial y aportes estatales provenientes de la recaudación fiscal general, para brindar cobertura a los desempleados y a los sectores sociales más pobres.

Sin embargo, la insostenibilidad de ese esquema de financiamiento determinó que a partir del 2008 el financiamiento del NHI se realice completamente a través de las rentas generales del gobierno nacional.

### **3.4 Prestaciones**

El NHI garantiza la cobertura de servicios de atención primaria, que incluyen un conjunto de prestaciones como: consultas médicas básicas, cuidados básicos pre y posnatales, inmunizaciones, planificación familiar, partos, monitoreo del crecimiento de niños menores de cinco años, monitoreo de hipertensión, diabetes, VIH/sida, cáncer y tuberculosis, así como análisis de laboratorio, imágenes y medicamentos (Mac Arthur et al., 2014).

La cobertura brindada por el NHI hace hincapié en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el diagnóstico temprano. Incluye visitas a los hogares de personas mayores que tienen dificultades para concurrir a las instalaciones sanitarias y la implementación de procedimientos de seguimiento de los pacientes, fundamentalmente en las áreas urbanas.

### **3.5 Organización de los servicios de salud**

Los servicios de salud asegurados por el NHI son proporcionados por proveedores de atención primaria públicos y privados y organizaciones no gubernamentales. Se cuenta con hospitales y clínicas privadas, hospitales públicos, policlínicos, centros de salud y puestos de salud.

El mecanismo de compra de los servicios se realiza mediante pagos capitados uniformes mensuales por parte del Fondo del NHI a los proveedores de atención primaria por cada usuario registrado bajo su cuidado, los cuales deben cumplir con contratos de atención médica bajo el concepto de cuidado administrado. Además, se aplican bonos por desempeño vinculados a objetivos de satisfacción, calidad, cambio organizacional y cumplimiento de los requisitos de información (Horton et al., 2010).

El NHI paga mensualmente a los proveedores de atención primaria 70% del pago por capitación por adelantado y el 30% restante del pago depende de los indicadores de desempeño por eficiencia, calidad y procesos administrativos, con ponderaciones sobre esa cantidad retenida de 70%, 20% y 10% respectivamente. Si un indicador no se alcanza completamente, se deduce el peso proporcional correspondiente del pago mensual total. Además, los proveedores de atención primaria pueden recibir un bono anual basado en indicadores de desempeño relacionados con programas de prevención, calidad de atención, uso de protocolos clínicos, satisfacción del paciente y prestación apropiada de servicios clave (Mac Arthur et al., 2014).

#### 4. Régimen de invalidez, vejez y muerte

El sistema de pensiones de Belice está conformado por cinco instituciones, cada una de las cuales presenta diferentes modelos de financiamiento, distintos niveles de prestaciones y diferentes edades de jubilación (véase el gráfico 1).

**Gráfico 1: Belice: actores, nivel de contribución y edad de retiro del sistema de pensiones**



Fuente: Tapia, 2015.

El fondo de largo plazo de la SSB constituye el primer pilar de protección de pensiones. Los Planes de Pensiones para Funcionarios Públicos, las Pensiones de los Maestros de Escuela, las Pensiones de la Asamblea Nacional y el Plan de Pensiones del Banco Central de Belice constituyen un segundo pilar.

La rama de largo plazo de la SSB es el plan de pensiones con mayor cobertura poblacional. Consiste en un esquema contributivo de prestaciones definidas, que se basa en un sistema escalonado de primas<sup>4</sup>.

##### 4.1 Cobertura

En principio, todos los empleadores y los empleados asalariados de los sectores público y privado deben contribuir al GSSS. En los hechos, sin embargo, muchos trabajadores quedan excluidos, especialmente los del sector de la economía informal.

Según la SSB, la cobertura del sistema de seguridad social ha disminuido en los últimos años (SSB, 2012). La tasa de participación de la fuerza de trabajo disminuyó de 70% en el 2006 a 60,7% en el 2012.

A fines del 2003 se introdujeron disposiciones formales que permitían a los trabajadores autónomos asegurarse voluntariamente. Sin embargo, la participación de estos trabajadores es muy limitada.

Belice afronta problemas de bajo ahorro previsional y baja cobertura, pues 61% de la población mayor de 65 años no recibe ningún tipo de beneficio previsional y solo 14% recibe una pensión de vejez.

<sup>4</sup> Las contribuciones se ajustan periódicamente para asegurar que los ingresos esperados de primas e inversiones no sean inferiores al costo de los beneficios y la administración.

Ante esta situación, en el 2001 se estableció una pensión no contributiva, cuyos criterios de elegibilidad se han vuelto menos rigurosos y cuya cuantía ha aumentado, hasta cubrir a 25% de las personas mayores más pobres. Este beneficio no contributivo está financiado por recursos propios del sistema general.

#### **4.2 Financiamento**

El financiamiento de los beneficios administrados por la SSB se efectúa mediante una contribución total que representa, en promedio, 8% de los ingresos de los asalariados. Dichas contribuciones se distribuyen entre las diferentes ramas de beneficios de la siguiente manera:

- Beneficios a corto plazo: 1,54%
- Beneficios por lesiones laborales: 1,96%
- Beneficios a largo plazo: 4,50%

Las contribuciones se basan en un sistema de bandas salariales de ocho categorías que dependen de los salarios semanales. En la categoría más baja, el empleador paga 6,5% y el empleado 1,5%, mientras en la categoría más alta, el empleador paga 5,02% y el empleado paga 2,98%.

En el 2001, con el objeto de aumentar las contribuciones de los trabajadores de mayores ingresos, el tope salarial se aumentó de 130 dólares de Belice por semana a 320 dólares de Belice por semana<sup>5</sup>.

Los trabajadores independientes aportan 7% de sus ingresos semanales promedio (SSA, 2016).

#### **4.3 Condiciones de adquisición de derechos**

Las condiciones de adquisición de derechos de la rama de largo plazo administrada por la SSB consisten en:

##### ***Pensión por vejez***

La edad legal de retiro es de 65 años, con un mínimo de 500 semanas de contribuciones acreditadas, incluyendo por lo menos 150 contribuciones pagadas.

Hay un subsidio de suma fija para las personas con contribuciones insuficientes. Para calificar para el subsidio, el empleado debe cumplir los siguientes requisitos:

- Ser un asegurado contribuyente de entre 60 y 64 años de edad, o
- ser un asegurado contribuyente de 65 años o más (cesante o no);
- tener un mínimo de 26 contribuciones pagadas.

Si la persona no califica para la pensión de retiro, puede calificar para el subsidio de retiro, que se abona por única vez.

Es posible acceder a un retiro anticipado desde los 60 años si el asegurado está desempleado o si sus ingresos son inferiores a 50 dólares de Belice por semana, con un mínimo de 500 semanas de contribuciones acreditadas, incluyendo por lo menos 150 contribuciones pagadas.

<sup>5</sup> Como referencia, se usaron los tipos de cambio de los países estudiados, con respecto al dólar estadounidense.

### Pensión por invalidez

Para acceder a una pensión por invalidez, el asegurado debe tener menos de 60 años y estar incapacitado para trabajar. Además, debe tener al menos 150 semanas de cotizaciones pagadas desde el año 1981, incluyendo al menos 110 semanas de cotizaciones pagadas de forma continua en los cinco años inmediatamente anteriores al año de la invalidez y cinco semanas de cotizaciones pagadas o acreditadas en las 13 semanas inmediatamente anteriores a la semana en que comenzó la incapacidad que produjo la invalidez.

### Pensión por sobrevivencia

Para acceder a una pensión por sobrevivencia, el causante fallecido debía percibir o reunir las condiciones para recibir una pensión de vejez o de invalidez al fallecer.

Los derechohabientes incluyen a:

- La viuda que estuvo casada con el asegurado durante al menos tres años y embarazada o a cargo del hijo o los hijos del fallecido, o con una edad de 50 años o más, o inválida; el viudo que estuvo a cargo de la fallecida por al menos tres años; una pareja que vivió con el fallecido por al menos cinco años consecutivos.
- Los hijos menores de 16 años (21 años en caso de ser estudiantes a tiempo completo).
- De no haber sobrevivientes de las categorías anteriores, los padres a cargo con una edad de 55 años o más.

## **4.4 Prestaciones**

Las características de las prestaciones de la rama de largo plazo administrado por el SSB consisten en:

### Pensión por vejez

La pensión semanal del beneficio de la pensión de vejez se calcula como 30% de la suma de los ingresos asegurables durante los tres mejores años de la historia de contribución. Esto, además, se complementa con:

- 2% del promedio de los ingresos semanales asegurables por cada unidad de 50 contribuciones pagadas o acreditadas, luego de las primeras 500, hasta un total de 750 contribuciones, y
- 1% del promedio de los ingresos semanales asegurables por cada unidad de 50 contribuciones pagadas o acreditadas, después de 750.

La pensión máxima es 60% del promedio semanal de los ingresos cubiertos, hasta un máximo semanal de 192 dólares de Belice. La pensión mínima es de 47 dólares de Belice por semana.

### Pensión por invalidez

La pensión de invalidez consiste en 30% de los ingresos promedio asegurados semanales del asegurado con al menos 500 semanas de cotizaciones, o bien 25% cuando cuenta con menos de 500 semanas cotizadas. Los ingresos promedio asegurados se basan en los tres mejores años de ingresos.

La pensión semanal oscila entre un mínimo de 47 dólares de Belice y un máximo de 192 dólares de Belice y es pagadera cada cuatro semanas.

### *Pensión por sobrevivencia*

Los derechohabientes sobrevivientes tienen derecho a percibir esta pensión en las magnitudes siguientes:

- La pensión pagadera a la viuda o al viudo equivale a 66,7% de la pensión de vejez o de invalidez que percibía o tenía derecho a percibir el causante fallecido.
- La pensión por orfandad pagadera a cada hijo menor de 16 años (21 años si es estudiante a tiempo completo) equivale a 25% de la pensión de vejez o invalidez que percibía o tenía derecho a percibir el causante fallecido, o a 40% y con carácter vitalicio si el hijo es inválido.
- De no haber sobrevivientes de las categorías anteriores, es pagadera a los padres a cargo con una edad de 55 años o más, una pensión equivalente a 40% de la pensión de vejez o invalidez que percibía o tenía derecho a percibir el causante fallecido.

La pensión por sobrevivencia mínima es de 47 dólares de Belice semanales. Esta se divide entre los derechohabientes sobrevivientes y es pagadera cada cuatro semanas.

## 5. Régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Las prestaciones por concepto del seguro de riesgos laborales se dividen entre los beneficios de corto plazo y la rama de beneficios por accidentes de trabajo.

### *5.1 Cobertura*

La población cubierta comprende a los trabajadores asalariados, incluidos los empleados del sector público, los trabajadores independientes y los pensionistas de vejez que se reincorporan al trabajo.

Se excluyen los trabajadores ocasionales, las personas que trabajan menos de ocho horas semanales y el personal militar.

### *5.2 Financiamiento*

Como se mencionó anteriormente, el financiamiento de los beneficios administrados por la SSB se efectúa mediante una contribución total que representa, en promedio, 8% de los ingresos semanales de los asalariados.

Las contribuciones a las ramas de beneficios a corto plazo y por lesiones laborales equivalen a 1,54% y 1,96% de los ingresos, respectivamente.

### *5.3 Prestaciones*

Los beneficios de corto plazo proveen cobertura para asegurados bajo las siguientes categorías: enfermedad, beneficios por maternidad y subsidio de funeral.

- **Prestación de enfermedad:** equivale a 80% de los ingresos semanales promedio asegurados y es pagadera por hasta 234 días. Después de este período, la prestación completa puede extenderse por hasta 156 días y luego por 78 días adicionales a 60% del promedio de los ingresos sujetos a seguro. Después de los 234 días, puede pagarse una pensión de invalidez a criterio de la junta médica. La prestación se paga semanalmente y oscila entre un mínimo de 44 dólares de Belice y un máximo de 256 dólares de Belice.

- **Beneficio por Maternidad:** se abona a las mujeres aseguradas que están en licencia de maternidad del trabajo debido a su embarazo y parto:
  - Prestación de maternidad: es equivalente a 80% del promedio de los ingresos sujetos a seguro y pagadera por hasta 14 semanas, comenzando siete semanas antes de la fecha esperada del parto o el día en que se solicita la prestación. La prestación oscila entre un mínimo de 44 dólares de Belice y un máximo de 256 dólares de Belice y se paga en dos cuotas: una en el período previo y la otra en el período posterior al nacimiento.
  - Subsidio de maternidad: se pagan 300 dólares de Belice por cada hijo.
- **Subvención funeraria:** es una suma única de dinero pagada para ayudar con los gastos funerarios de una persona asegurada, del cónyuge de una persona asegurada o de un hijo a cargo de una persona asegurada.

La rama de beneficios por riesgos laborales proporciona cobertura por lesión, muerte o enfermedad laboral. Se cubren prestaciones médicas y prestaciones en dinero.

Las prestaciones médicas comprenden asistencia médica completa, incluidos la rehabilitación y el tratamiento en el extranjero cuando el médico lo recomienda.

Las prestaciones en dinero son las siguientes:

**Prestación por incapacidad temporal:** equivalente a 80% de los ingresos promedio del asegurado durante las cuatro semanas antes de producirse la invalidez. Se abonan desde el primer día de la incapacidad y hasta por 156 días. Posteriormente, la prestación puede extenderse y se paga 60% del promedio de los ingresos sujetos a seguro por hasta 91 días más. La prestación se paga semanalmente y oscila entre un mínimo de 44 dólares de Belice y un máximo de 256 dólares de Belice durante los primeros 156 días, reduciéndose a 33 dólares de Belice y 192 dólares de Belice, respectivamente, los 91 días restantes.

**Pensión por incapacidad permanente:** equivalente a 60% de los ingresos promedio del asegurado durante las cuatro semanas antes del comienzo de la incapacidad multiplicado por el grado de incapacidad. Se asigna además una prestación por asistencia constante equivalente a 25% de la pensión total si el asegurado requiere la asistencia constante de otra persona.

#### **Pensiones de sobrevivientes para familiares a cargo:**

- Pensión de cónyuge: equivalente a 66,7% de la pensión de invalidez que percibía o tenía derecho a percibir el causante fallecido.
- Pensión por orfandad: equivalente a 25% de la pensión de invalidez que percibía o tenía derecho a percibir el causante fallecido por cada hijo menor de 16 años (21 años si es estudiante a tiempo completo); 40% si es inválido.
- De no haber otros sobrevivientes, se abona 40% de la pensión que el fallecido percibía o tenía derecho a percibir a los padres a cargo de 55 años o más.

La combinación de las prestaciones de sobrevivientes no debe exceder 60% del promedio de los ingresos asegurados del fallecido en las cuatro semanas previas al accidente de trabajo que resultó en el fallecimiento del asegurado. La pensión mínima semanal es de 47 dólares de Belice y se divide entre los derechohabientes. Los pagos se realizan cada cuatro semanas.

Se incluye una asignación de sepelio por única vez de 1.500 dólares de Belice (SSA, 2016).

## B. Costa Rica

### 1. Contexto general

Costa Rica tiene una extensión territorial de 51.100 km<sup>2</sup> y limita al norte con Nicaragua, al sur con Panamá, al noreste con el mar Caribe y al suroeste con el océano Pacífico. Con una población aproximada de 4.947.490 habitantes al 30 de junio del 2017 (INEC, 2017), de los cuales 78% habitaba en zonas urbanas (PLISA, 2017), presentaba una densidad poblacional de 96,82 habitantes por km<sup>2</sup> (Banco Mundial, 2017). Además, 9,5% de su población tenía 65 años o más y presentaba una tasa de dependencia de 43,2% (PLISA, 2017).

Costa Rica es una de las dos economías más grandes de Centroamérica. Considerada por el Banco Mundial como una economía de ingreso medio-alto, en el 2016 tenía el segundo PIB per cápita más alto de la región, con un valor de 9.734,9 dólares estadounidenses (en valores constantes del 2010) (CEPALSTAT, 2017).

En el segundo trimestre del 2017, el mercado laboral costarricense registraba una tasa de participación de 54,3% y una tasa de desempleo abierto de 8,5%. En este contexto, la desigualdad en la distribución del ingreso medida mediante el índice de concentración de Gini tenía un valor de 0,515 (INEC, 2017).

### 2. Antecedentes y organización actual

El sistema de seguridad social costarricense se institucionalizó en la década de 1940 con la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y la incorporación del Capítulo de Garantías Sociales en la Constitución Política (1943).

La CCSS se creó mediante la Ley núm. 17 del 1 de noviembre del 1941 y, mediante una reforma legislativa del 22 de octubre de 1943, se constituyó como una institución autónoma del Estado, destinada a la atención de la población obrera mediante un sistema tripartito de financiamiento.

El seguro social obligatorio administrado por la CCSS comprende los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte. Además, considera una participación en las cargas de maternidad, familia, viudez y orfandad y el suministro de una cuota para entierro, siempre que la muerte no se deba a un riesgo profesional (la CCSS no cubre el riesgo laboral).

El seguro de salud para la atención médica, económica y social de los trabajadores asegurados y sus familiares nace en 1942 y el seguro de invalidez, vejez y muerte (IVM) inicia funciones en 1947.

Si bien al inicio ambos regímenes tenían una cobertura restringida, esta se fue ampliando gradualmente en función de transformaciones políticas e institucionales. Cabe destacar que el 12 de mayo de 1961 se instauró la universalización de los seguros sociales a cargo de la CCSS mediante la aprobación de la Ley núm. 2738.

En este contexto, la CCSS cobró gradualmente mayor protagonismo en el sistema de salud nacional, hasta asumir la prestación de servicios a los ciudadanos en forma integral a partir de 1983.

Si bien al comienzo el seguro de invalidez, vejez y muerte solo incluía a los trabajadores del Estado, instituciones autónomas, semiautónomas y las municipalidades, su cobertura también se

expandió gradualmente hasta abarcar a la mayor parte de la población trabajadora (casi la totalidad, exceptuando a una parte de los trabajadores del sector de educación y el poder judicial).

En la década de 1980, el sistema de previsión social de Costa Rica se transformó en un régimen de capitalización parcial moderada con primas escalonadas y reserva de contingencia. En 1985, con la Ley núm. 7523, se promulgó el Régimen Privado de Pensiones Complementarias, basado en la capitalización de los aportes. En el 2000 se promulgó la Ley núm. 7983, que establece el régimen obligatorio de pensión complementaria, para ser administrado de forma privada por operadoras de pensiones complementarias.

Actualmente, el Ministerio de Salud es la entidad rectora del sistema de salud y, como tal, cumple con funciones de dirección política, regulación sanitaria y orientación de la investigación y el desarrollo tecnológico, pero es la CCSS la encargada del financiamiento, la compra y la prestación de la mayoría de los servicios personales de salud (Sáenz et al., 2010).

Por último, si bien la CCSS es la institución encargada del gobierno y la administración de los seguros sociales, el Instituto Nacional de Seguros (INS) es el responsable de la cobertura de los riesgos laborales y de tránsito y de prestar los servicios médicos hospitalarios y de rehabilitación traumatológica relacionados.

### 3. Régimen de enfermedad y maternidad

#### 3.1 Beneficiarios

Son asegurados según su respectiva modalidad de cotización y aseguramiento las siguientes personas:

- Los trabajadores asalariados.
- Los pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales.
- Las personas jefas de familia aseguradas por cuenta del Estado.
- Las personas que individual o colectivamente se acojan al seguro bajo la modalidad de Seguro Voluntario.
- Los trabajadores independientes que coticen al seguro en forma individual o colectiva.
- Los familiares de los asegurados directos a quienes se les haya otorgado el Beneficio Familiar.
- La población en condiciones de pobreza (a cuenta del Estado).

En relación con la población beneficiaria, son asegurados familiares:

- Cónyuge<sup>6</sup> sin actividad lucrativa, cuya dependencia económica se deba a una invalidez para el trabajo, a la circunstancia de encontrarse realizando estudios en el nivel superior, al desempleo involuntario o a la ausencia de otros medios económicos propios que le permitan su subsistencia.
- La compañera o el compañero en los casos de unión libre o de hecho, siempre y cuando la convivencia marital se haya mantenido en forma estable y bajo el mismo techo, por un año o más. La separación judicial o de hecho no extingue el derecho si el cónyuge separado no tiene otra fuente de ingresos.
- Los hijos menores de 18 años o hasta los 25 años inclusive para hijos que cursen estudios universitarios.

6 Incluye a parejas del mismo sexo que cumplan con la misma reglamentación que las parejas heterosexuales.

- Los hijos inválidos con discapacidad severa, sin límite de edad. También quedan incluidos aquellos hijos que, aunque mayores de edad, están en imposibilidad material para trabajar, en virtud de tener que cumplir su obligación de velar por alguno de sus padres, siempre y cuando estos sean mayores de 65 años o presenten discapacidad severa.
- La madre o la persona que le hubiere prodigado los cuidados propios de la madre, siempre y cuando se compruebe esa circunstancia a juicio de la Caja.
- El padre natural o de crianza cuando a juicio de la Caja exista dependencia económica completa del asegurado directo.
- Los hermanos menores de 18 años de edad, o mayores hasta 25 años, en caso de que se encuentren en la situación prevista respecto de los hijos.
- El beneficio familiar también puede otorgarse a los hermanos mayores de edad con discapacidad severa, así como a aquel que se encuentre en imposibilidad material para trabajar en virtud de tener que cumplir su obligación de velar por alguno de sus padres mayores de 65 años o con discapacidad severa.
- Otros menores de 18 años de edad, de 22 y hasta los 25 años si cursan estudios de enseñanza media, técnica o universitaria, según corresponda, no necesariamente ligados por un vínculo de familia con el asegurado directo, que convivan con él.
- Toda persona menor de edad no protegida por el seguro familiar, que no se encuentre sujeta a la obligatoriedad de cotizar, tiene derecho a prestaciones sanitarias a cargo al Estado, de acuerdo con lo que dispone, entre otras leyes, el Código de la Niñez y la Adolescencia.

### 3.2 Población cubierta

En el 2017, el Seguro de Salud logró la cobertura contributiva de 95% de la población. En junio de ese año, registraba 1.744.824 trabajadores, cifra que representaba una cobertura contributiva de 76,5% de la PEA. Además, la cobertura con respecto a la PEA asalariada era cercana a 70% y la cobertura de trabajadores independientes ascendía a 58,2% (CCSS, 2017).

Si bien la CCSS, que brinda cobertura contributiva y no contributiva, ha logrado aumentar dicha cobertura mediante una estrategia de ampliación del espectro de contribuyentes, aún quedan grupos de población sin acceso a la seguridad social. Por ese motivo se han diseñado estrategias de aseguramiento específicas para los grupos denominados de “difícil cobertura”. En ese marco, en el 2017 se aprobó la incorporación del aseguramiento contributivo para trabajadoras domésticas. Además, hay proyectos específicos para la incorporación contributiva de los recolectores de café y las poblaciones indígenas y el establecimiento de regímenes para las microempresas y las pequeñas empresas.

En el 2015, los grupos que contribuyeron a la CCSS estaban conformados de la siguiente manera:

- 30,05% de las trabajadoras domésticas aseguradas.
- 52,48% de las personas en la construcción, las actividades artísticas y los servicios.
- 65% de las personas en la agricultura, el comercio, las actividades inmobiliarias y los servicios de comida.
- 79,56% de las personas en la industria manufacturera, los servicios administrativos, el sector del agua, las comunicaciones y la salud.
- 97,45% de las personas en los sectores público y financiero.

### 3.3 *Financiamiento*

El seguro de salud integra dos tipos de protección: contributiva, para los asegurados directos que contribuyen al sistema y sus familiares dependientes, los pensionados y los familiares dependientes, y no contributiva, para los no asegurados en condiciones de pobreza y sus familiares, conocida como aseguramiento por el Estado.

El financiamiento del seguro contributivo se genera mediante los aportes de tres grupos de interés: empleadores, Estado y trabajadores. El Estado efectúa aportes por los trabajadores a su servicio y, de forma subsidiaria, parte de lo correspondiente a los asegurados por cuenta propia.

Las contribuciones estipuladas según el Reglamento del Seguro de Salud (Costa Rica, 2006) son las siguientes:

- **Trabajadores asalariados:** 5,5% el trabajador, 9,25% el empleador, 0,25% el Estado. No existe límite de ingresos ni tope de cotización.
- **Pensionados:** 5% de la pensión, 8,75% el fondo que paga la pensión, 0,25% el Estado.
- **Asegurados voluntarios:** son personas con capacidad contributiva que no están obligadas a cotizar pero se afilian voluntariamente. La contribución que corresponde al asegurado voluntario está determinada por los ingresos de referencia del solicitante y el porcentaje de contribución establecido en la escala contributiva que aprueba la Junta Directiva por recomendación de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica. La diferencia entre el porcentaje de contribución que paga el asegurado y el porcentaje de contribución global es asumida por el Estado como cuota complementaria.
- **Asegurados por el Estado en condiciones de pobreza<sup>7</sup>:** estos grupos poblacionales son asegurados por medio de un régimen no contributivo financiado por el Estado mediante el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), así como por impuestos de afectación específica sobre la lotería electrónica y las ventas de tabaco y bebidas alcohólicas (Sáenz et al., 2010).
- **Trabajadores independientes:** son trabajadores manuales o intelectuales que desarrollan por cuenta propia algún tipo de trabajo o actividad generadora de ingresos. La contribución que corresponde al trabajador independiente está determinada por la escala contributiva aprobada por la Junta Directiva, sobre la base de la recomendación técnica de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica. La diferencia entre el porcentaje de contribución que paga el asegurado y el porcentaje de contribución global es asumida por el Estado como cuota complementaria.

### 3.4 *Prestaciones*

El Seguro de Salud cubre la atención integral a la salud, prestaciones sociales y prestaciones en dinero. La atención integral a la salud comprende:

- Acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- Asistencia médica especializada y quirúrgica.
- Asistencia ambulatoria y hospitalaria.

<sup>7</sup> Se entiende por Asegurado por cuenta del Estado al asegurado directo o familiar que adquiere esa condición por su imposibilidad para cubrir las cotizaciones del Seguro de Salud, según la Ley núm. 5349 de 1973 y el Decreto Ejecutivo 1 7898-S. El Estado cubre las cotizaciones de estos asegurados mediante un mecanismo especial de financiamiento, basado en núcleos familiares.

- Servicio de farmacia para la concesión de medicamentos.
- Servicio de laboratorio clínico y exámenes de gabinete.
- Asistencia odontológica, que comprende atención preventiva y curativa, incluida la atención clínica especializada y de rehabilitación, así como prótesis dentales.
- Asistencia social, individual y familiar.

La atención en la asistencia social comprende: tratamiento social individual y familiar y planeación social u organización comunal.

Las prestaciones en dinero comprenden:

- Subsidios y ayudas económicas por incapacidad o por licencia.
- Ayuda económica para compra de prótesis, anteojos y aparatos ortopédicos.
- Ayuda económica para traslados y hospedajes.
- Ayuda económica para gastos de funeral, en caso de fallecimiento del asegurado directo o de su cónyuge o compañero.
- Ayuda económica por concepto de libre elección médica.

### **3.5 Organización de los servicios de salud**

La CCSS asume ordinariamente la prestación directa y por medios propios de los servicios de salud a la población distribuidos a lo largo del territorio costarricense: puestos de visitas periódicas en zonas de baja densidad demográfica y difícil acceso, sedes de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS)<sup>8</sup>, áreas de salud, hospitales periféricos, hospitales regionales, hospitales nacionales y centros y hospitales especializados. No obstante, extraordinariamente y por criterios de conveniencia, necesidad y oportunidad institucional, se admite la contratación de servicios de apoyo, asistenciales, especializados e integrales para la satisfacción oportuna de las necesidades de la población derivados de estado de necesidad, fuerza mayor o caso fortuito, o para la consecución de objetivos estratégicos o de interés público.

La CCSS está organizada económicamente mediante un presupuesto general de ingresos y egresos en el cual consta el financiamiento de los establecimientos de salud y del personal empleado en la institución, incluida la remuneración de los médicos y demás profesionales de la salud.

## **4. Régimen de invalidez, vejez y muerte**

En cuanto al régimen de capitalización, el país cuenta con un sistema de previsión mixto, complementario y voluntario, que se basa en cuatro pilares:

- **Pilar 1. Pensión contributiva básica:** se constituye con los aportes obligatorios que el trabajador (afiliado al sistema nacional de pensiones) realiza y es de capitalización colectiva. Los aportes son administrados por los regímenes de capitalización colectiva, como el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, o en su defecto el Fondo de Pensiones y Jubilaciones del Poder Judicial y la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional. Esos tres regímenes acogen a la mayoría de

<sup>8</sup> Los EBAIS conforman el primer nivel de atención que ofrece la CCSS a la población y su trabajo se concentra en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, entre ellas: el desarrollo de estilos de vida saludables en la población sana, los programas de vacunación, la promoción del lavado de manos y el protocolo del estornudo, la realización de citologías vaginales, la prevención del dengue y el control de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial.

los trabajadores del país y tienen características diferentes en cuanto a requisitos de jubilación y beneficios.

- **Pilar 2. Pensión complementaria obligatoria:** se constituye con los aportes obligatorios que el trabajador (afiliado al sistema nacional de pensiones) realiza y es de capitalización individual. Estos aportes son registrados y recaudados por la CCSS, pero administrados por una operadora de pensiones elegida por el trabajador. Los montos que recibirá el pensionado por concepto de este pilar dependen de los aportes realizados a lo largo del tiempo y de otros componentes, como los rendimientos de las inversiones que haya logrado la operadora de pensiones.
- **Pilar 3. Pensión complementaria voluntaria:** consiste en un ahorro voluntario con la operadora de la elección del trabajador, que busca mejorar su ingreso cuando se pensione.
- **Pilar 4. Pensión no contributiva:** es una asistencia concedida por la seguridad social a aquellas personas que no han contribuido o cotizado a ningún régimen y cumplen los requisitos para obtenerla.

La mayoría de los trabajadores goza de los dos primeros pilares, debido a que su aporte es obligatorio.

#### 4.1 Cobertura

De acuerdo con el Reglamento del Seguro de Salud, el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) es obligatorio para los trabajadores asalariados de los sectores público y privado, con las excepciones hechas en los artículos 4 y 65 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, y voluntario para los habitantes no asalariados del país (CCSS, 2016).

El Régimen de IVM es el seguro de pensiones más grande del país y en el 2017 tenía aproximadamente 1.534.403 cotizantes. La cobertura del Seguro de Pensiones con respecto a la población económicamente activa (PEA) alcanzó un nivel cercano a 67% (CCSS, 2017).

La cobertura total de la protección de la población mayor mediante una pensión de cualquier régimen era de 86% en 2017, correspondiente a 449.760 personas.

Al igual que la cobertura, la cantidad de cotizantes al Seguro de IVM ha crecido en forma sostenida por más de una década (CCSS, 2016).

A diciembre del 2015, el Seguro de IVM registraba un total de 230.288 beneficiarios, distribuidos de la siguiente manera: 51.003 pensionados en la categoría correspondiente al riesgo de invalidez, 108.069 pensionados en la categoría riesgo de vejez y 71.216 pensionados en la categoría muerte (CCSS, 2016).

#### 4.2 Financiamiento

En el caso del IVM, las contribuciones se componen de la siguiente manera:

- Los trabajadores en relación de dependencia cotizan 3,84% de sus ingresos, los empleadores aportan 5,08% sobre la misma base y el Estado 1,24%.
- Los asegurados voluntarios e independientes contribuyen 8,50% sobre el total de sus ingresos. Corresponde al Estado como tal aportar 0,58% sobre dichos ingresos y a los afiliados y al Estado en su condición subsidiario de este grupo el restante 7,92% (SSA, 2016).

### 4.3 Condiciones de adquisición de derechos

#### Pensión por vejez

Para tener derecho a la pensión por vejez del régimen de IVM, el trabajador debe tener al menos 300 cotizaciones y 65 años de edad.

Se puede anticipar la pensión por vejez a partir de 59 años y 11 meses de edad con 450 cuotas, en el caso de las mujeres, y a partir de 61 años y 11 meses de edad con 462 cotizaciones, en el caso de los hombres.

Si una persona no cumple con las 300 cuotas indicadas, puede optar por una pensión proporcional siempre y cuando haya cotizado al menos 180 cuotas al IVM y tenga 65 años de edad.

#### Pensión por invalidez

Tiene derecho a la pensión por invalidez el asegurado que sea declarado inválido por la Comisión Calificadora con una pérdida de 66,7% de la capacidad, siempre que el asegurado se encuentre en alguna de las siguientes condiciones:

1. Haber aportado al menos 180 cotizaciones mensuales a la fecha de la declaración de invalidez, cualquiera que sea la edad del asegurado.
2. Haber aportado al menos 12 cuotas durante los últimos 24 meses antes de la declaración del estado de invalidez si esta ocurre antes de los 48 años de edad, o haber cotizado un mínimo de 24 cuotas durante los últimos 48 meses, si la invalidez ocurre a los 48 años de edad o más.

También tiene derecho a una pensión proporcional el asegurado que sea declarado inválido después de haber acumulado al menos 60 cuotas al momento de la declaración, siempre y cuando cumpla con los requisitos establecidos en el Reglamento.

#### Pensión por sobrevivencia

Para tener derecho a la pensión por sobrevivencia, el causante fallecido debía percibir o tener derecho a percibir una pensión de vejez o de invalidez, tener al menos 12 meses de cotizaciones en los últimos 24 meses, o bien un total de al menos 180 meses de cotizaciones.

De acuerdo con el Reglamento del Seguro de IVM, tiene derecho a pensión por viudez:

- El cónyuge del asegurado fallecido o de la causante según las siguientes condiciones:
  - El cónyuge sobreviviente que haya convivido en forma continua y bajo el mismo techo y además haya dependido económicamente del fallecido.
  - Cuando hubiere separación judicial, el cónyuge sobreviviente deberá probar que el asegurado fallecido le satisfacía una pensión alimenticia otorgada por sentencia firme en una cuantía acorde con las necesidades básicas de subsistencia. En casos de separación de hecho, el cónyuge sobreviviente deberá demostrar que el causante satisfacía efectivamente una pensión alimenticia. Se entenderá cumplido este requisito si se comprueba que la pensión que realmente pagaba el causante al momento de su deceso satisfacía al menos 50% de las necesidades del beneficiario.

- La compañera o el compañero económicamente dependiente del asegurado fallecido que al momento de la muerte haya convivido al menos tres años con él o ella, siempre y cuando la convivencia haya sido continua, exclusiva y bajo el mismo techo.
- En caso de que no hubiera cónyuge ni compañera o compañero, la Gerencia de la División de Pensiones podrá otorgar el beneficio de pensión por muerte a la compañera o el compañero de la persona fallecida que haya mantenido una relación estable y sostenida con el causante, en caso de haber existido dependencia económica absoluta y total al momento del fallecimiento.

Tienen derecho a pensión por orfandad los hijos que al momento del fallecimiento cumplan con los siguientes requisitos:

- Ser solteros menores de 18 años.
- Ser menores de 25 años, solteros, asalariados y estudiantes que cumplan ordinariamente con sus estudios, para lo cual deberán acreditar semestralmente la matrícula respectiva.
- Los inválidos, según los términos reglamentados, independientemente de su estado civil.

En ausencia de cónyuge del asegurado o pensionado fallecido, los hijos mayores de 55 años, solteros, que vivían con el fallecido, siempre que no gocen de pensión alimenticia, no sean asalariados y no tengan otros medios de subsistencia, debido a limitaciones físicas, mentales o sociales, según determinación que en cada caso hará la CCSS.

En ausencia de beneficiarios por viudez u orfandad, tienen derecho a pensión los padres, si al momento de fallecer el causante dependían económicamente de él, debido a limitaciones físicas, mentales o sociales, según determinación que en cada caso hará la CCSS.

En ausencia de padres con derecho, las personas que hubieren prodigado los cuidados propios de padres al asegurado fallecido tendrán derecho a pensión por ascendencia si se cumplen las condiciones y requisitos establecidos, según la calificación y comprobación de los hechos que hará la CCSS.

En ausencia de viuda, compañera, hijos y padres biológicos o por ascendencia, tienen derecho a pensión los hermanos que al momento de fallecer el causante dependían económicamente de él y que cumplan con los siguientes requisitos:

- Ser solteros menores de 18 años.
- Ser menores de 25 años, solteros, asalariados y estudiantes que cumplan ordinariamente con sus estudios, para lo cual deberán acreditar semestralmente la matrícula respectiva.
- Los inválidos, según los términos reglamentados, independientemente de su estado civil.

En el caso del hermano inválido el derecho a pensión se supedita a que no disfrute de pensión por invalidez en este Seguro o en cualquier otro régimen estatal contributivo. En caso de que reciba pensión del Régimen no Contributivo, se le concederá la de mayor monto.

El derecho a pensión de los padres y hermanos, en todo caso, queda sujeto a los requisitos generales y a las condiciones previstas en los artículos 18 y 27 del Reglamento.

#### ***4.4 Prestaciones***

##### ***Pensión por vejez***

El monto de la pensión se basa en el período total de cotizaciones ajustadas (indexadas) en los últimos 240 meses multiplicados por 43% a 52,5%, según los ingresos promedio de los últimos 60 meses, más 0,0835% de los salarios promedio por cada mes en exceso de 240 meses. La pensión mínima es de 129.522 colones mensuales.

En caso de pensión anticipada, el valor de la pensión se reduce 1,75% por cada trimestre de anticipación.

En caso de pensión diferida, el valor de la pensión se incrementa 0,133% de los ingresos promedio en los últimos 240 meses por cada mes que supera la edad normal de retiro.

### *Pensión por invalidez*

El monto de la pensión por invalidez permanente se basa en los ingresos promedio ajustados del asegurado en los últimos 240 meses (o en la totalidad del período de contribución, si es más corto) multiplicados por 43% a 52,5%, según los ingresos promedio en los últimos 60 meses, más 0,0835% de los ingresos promedio por cada mes que supere los 240 meses.

El monto de la pensión por invalidez proporcional se calcula de la misma manera que la pensión de invalidez permanente, multiplicada por el número de cotizaciones del asegurado y dividida por 240.

### *Pensión por sobrevivencia*

El valor de la pensión por viudez equivale a 50% de la pensión de vejez o invalidez que el fallecido percibía o tenía derecho a percibir si la viuda o el viudo o conviviente es menor de 50 años, a 60% si es mayor de 50 y menor de 60 años y a 70% si es inválido o mayor de 60 años.

Cada huérfano derechohabiente tiene derecho a recibir 30% de la pensión de vejez o invalidez que percibía o tenía derecho a percibir el causante fallecido y 60% si es huérfano de padre y madre.

En ausencia de los anteriores beneficiarios, cada padre y hermano a cargo tiene derecho a recibir 20% de la pensión que percibía o tenía derecho a percibir el causante fallecido. Los beneficiarios mayores de 55 años reciben 60%.

## **5. Régimen de accidentes de trabajo y riesgos profesionales**

El seguro de riesgos del trabajo es administrado por el Instituto Nacional de Seguros (INS), y tiene como objetivo primordial otorgar a los trabajadores y patronos los beneficios de compensación económica para cubrir las prestaciones médicas y económicas que se deriven de un accidente o enfermedad laboral.

### *5.1 Cobertura*

A partir de 1982, este seguro se convierte en obligatorio para los trabajadores por cuenta ajena.

Todo empleador está obligado a asegurar a sus trabajadores contra riesgos del trabajo por medio del Instituto Nacional de Seguros, según los artículos 4 y 18 del Código de Trabajo.

### *5.2 Financiamiento*

El Seguro de Riesgos del Trabajo es financiado completamente por el empleador (SSA, 2016).

El costo del seguro depende de la actividad que desarrolla el trabajador, el tipo de empresa (actividad de la empresa), el plazo por el cual se toma el seguro (período corto o actividades permanentes) y los salarios devengados. Para el cálculo del costo del seguro se toma como referencia el salario que indique el empleador o el trabajador. Si el salario indicado es inferior al mínimo, el INS toma como base de oficio el salario mínimo de ley vigente determinado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Las tarifas en el Régimen de Riesgos del Trabajo dependen del grado de riesgo de cada actividad. En términos generales, estas oscilan entre 1% y 7% de la planilla anual (suma de salarios más 10%). La forma de pago es anual, semestral o trimestral. Sin embargo, en las pólizas semestrales y trimestrales existen recargos por fraccionamiento de pago de 8% y 11%, respectivamente.

### **5.3 Prestaciones**

Por medio de este régimen se otorgan prestaciones en especie (asistencia sanitaria completa) al trabajador siniestrado. Además, el seguro prevé subsidios económicos, indemnizaciones y pensiones para el trabajador siniestrado o pensiones para sus familiares, en caso de fallecimiento del trabajador a causa de un riesgo laboral.

Los principales beneficios del Régimen de Riesgos del Trabajo son:

**Incapacidad temporal:** el empleador asume los primeros tres días. A partir del cuarto día y hasta los 45 días, la póliza cubre 60% del salario reportado durante los tres meses anteriores al accidente. Después de 46 días o más, y tomando como promedio los tres últimos salarios reportados antes del accidente, el trabajador tendrá derecho a 100% del salario mínimo de ley para la categoría de puesto, más 60% sobre el excedente del salario mínimo.

**Incapacidad menor permanente:** cuando el médico establece que el trabajador tiene un porcentaje de pérdida de su capacidad general. Se paga una renta mensual por cinco años, o el total de las rentas de una sola vez, cuando el monto a pagar no exceda el establecido por el Régimen.

**Incapacidad parcial permanente:** se adelanta una suma equivalente a un año de renta. Se paga el decimotercer mes, previa solicitud y estudio socioeconómico. Las rentas pueden extenderse por períodos de cinco años previo estudio socioeconómico.

**Incapacidad total y permanente:** se adelanta una suma equivalente a uno o dos años de renta. Se aplica el seguro de enfermedad con la CCSS. Se paga el decimotercer mes de renta.

**Gran Inválido:** monto adicional a la renta establecida. Se asigna una suma para la adquisición de vivienda y para el pago del seguro de incendio. Se adelanta una suma equivalente a uno o dos años de renta. Se aplica el seguro de enfermedad con la CCSS. Se paga el decimotercer mes de renta.

#### **Beneficios en caso de muerte del trabajador**

Los familiares cuentan con los siguientes beneficios:

- Seguro de enfermedad con la CCSS.
- Extensión de renta para estudiantes de hasta 25 años de edad.
- Adelanto de una suma equivalente a un año de renta.
- Extensión de rentas por períodos de cinco años.
- Pago de decimotercer mes de renta.
- Ajustes anuales de renta.

El INS brinda la rehabilitación médica pertinente al amparo de la póliza de Riesgos del Trabajo en las instalaciones del INS, los hospitales de la CCSS o privados a cuenta del INS.

## C. El Salvador

### 1. Contexto general

El Salvador tiene una extensión territorial de 21.040 km<sup>2</sup> y limita al norte y al este con Honduras, al oeste con Guatemala y al sur con el océano Pacífico. Al este, tiene frontera marítima con Nicaragua, en el Golfo de Fonseca, donde posee nueve islas. Con una población aproximada en el 2016 de 6.522.419 habitantes (DIGESTYC, 2017), de los cuales 61,7% habitaba en zonas urbanas, presentaba una densidad poblacional de 306,21 habitantes por km<sup>2</sup> (Banco Mundial, 2017). Además, 8,6% de su población tenía 65 años o más y presentaba una tasa de dependencia de 56,6% (PLISA, 2017).

La economía salvadoreña es considerada por el Banco Mundial como una economía de ingreso medio-bajo. En el 2016 tenía un PIB per cápita inferior al promedio de la región, con un valor de 3.815,2 dólares estadounidenses (en valores constantes del 2010) (CEPALSTAT, 2017).

En el 2016, el mercado laboral salvadoreño presentaba una tasa de ocupación de 58,4% (CEPALSTAT, 2017) y una tasa de desempleo de 7% (DIGESTYC, 2017). En este contexto, la desigualdad en la distribución del ingreso medida mediante el índice de concentración de Gini tenía un valor de 0,36 (DIGESTYC, 2017), uno de los valores más bajos de Centroamérica.

### 2. Antecedentes y organización actual

El 28 de septiembre de 1949 se decretó la primera Ley del Seguro Social (decreto 329) y el 23 de diciembre de ese mismo año se creó el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).

El ISSS es una entidad autónoma vinculada al Ministerio de Trabajo y Previsión Social, encargada de garantizar la cobertura de salud y pensiones a la población trabajadora en el sector de la economía formal. En mayo de 1954 inicia la prestación de servicios médicos y en 1969 se implementó el programa de Riesgos Diferidos, que comprende Invalidez, Vejez y Muerte.

Actualmente brinda aseguramiento para cubrir los riesgos de enfermedad, accidente común, accidente de trabajo, maternidad, invalidez, vejez, muerte y cesantía involuntaria de sus trabajadores y de sus familiares.

La estructura del Régimen de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales ha sido objeto de modificaciones a través del tiempo. En primera instancia, con la incorporación de los trabajadores del sector público en 1979, se creó una división entre el Régimen General y el Régimen Especial. La diferencia básica entre ambos regímenes era que el Régimen Especial de los empleados públicos no otorgaba prestaciones monetarias por ningún concepto.

La Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones (SAP) que entró en vigor en abril de 1998 eliminó el Régimen Especial e incorporó a todos los trabajadores al Régimen General, homogeneizando su financiamiento y el plan de prestaciones. Por otra parte, en mayo del 2010 el Consejo Directivo aprobó la incorporación voluntaria de los trabajadores domésticos al Régimen Especial de Salud y Maternidad para los Trabajadores Domésticos (ISSS, 2017).

Si bien el ISSS brinda cobertura por riesgos de salud a la mayor parte de los trabajadores del sector formal de la economía, el aseguramiento por riesgos de salud en El Salvador está fragmentado. Además del ISSS, existen el Comando de Sanidad Militar (COSAM), que cubre a

la población militar, y el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), que cubre a la población docente y sus familias.

El Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) del ISSS comenzó a funcionar en 1969, con un campo de aplicación que alcanzaba inicialmente a los trabajadores de los sectores del comercio, la industria y los servicios de todo el país, así como de algunas instituciones oficiales autónomas. A fines de la década de 1980 se incorporaron a este régimen los trabajadores independientes y los trabajadores del servicio doméstico.

Además, los trabajadores del sector público establecieron su propio programa, administrado por el Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP).

El 15 de abril de 1998 (Asamblea Legislativa El Salvador, 1998) se implementó una reforma que impulsó la transición de un régimen de reparto a un régimen de capitalización individual, tras la aprobación de la ley del Sistema de Ahorro para Pensiones mediante el Decreto Legislativo núm. 927 del 20 de diciembre de 1996.

A partir del cambio de gobierno del 2009, se produjo un cambio de gestión del ISSS, que dio impulso a acciones para mejorar la atención de los beneficiarios. Entre otras medidas, se puso en marcha el Régimen transitorio para la prestación de servicios de salud para trabajadores cesantes.

También se incorporó a los pensionados del Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada (IPSFA) no cubiertos por su régimen.

El 28 de septiembre del 2017 se creó, mediante el Decreto del Órgano Ejecutivo núm. 38, el Régimen Especial de Salud por Riesgos Comunes y Maternidad, para las Personas Salvadoreñas Residentes en el Exterior y sus Beneficiarios(as), cuyo objetivo es brindar cobertura de salud a los salvadoreños que por diferentes razones residen en el exterior, permitiendo que ellos y sus beneficiarios en el país gocen de los servicios de salud que brinda el Instituto (se excluyen beneficios económicos). Es un régimen voluntario, a cuyo financiamiento contribuirán las personas salvadoreñas residentes en el exterior sujetas a este.

### 3. Régimen de enfermedad y maternidad

El régimen de enfermedad y maternidad se encuentra integrado en el Régimen General de Salud (Seguro de Enfermedad, Maternidad y Riesgos profesionales).

#### 3.1 Beneficiarios

El Régimen General de Salud (Seguro de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales) cubre formalmente a todos los trabajadores —independientemente del tipo de relación laboral que los vincula, la forma de remuneración y su dependencia o no de un empleador— y a los pensionados del ISSS ante los riesgos de invalidez, vejez y viudez (para el goce de prestaciones de salud).

Además del cotizante (o pensionado), el seguro brinda cobertura a su esposa o compañera de vida y a sus hijos menores de 12 años.

En mayo del 2010 el Consejo Directivo aprobó la incorporación voluntaria de los trabajadores domésticos a un Régimen Especial de Salud y Maternidad para los Trabajadores Domésticos (ISSS, 2017).

### 3.2 Población cubierta

Si bien la afiliación al seguro médico ha aumentado desde mediados de la década pasada, el ISSS brinda cobertura aproximadamente a 25% de la población.

La cobertura total del ISSS alcanzó a 1.685.230 personas en el 2016, de las cuales 971.986 son cotizantes al sistema (816.145 trabajadores activos y 155.841 pensionados) y 695.966 son beneficiarios (363.912 cónyuges y 349.332 hijos menores de 12 años) (ISSS, 2017).

### 3.3 Financiamiento

El financiamiento del programa de salud proviene fundamentalmente de las contribuciones de los trabajadores, los empleadores y el Estado, así como del producto de la inversión de sus reservas.

Para la cobertura de las contingencias de enfermedad, accidente común, accidente de trabajo, enfermedad profesional y maternidad, el monto de las cotizaciones a pagar por los empleadores y los trabajadores es de 10,5% de la remuneración afecta al seguro, distribuido de la siguiente manera:

- Empleadores: 7,5%
- Trabajadores: 3%

Además, según el Decreto núm. 100 del 21 de diciembre de 1978, el Estado aportará una cuota fija anual no menor de 571.429 dólares estadounidenses, ajustable cada cinco años de acuerdo con los estudios actuariales correspondientes.

Por su parte, los trabajadores independientes aportan 10,5% de los ingresos declarados (SSA, 2016)

Los pensionados de Riesgos Profesionales cotizan 6% y los de IVM 7,8% sobre su pensión, para tener derecho a los servicios de salud.

El salario máximo cotizable es de 1.000 dólares estadounidenses (a partir de agosto del 2015).

Para la cobertura del Régimen Especial de Salud y Maternidad para los Trabajadores Domésticos, el empleador aporta 7,5% y el trabajador 3% de la remuneración.

La tasa de cotización del Régimen Especial de Salud por Riesgos Comunes y Maternidad, para las Personas Salvadoreñas Residentes en el Exterior y sus Beneficiarios(as) es de 9,32% sobre la remuneración afecta al Seguro Social (se considera como remuneración afecta al Seguro Social el equivalente a dos veces el monto del salario mínimo vigente para el sector comercio y servicios, que actualmente es de 300 dólares estadounidenses) y cubre el aporte correspondiente a la persona trabajadora y patronal en el Régimen General.

### 3.4 Prestaciones

El Régimen General de Salud otorga prestaciones médicas, económicas y en especie.

Las prestaciones médicas incluyen: consulta externa médica; medicina general, especialidades y odontología; hospitalización en medicina general y especialidades; hospitalización durante el embarazo, el parto y el puerperio; emergencia las 24 horas del día; medicina preventiva; hemodiálisis y trasplante renal; cirugía cardiovascular; unidad de cuidados intensivos; tratamientos oncológicos; medicina nuclear y medicina física; medicina preventiva: atención odontológica infantil; medicina preventiva: atención de crecimiento y desarrollo a los menores de 2 años; vacunación a todos

los niños de 0-12 años; consulta externa médica de pediatría general; medicamentos; exámenes de laboratorio y radiológicos autorizados; servicios de farmacia, radiología, laboratorio clínico y patológico, radioterapia, ultrasonografía, cobaltoterapia, citologías, biopsias, radiografías y tomografías, entre otros.

Las prestaciones económicas incluyen (ISSS,2017):

- Subsidio diario de 100% del salario base por maternidad, durante 16 semanas (solo para la madre cotizante).
- Auxilio de sepelio (cuando fallece el asegurado).
- Pensiones de hasta 70% del salario anual base por riesgos profesionales.

Las prestaciones en especie incluyen:

- Canastilla maternal (ropa y utensilios para el recién nacido)
- Ayuda de lactancia (cuando la madre esté imposibilitada según dictamen de los médicos del ISSS para alimentar (lactar) debidamente al recién nacido).

El Régimen Especial de Salud y Maternidad para los Trabajadores Domésticos brinda cobertura de todas las prestaciones y servicios de salud establecidos en la Ley del Seguro Social y en el Reglamento de Aplicación del Régimen del Seguro Social. El subsidio económico solo se otorga en caso de maternidad.

### ***3.5 Organización de los servicios de salud***

El ISSS brinda servicios de salud en instalaciones propias, a saber: hospitales propios de referencia nacional, hospitales de segundo nivel, consultorios de especialidades, unidades médicas, clínicas comunales y clínicas empresariales (ISSS, 2015).

El ISSS cuenta actualmente con 11 hospitales, 35 unidades médicas, 37 clínicas comunales, 6 centros de atención de día para personas mayores, 288 clínicas empresariales y 7 oficinas administrativas y sucursales.

El instituto está organizado económicamente mediante un presupuesto general de ingresos y egresos de periodicidad anual. Dicho presupuesto comprende el financiamiento de las instalaciones de salud y la remuneración de todo el personal asalariado, incluidos los médicos y demás profesionales de la salud.

## **4. Régimen de invalidez, vejez y muerte**

El régimen de pensiones de El Salvador ha sido objeto de una reforma estructural, mediante la cual se adoptó la modalidad de capitalización individual y administración privada. La nueva Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones entró en vigor en enero de 1997, pero comenzó a implementarse el 15 de abril de 1998.

El Sistema de Ahorro para Pensiones (SAP) de carácter privado en El Salvador resulta de una reforma de carácter sustitutivo del Sistema de Pensiones Público (SPP). La naturaleza sustitutiva de la reforma supone la coexistencia de ambos sistemas por un tiempo definido: el SPP no registra nuevos afiliados a partir de 1998, pero continúa otorgando beneficios a sus pensionados y mantiene afiliados a aquellos inscritos en el sistema (ISSS o INPEP) que al momento de la reforma eran mayores de 50 años, en el

caso de las mujeres, y de 55 años, en el caso de los hombres, así como a aquellos que tenían entre 36 y 50 o 55 años, en el caso de las mujeres y los hombres, respectivamente, que optaron por mantenerse en el SPP.

El SAP, por su parte, incorporó a todos los nuevos afiliados independientemente de su edad, a todos los menores de 36 años ya registrados en el sistema de pensiones y a aquellos que tenían entre 36 y 50 o 55 años, según se tratase de mujeres u hombres, respectivamente, que optaron por trasladarse al sistema privado.

La reforma modificó, entre otros, cuatro aspectos fundamentales del sistema de pensiones: el tipo de esquema, los mecanismos de financiamiento, el tipo de administración y el tipo de participación.

Con la aplicación de la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones se adoptó en el país un régimen de Capitalización Plena Individual de las pensiones (CPI), administrado por entidades privadas denominadas Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). En este caso, el beneficio varía en función del saldo acumulado en la Cuenta Individual de Ahorro para Pensiones (CIAP), que depende, entre otras cosas, del nivel de ingresos del afiliado a lo largo de su trayectoria laboral y de la rentabilidad obtenida.

#### 4.1 Cobertura

Debido a la reforma del sistema de pensiones, el ISSS cubre únicamente a los cotizantes que tenían entre 36 y 50 o 55 años, según se tratase de mujeres u hombres, respectivamente, que optaron por quedarse en el sistema público y obligatoriamente a las mujeres mayores de 50 años y los hombres mayores de 55 años al momento de la reforma.

El régimen de IVM es un régimen previsional que cubre al pensionado, a su esposa o compañera de vida y a sus hijos menores de 24 años, quienes se constituyen en potenciales demandantes de pensiones de sobrevivencia. En caso de no existir ninguno de estos, dicha pensión correspondería a los progenitores.

Al cierre del primer semestre del 2016, el número de beneficiarios de pensiones totalizaba 168.670 personas, 41,6% de las cuales pertenecían al SAP y 58,4% al SPP. El porcentaje de pensionados del SAP en el total de pensionados registra una tendencia creciente en los últimos años.

En junio del 2016, el SAP contaba con 687.733 cotizantes. La relación de personas cotizantes del SAP con respecto a la población económicamente activa (PEA) era de 24,2%.

#### 4.2 Financiamiento<sup>9</sup>

La tasa de cotización total a la cuenta individual obligatoria está compuesta de la siguiente manera:

- El trabajador debe aportar el 6,25% de su salario.
- El aporte del empleador consiste en 4,55% de la nómina para el seguro de pensiones de vejez y hasta 2,7% de la nómina para el seguro de invalidez y sobrevivientes y gastos administrativos.

Los trabajadores independientes deben cotizar a la cuenta individual obligatoria 13% de los ingresos declarados y hasta 2,7% de los ingresos declarados para el seguro de invalidez y sobrevivientes y gastos administrativos.

<sup>9</sup> Los numerales 4.2 y 4.3 se refieren al SAP, al financiamiento y los requisitos para otorgar pensiones por las AFP.

Los ingresos mínimos considerados para el cálculo de las cotizaciones son iguales al salario mínimo legal mensual, que varía según el sector de actividad económica. Dichos valores oscilan entre 98,70 dólares estadounidenses y 251,70 dólares estadounidenses (SSA, 2016).

El Estado ya no aporta directamente a través de la tasa de cotización. Sin embargo, de acuerdo con la ley, absorberá los costos del programa hasta su extinción, una vez agotadas las reservas técnicas.

### ***4.3 Condiciones de adquisición de derechos***

#### ***Pensión por vejez***

Para tener derecho a la pensión por vejez, el asegurado debe tener 60 años (hombres) o 55 años (mujeres) y al menos 25 años de cotizaciones.

La modalidad de pensión anticipada permite jubilarse sin requisito de edad si el saldo de la cuenta individual es suficiente para financiar una pensión igual o superior a 60% del salario base o 160% de la pensión mínima vigente<sup>10</sup>.

#### ***Pensión por invalidez***

Para tener derecho a la pensión de invalidez, el asegurado debía estar cotizando a una cuenta individual antes del comienzo de la invalidez y tener al menos seis meses de cotizaciones en los 12 meses anteriores al inicio de la invalidez.

En el caso de los desempleados a quienes la invalidez ocurre en el período de 12 meses posteriores a la última cotización, deben haber cotizado al menos seis meses en los últimos 12 meses antes de la última cotización.

En caso de no cumplir con ninguno de los requisitos para la adquisición de derechos, el asegurado recibe el saldo de la cuenta individual.

Pensión de invalidez mínima garantizada: el asegurado debía tener al menos 10 años de cotizaciones y estar cotizando activamente a la cuenta individual. Si la invalidez se produce por causa de enfermedad, se requieren tres años de cotizaciones en los cinco años anteriores al inicio de la invalidez. Si la invalidez se produce por causa de un accidente, se requieren seis meses de cotización a la cuenta individual en los 12 meses anteriores al accidente.

El grado de invalidez es evaluado por la Comisión Calificadora de Invalidez.

#### ***Pensión por sobrevivencia***

Para que los sobrevivientes tengan derecho a la pensión por sobrevivencia, el asegurado debía estar cotizando a una cuenta individual y tener al menos seis meses de cotizaciones en los 12 meses anteriores al fallecimiento.

En caso de haber estado desempleado y haber fallecido en el período de 12 meses posteriores a la última cotización, debe haber cotizado al menos seis meses en los últimos 12 meses antes de la última cotización.

---

<sup>10</sup> El salario base equivale a los ingresos promedio en los últimos 120 meses.

Los beneficiarios de la pensión por sobrevivencia son la viuda o el viudo o conviviente, los hijos menores de 18 años (24 años si son estudiantes y sin límite de edad si son personas con discapacidad) y padres a cargo.

Pensión mínima garantizada con requisitos análogos a la pensión de invalidez mínima garantizada.

#### ***4.4 Prestaciones***

##### ***Pensión por vejez***

En cuanto a la pensión mensual de vejez (cuenta individual obligatoria), el asegurado puede optar por tres modalidades de prestación: hacer retiros periódicos que le garanticen un ingreso durante el tiempo de vida esperado, adquirir una renta vitalicia de una compañía privada de seguros o una combinación de las dos opciones anteriores.

Para los trabajadores que escogieron cambiarse del antiguo sistema de seguridad social al Sistema de Ahorro para Pensiones en 1998, el valor de los derechos adquiridos en virtud del antiguo sistema se combina con la cuenta individual al jubilarse.

La pensión de vejez mínima garantizada equivale a la diferencia entre el saldo de la cuenta individual y la pensión mínima legal.

La pensión de vejez mínima mensual es de 207,60 dólares estadounidenses (SSA, 2016).

##### ***Pensión por invalidez***

De acuerdo con el art. 197 de la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones, la pensión mensual por invalidez total se determinará como un porcentaje del salario básico regulador en función del tiempo de servicio cotizado, otorgándose 30% de dicho salario por los primeros tres años cotizados e incrementándose 1,5% por cada año de cotización adicional.

La pensión mensual correspondiente a invalidez parcial se calculará sumando a 30% del salario básico regulador por los primeros tres años 1% de este por cada año de cotización adicional.

La pensión por invalidez mínima garantizada equivale a la diferencia entre el saldo de la cuenta individual y la pensión mínima legal.

La pensión de invalidez mínima mensual tiene actualmente un valor de 207,60 dólares estadounidenses por incapacidad total y de 145,32 dólares estadounidenses en caso de invalidez parcial (SSA, 2016).

##### ***Pensión por sobrevivencia***

La pensión mensual de la viuda, el viudo o conviviente es igual a 50% de la pensión que percibía el causante o habría tenido derecho a percibir por invalidez o vejez a la fecha del fallecimiento. La pensión asciende a 60% en caso de inexistencia de hijos con derecho (Asamblea Legislativa El Salvador, 1998).

La pensión de cada huérfano (hijos menores de 18 años, 24 años si son estudiantes y sin límite de edad si son personas con discapacidad) ascenderá a 25% de la que percibía el causante o de la que este habría tenido derecho a percibir por invalidez o vejez a la fecha del fallecimiento (art. 206 de la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones).

La pensión de cada padre equivale a 20% de la pensión de vejez o de invalidez que percibía o tenía derecho a percibir el causante, 30% si solo existe uno de ellos. En ausencia de cónyuge o conviviente derechohabiente, cada padre recibe 40% u 80% si hay solo un padre sobreviviente.

En ningún caso la suma de las pensiones de la viuda y de los hijos podrá exceder 100% de la que percibía el causante o de aquella a la que tendría derecho en las condiciones citadas.

La pensión por sobrevivencia mínima mensual es de 207,60 dólares estadounidenses (SSA, 2016).

## 5. Régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

El Seguro de Riesgos Profesionales se encuentra integrado en el Régimen General de Salud del ISSS (Seguro de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales).

### 5.1 Cobertura

El Seguro de Riesgos Profesionales cubre formalmente a todos los trabajadores asalariados del sector público y privado, los trabajadores independientes de la industria y el comercio y el personal doméstico. Están excluidos los trabajadores eventuales y rurales (SSA, 2016).

### 5.2 Financiamiento

El financiamiento del Régimen General de Salud del ISSS incluye los recursos que financian el Seguro de Riesgos Profesionales (véase la sección 3.3).

### 5.3 Prestaciones

En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, los asegurados tienen derecho a recibir las prestaciones médicas y los aparatos de prótesis y ortopedia que se juzguen necesarios, conforme a las listas elaboradas al efecto (ISSS, 2017).

Cuando el accidente o la enfermedad profesional produce incapacidad temporal para el trabajo, los asegurados reciben un subsidio diario en dinero que se calcula en forma similar al de la enfermedad común y se paga a partir del día siguiente a aquel en que ocurrió el accidente hasta que el trabajador haya recuperado su capacidad de trabajo o se declare inválido, hasta el límite de 52 semanas (ISSS, 2017).

Si el accidente o la enfermedad profesional produce incapacidad total permanente, los asegurados tienen derecho a una pensión completa equivalente a 70% del salario anual de base, lo mismo que a percibir, en las mismas condiciones, las asignaciones por hijos que establece el Reglamento de Aplicación de los Seguros de Invalidez, Vejez y Muerte (ISSS, 2017).

Toda disminución de la capacidad de trabajo superior a 66% da derecho a la pensión completa de incapacidad. En aquellos casos en que la incapacidad sea superior a 20% pero igual o inferior a 35%, la pensión se concede por un período de tres años, por un monto igual al doble del que resulta de aplicar el porcentaje de disminución de la capacidad, al valor de la pensión completa que habría correspondido en caso de invalidez total.

La muerte del asegurado por un riesgo profesional origina pensiones a favor del cónyuge sobreviviente (esposa o compañera de vida y varón viudo incapacitado para el trabajo), de los hijos menores de 16 años o hasta 21 años si se encuentran estudiando, o de cualquier edad si son inválidos (ISSS, 2017).

Desde febrero del 2008 la pensión mínima asciende a 119,70 dólares estadounidenses, otorgándose además un 2% adicional a las pensiones menores de 300 dólares estadounidenses (ISSS, 2017).

## D. Guatemala

### 1. Contexto general

Guatemala tiene una extensión territorial de 108.899 km<sup>2</sup> y posee fronteras terrestres con México, Belice, Honduras y El Salvador. Asimismo, linda con el océano Pacífico al sur y el mar Caribe al noreste. Con una población aproximada de 16.548.168 habitantes en el 2016 (INE, 2017), de los cuales 52% habitaba en zonas urbanas (PLISA, 2017), presentaba una densidad poblacional de 154,74 habitantes por km<sup>2</sup> (Banco Mundial, 2017). Además, 5% de su población tenía 65 años o más y presentaba una tasa de dependencia de 79,6% (PLISA, 2017).

Guatemala es la economía más grande de Centroamérica. Está considerada por el Banco Mundial como una economía de ingreso medio-bajo, con un PIB per cápita de 3.077,9 dólares estadounidenses (en valores constantes del 2010) (CEPALSTAT, 2017).

En un contexto en el que la desigualdad en la distribución del ingreso medida mediante el índice de concentración de Gini tenía un valor de 0,553 (CEPALSTAT, 2017), el mercado laboral guatemalteco presentaba una tasa de desempleo de 3,1% al primer semestre del 2016 (INE, 2017).

### 2. Antecedentes y organización actual

La base legal que ampara la creación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) se materializa en el Decreto núm. 295 del Congreso de la República de Guatemala, emitido el 30 de octubre de 1946. El IGSS se constituye como una institución autónoma, de derecho público, con la finalidad de aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio de Seguridad Social. Asimismo, la seguridad social se reconoce como un derecho de la población guatemalteca en la Constitución Política de la República de Guatemala, promulgada el 31 de mayo de 1985.

Para cumplir con las funciones asignadas por ley al IGSS, se desarrollan los siguientes programas:

Programa de Enfermedad, Maternidad y Accidentes (EMA): programa de corto plazo cuyo funcionamiento se basa en un sistema financiero de reparto simple, en el cual los ingresos deben alcanzar para el otorgamiento de la atención médica y otros beneficios.

- Programa de Enfermedad: entró en vigor el 30 de octubre de 1968, normado mediante el Acuerdo 410 de la Junta Directiva del IGSS, promulgado el 16 de abril de 1964. Prevé el otorgamiento de asistencia médica al afiliado y su grupo familiar. Otorga prestaciones dinerarias al afiliado que se encuentra incapacitado temporalmente para trabajar.
- Programa de Maternidad: entró en vigor el 1 de mayo de 1953, normado mediante el Acuerdo 410 de la Junta Directiva del IGSS, promulgado el 16 de abril de 1964. Prevé la asistencia a las afiliadas y esposas beneficiarias. Concede los beneficios de atención médico-quirúrgica, preventiva y curativa en fase prenatal, natal y posnatal. Otorga 100% del salario ante la incapacidad laboral por maternidad.
- Programa sobre Protección Relativa a Accidentes: su base legal está consignada en el Acuerdo 1002 de la Junta Directiva del IGSS, promulgado el 21 de noviembre de 1994. Otorga atención médica al afiliado y sus familiares ante un riesgo o una acción repentina que cause una lesión o un trastorno funcional a las personas. También contempla los beneficios pecuniarios temporales en virtud de la incapacidad laboral.

Programa de Invalidez, Vejez y Supervivencia (IVS): normado mediante el Acuerdo 1124 de la Junta Directiva del IGSS, promulgado el 13 de marzo del 2003 y vigente a partir del 19 de marzo del 2003, modificado por los Acuerdos 1257 y 1291 de la Junta Directiva, publicados en el diario oficial el 30 de diciembre del 2010 y el 10 de diciembre del 2012. Este programa utiliza el sistema financiero de prima media escalonada, que conforma una reserva de capitalización, para resarcir obligaciones futuras de los contribuyentes. El IVS protege al afiliado por incapacidad permanente (invalidez) o cuando culmina o adquiere la condición de retiro al cumplir determinada edad por vejez y un mínimo de contribuciones. De igual manera otorga protección por supervivencia a los beneficiarios por muerte del asegurado, prestando la atención médica y pecuniaria correspondiente. El programa inició sus funciones el 1 de marzo de 1977.

Programa de Protección Especial para las Trabajadoras de Casa Particular (PRECAPI): en respuesta a las necesidades de la sociedad guatemalteca, especialmente de los grupos de trabajadores no cubiertos, se creó un programa piloto para brindar cobertura de servicios de salud a las trabajadoras de casa particular, que se dedican en forma habitual y continua a labores de aseo, asistencia y demás tareas propias de un hogar o de otro sitio de residencia o habitación particular, que no importe lucro o negocio para el empleador. El objetivo del PRECAPI es brindar la protección relativa a los riesgos de maternidad, accidentes y control de niño sano (para los hijos menores de 7 años) a dicho grupo específico. Está regulado por el Acuerdo 1235 de la Junta Directiva del Instituto, que entró en vigor el 10 de septiembre del 2009.

### 3. Régimen de enfermedad y maternidad

#### 3.1 Beneficiarios

La Ley Orgánica del IGSS establece que todos los guatemaltecos y las guatemaltecas que participan en los procesos productivos están obligados a contribuir, de forma proporcional a sus ingresos, al sostenimiento del régimen de seguridad social y tienen derecho a recibir beneficios para sí mismos y sus familias.

El Programa de Enfermedad y Maternidad brinda aseguramiento a la población asalariada en el sector de la economía formal, a los hijos de hasta 7 años a nivel nacional, por enfermedad al cónyuge en el área departamental y por maternidad al cónyuge a nivel nacional.

#### 3.2 Población cubierta

Según la Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos, 19,9% de la PEA está afiliada al IGSS a nivel nacional (INE, 2016). Además, el IGSS cubre a un total de 3.134.574 habitantes, que representan 18,9% de la población de Guatemala.

La población protegida por el EMA en el 2016 estaba compuesta de la siguiente manera:

Afiliados:	1.300.001 (41,47%)
Esposas y compañeras:	529.477 (16,89%)
Hijos menores de 7 años:	981.255 (31,30%)
Pensionados del Programa de Accidentes:	4.310 (0,14%)
Pensionados del Programa IVS:	177.810 (5,67%)
Jubilados del Estado:	98.074 (3,13%)
Población no afiliada:	43.647 (1,39%)

La población afiliada se concentra sobre todo en las áreas urbanas, en particular en el departamento de Guatemala, donde se encuentra 55,6% de los afiliados.

Por otra parte, el PRECAPI cubre en una primera etapa a las trabajadoras de casa particular que laboran en el departamento de Guatemala, brindando servicio en las unidades médicas del Instituto que se encuentran en ese departamento.

### 3.3 *Financiamiento*

Las contribuciones para el financiamiento del Programa de Enfermedad y Maternidad están a cargo de los empleadores, los trabajadores y el Estado y se computan sobre los salarios que perciban los trabajadores afiliados en las siguientes proporciones:

- Empleadores particulares y el Estado como empleador: 4% del total del salario de sus trabajadores.
- Trabajadores: 2% de su salario.
- El Estado como tal aporta 2% del total de los salarios de todos los trabajadores, tanto públicos como privados.

El financiamiento del PRECAPI se distribuye entre las trabajadoras domésticas afiliadas (1,26% del salario), los empleadores (2,5290%) y el Estado (2,5290%).

Si bien el Estado debe participar en el financiamiento del IGSS en su doble papel de empleador y financiador del seguro social, su participación no se ha cumplido desde 1956.

### 3.4 *Prestaciones*

El Programa de Enfermedad y Maternidad incluye dos tipos de prestaciones:

- Prestaciones en servicio
- Prestaciones en dinero

Entre las prestaciones en servicio, el IGSS provee servicios de medicina preventiva, curativa y de rehabilitación.

En los casos de enfermedades en general, maternidad y accidentes, tanto de afiliados como de beneficiarios con derecho, el instituto llega a otorgar las siguientes prestaciones en servicio: asistencia médica y quirúrgica general y especializada; asistencia odontológica; asistencia farmacéutica (medicamentos, materiales y equipo); rehabilitación y suministro de aparatos ortopédicos y protésicos; exámenes radiológicos, de laboratorio y demás exámenes complementarios que sean necesarios para el diagnóstico y el control de las enfermedades (por ejemplo: estudios de imágenes como resonancias magnéticas nucleares, ultrasonidos, tomografías); servicio social; transporte.

La prestación en dinero para los trabajadores equivale a 66,7% del promedio de ingresos del asegurado y se otorga a partir del cuarto día de incapacidad, inclusive y mientras dure esta, pero sin que la duración exceda 26 semanas por una misma enfermedad. El día que se inicie la incapacidad para el trabajo por enfermedad podrá ser pagado por el empleador.

También se otorgan protección y prestaciones en servicio o asistencia médica a los derechohabientes que han adquirido derechos por los casos de Invalidez, Vejez y Supervivencia (IVS).

La asistencia médico-quirúrgica general y especializada, curativa y preventiva para niños incluye: atención de prematuros; tratamiento de anomalías y enfermedades congénitas; exámenes médicos

de control de la salud; asistencia médico-quirúrgica y odontológica; vacunación contra enfermedades transmisibles; asistencia médico-quirúrgica para accidentes comunes; educación a la madre sobre dietética; asistencia médica en consulta externa y hospitales.

Por el riesgo de maternidad, el Instituto brinda a sus afiliadas o beneficiarias con derecho los servicios de asistencia médica durante las fases prenatal, natal y posnatal.

- La fase prenatal incluye exámenes o controles médicos periódicos durante el embarazo, tratamiento de enfermedades y complicaciones del embarazo, tratamiento del aborto, educación higiénica y orientación para el bienestar de la familia, así como complemento nutricional a juicio del médico. La asistencia en esta fase se presta desde el momento en que se informa del embarazo al Instituto.
- La fase natal incluye la asistencia obstétrica del parto, los exámenes ordinarios y extraordinarios correspondientes del caso y la asistencia durante las complicaciones que se presenten en ese período.
- La fase posnatal se extiende hasta un máximo de 45 días después del parto. Esta asistencia está orientada a controles médicos posparto y la asistencia médica necesaria.

La prestación en dinero por maternidad contempla el pago de 100% de los ingresos de la asegurada durante 30 días antes y 54 días después de la fecha esperada de nacimiento. Además, se concede una hora diaria a las madres que amamantan a sus hijos hasta por 10 meses (SSA, 2016).

Las prestaciones cubiertas por el PRECAPI consisten en:

Afiliado o afiliada: consulta médica, hospitalización, intervención quirúrgica, rehabilitación, atención de emergencias, prestaciones en dinero.

Hijos e hijas: exámenes médicos de crecimiento y desarrollo, vacunación y ayuda nutricional.

### **3.5 Organización de los servicios de salud**

Las prestaciones en servicio del Programa de EMA se proporcionan en consultorios, hospitales y otras unidades médicas propias del IGSS por medio de su cuerpo médico y del respectivo personal técnico y auxiliar.

En los casos en que los pacientes requieran servicios médicos especializados que el IGSS no pueda brindar en sus propias instalaciones, el instituto puede contratar servicios con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y celebrar contratos con médicos particulares privados o mixtos, para otorgar, según los casos, todas o algunas de las prestaciones en servicio, siempre que no se justifique instalar centros propios de atención médica con su respectivo personal o mantener servicios especializados. En dichos casos, el IGSS realizará los pagos por cada servicio comprado, a valores previamente convenidos.

Cabe mencionar que, con el propósito de brindar otros servicios a sus derechohabientes con los cuales el Instituto no cuenta en sus unidades, el IGSS ha celebrado convenios con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Unidad de Cirugía Cardiovascular de Guatemala (UNICAR) y el Centro Médico Militar. También se han celebrado contratos con médicos particulares para brindar servicios médicos, tanto a nivel general como especializado<sup>11</sup>.

11 Más información pueden encontrarse en: [http://www.igssgt.org/images/servicios\\_medicos/infogeneraldeptomedicoservicioscentrales.pdf](http://www.igssgt.org/images/servicios_medicos/infogeneraldeptomedicoservicioscentrales.pdf)

El IGSS está organizado económicamente mediante un presupuesto de ingresos y egresos del instituto de periodicidad anual. En dicho presupuesto consta el financiamiento de los establecimientos de salud y la remuneración del personal asalariado, incluidos los médicos y demás profesionales de la salud.

El personal médico y el conjunto de profesionales y trabajadores de la salud del IGSS son remunerados en función de una escala salarial reglamentada, que es aprobada por la Junta Directiva del Instituto e incluye la totalidad de categorías o grupos de personal al servicio del IGSS.

#### 4. Régimen de invalidez, vejez y muerte

Guatemala posee un Sistema Nacional de Pensiones (SNP) relativamente fragmentado. El SNP está compuesto básicamente por tres regímenes de base y un conjunto de regímenes denominados complementarios. Los regímenes de base son los siguientes:

- Programa de invalidez, vejez y sobrevivencia (IVS) gestionado por el IGSS.
- Programa de la Ley de Clases Pasivas Civiles del Estado.
- Plan de prestaciones y beneficios del Instituto de Previsión Militar (IPM).

El Programa de Pensiones por riesgos de IVS es administrado por el IGSS y tiene cobertura nacional y obligatoria para todos los trabajadores asalariados, aunque con cierta diferenciación según el tamaño de la empresa. Se exige que las empresas tengan al menos tres empleados en el departamento de Guatemala y al menos cinco en el resto del país. El programa también cubre a los empleados estatales pagados mediante el sistema de planillas. La afiliación es voluntaria para aquellos trabajadores que han dejado de ser contribuyentes obligatorios después de haber contribuido al menos por un año durante los últimos 36 meses.

El régimen de Clases Pasivas Civiles del Estado (régimen de pensiones) protege a todos los funcionarios y empleados públicos en los poderes ejecutivo, legislativo y judicial (incluidos la Corte de Constitucionalidad y el Tribunal Supremo Electoral) y las entidades descentralizadas autónomas y a aquellos que deseen afiliarse a este régimen de manera voluntaria.

En 1966 se creó el IPM, que cuenta con un régimen de pensiones que cubre a las fuerzas armadas: oficiales, especialistas, empleados y sus respectivas familias.

Además, operan varios programas de seguridad social independientes. La mayoría de los planes públicos de pensiones complementarios se ha constituido en los últimos años. Se desarrollaron como iniciativas aisladas de grupos de empleados de instituciones autónomas, cuyo propósito fundamental es subsanar la insuficiencia de las prestaciones otorgadas por el IVS. Su creación se ampara principalmente en resoluciones ministeriales o leyes especiales. En la mayoría de los casos, estos planes paralelos de pensiones son dirigidos por juntas administrativas, normadas por reglamentos internos creados por los representantes de los trabajadores y los empleadores de las instituciones.

##### 4.1 Cobertura

La cobertura del Programa de IVS del IGSS es obligatoria para los trabajadores asalariados privados y los empleados públicos pagados a través de planillas.

Según datos oficiales, en julio del 2016, el IGSS tenía registrados 177.810 pensionados. De ellos, 11.533 recibían beneficios por invalidez, 83.009 por vejez y 83.268 por sobrevivencia. Los

departamentos con más y menos pensionados eran, respectivamente, Guatemala (87.913) y Jutiapa (2.308).

En el 2016, el IVS del IGSS brindaba cobertura a aproximadamente 17% de la PEA.

## **4.2 Financiamento**

El Programa de IVS se financia mediante contribuciones calculadas sobre los salarios cotizables de los trabajadores afiliados. Sobre esta base, y de acuerdo con la normativa vigente, se pueden distinguir tres fuentes de financiamiento:

- Aportaciones de los empleadores y los trabajadores: el empleador aporta 3,67% y el empleado 1,83%, sumando un total de 5,50%.
- Aportación anual del Estado: corresponde a 25% sobre el total del monto anual de las prestaciones pagadas por el programa.
- Productos generados por las inversiones de la reserva: se trata de un esquema de financiamiento de capitalización parcial. Las reservas cubren solo una parte de los pasivos actuariales y garantizan el equilibrio financiero durante períodos temporales definidos.

El Programa de IVS se rige por un sistema financiero de prima escalonada, según el cual el gasto no debe superar el ingreso (incluidos los rendimientos de la reserva técnica), por lo que la relación del primero con respecto al segundo refleja el grado de solvencia del Programa. La aproximación de este indicador a 100% induciría al cambio de la prima de financiamiento o la adopción de otras medidas para contener el crecimiento del gasto.

## **4.3 Condiciones de adquisición de derechos**

### **Pensión por vejez**

Tiene derecho a pensión por vejez el asegurado que tenga acreditados como mínimo 240 meses de contribución pagados al IGSS y que haya cumplido la edad de 60 años.

### **Pensión por invalidez**

Tiene derecho a pensión por invalidez el asegurado que sea declarado con una invalidez total (pérdida de capacidad de ingresos superior a 33%) o gran invalidez (pérdida de capacidad para el trabajo superior a 33% y necesidad permanente de ayuda de otra persona para efectuar los actos de la vida ordinaria) y tener al menos 36 meses de cotizaciones en los seis años inmediatamente anteriores al inicio de la invalidez. En caso de que la invalidez sea causada por accidente, el requisito se reduce a tres meses de contribución dentro de los seis meses anteriores a la fecha del riesgo y vigencia laboral.

### **Pensión por sobrevivencia**

La adquisición del derecho a la pensión por sobrevivencia requiere que el causante fallecido hubiera tenido al menos 36 meses de cotizaciones en los últimos seis años, hubiera percibido una pensión de vejez o hubiera tenido derecho a una pensión de vejez o de invalidez al momento de fallecer.

Los sobrevivientes elegibles incluyen a la viuda, al viudo con una incapacidad total para trabajar, a los hijos menores de 18 años (sin límite de edad si son inválidos), a la madre dependiente y al padre dependiente con una incapacidad total para trabajar.

#### **4.4 Prestaciones**

El IGSS realiza el pago de las pensiones con una periodicidad de 12 mensualidades al año. Además, en el mes de junio otorga una bonificación equivalente a 300 quetzales y en el mes de diciembre otorga un aguinaldo igual a 100% de la pensión más una bonificación equivalente a 500 quetzales.

##### **Pensión por vejez**

La pensión por vejez es equivalente a 50% del ingreso promedio de los últimos 60 meses, más 0,5% por cada seis meses de cotizaciones que superen los 120 meses. Además, se otorga una asignación familiar equivalente a 10% de la pensión por cada persona a cargo, incluyendo un cónyuge o conviviente, niños menores de 18 años (sin límite de edad si son discapacitados) y padres discapacitados sin otra fuente de ingresos.

La pensión mensual mínima, incluidos los suplementos, es de 340 quetzales mensuales. La pensión mensual máxima, incluidos los suplementos, es de 4.800 quetzales mensuales.

##### **Pensión por invalidez**

La pensión por invalidez total equivale a 50% del ingreso promedio de los últimos 60 meses, más 0,5% por cada seis meses de cotizaciones que superen los 120 meses. Además, se otorga una asignación familiar equivalente a 10% de la pensión por cada persona a cargo, incluyendo un cónyuge o conviviente, niños menores de 18 años (sin límite de edad si son discapacitados) y padres discapacitados sin otra fuente de ingresos.

La pensión mensual mínima, incluidos los suplementos, es de 340 quetzales mensuales. La pensión mensual máxima, incluidos los suplementos, es de 4.800 quetzales mensuales.

##### **Pensión por sobrevivencia**

El monto de las pensiones a sobrevivientes se calcula sobre la base de la que percibía el causante, o la que le hubiera correspondido percibir por invalidez total o por vejez, excluida la asignación familiar, en las proporciones siguientes:

- Cónyuge: 50%
- Hijo o hija: cada huérfano menor de 18 años (sin límite de edad si es inválido) recibe 25% de la pensión del causante fallecido; 50% por cada huérfano de padre y madre.
- Padres a cargo: cada padre dependiente recibe 25% de la pensión del causante fallecido.

Las prestaciones de sobrevivientes combinadas no deben exceder 100% de la pensión del causante fallecido. La suma de las prestaciones mínimas mensuales de sobreviviente no puede exceder 340 quetzales.

##### **Gastos de entierro**

En caso de fallecimiento de un pensionado se otorga un pago único de hasta 1.237,50 quetzales.

## 5.5. Régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

### 5.1 Cobertura

El Programa sobre Protección relativa a Accidentes brinda aseguramiento a la población asalariada en el sector de la economía formal en todos los departamentos de la República de Guatemala. Están excluidos los trabajadores independientes.

### 5.2 Financiamiento

Las contribuciones para el financiamiento del Programa sobre Protección relativa a Accidentes están a cargo de los empleadores, los trabajadores y el Estado y se computan sobre los salarios mensuales totales, en las siguientes proporciones:

- Los empleadores particulares declarados formalmente inscritos en el Régimen y el Estado como empleadores aportan 3% del total de los salarios de sus trabajadores.
- Los trabajadores afiliados aportan 1% de su salario.
- El Estado como tal aporta 1,5% del total de salarios de los trabajadores de empleadores particulares y de sus propios trabajadores.

Si bien el Estado debe participar en el financiamiento del IGSS en su doble papel de empleador y como Estado financiador del seguro social, su participación no se ha cumplido desde 1956.

### 5.3 Prestaciones

Se contemplan dos tipos de prestaciones:

- Prestaciones en dinero
- Prestaciones médicas

La prestación en dinero por incapacidad temporal equivale a 66,7% de los ingresos del trabajador y es pagadera después de un período de espera de dos días, con montos que pueden oscilar entre 12 y 120 quetzales diarios (SSA, 2016).

La prestación por incapacidad permanente contempla un pago único que oscila entre 99 y 4.950 quetzales, según el grado declarado de incapacidad (SSA, 2016).

Las prestaciones médicas incluyen tratamiento médico y quirúrgico, hospitalización, medicamentos y prótesis, transporte, radiología y laboratorio, servicios de rehabilitación física y profesional.

Las Prestaciones de Sobrevivientes para Personas a Cargo incluyen una asignación de sepelio, que consiste en un pago único de 1.237,50 quetzales (SSA, 2016).

## E. Honduras

### 1. Contexto general

Honduras tiene una extensión territorial de 112.492 km<sup>2</sup> y está situada en el centro del istmo centroamericano. Limita al oeste con Guatemala y El Salvador, al norte con el mar Caribe, al este con Nicaragua y al sur con el océano Pacífico. Con una población aproximada de 8.714.641 habitantes (2016) (INE Honduras, 2017), de los cuales 56% habitaba en zonas urbanas (PLISA, 2017), presentaba una densidad poblacional de 81,44 habitantes por km<sup>2</sup> (Banco Mundial, 2017). Además, 5,1% de su población tenía 65 años o más y presentaba una tasa de dependencia de 63,7% (PLISA, 2017).

Honduras es una de las tres menores economías de Centroamérica. Considerado por el Banco Mundial como un país de ingreso medio-bajo, en el 2016 tenía un PIB per cápita de 2.380,8 dólares estadounidenses (en valores constantes del 2010) (CEPALSTAT, 2017).

En el 2016, el mercado laboral hondureño presentaba una tasa de participación de 49,5% y una tasa de desempleo de 7,4% (INE Honduras, 2017). En este contexto, la desigualdad en la distribución del ingreso medida mediante el índice de concentración de Gini tenía un valor de 0,52 (2014) (INE Honduras, 2017).

### 2. Antecedentes y organización actual

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) fue creado mediante el decreto núm. 140 del 3 de julio de 1959. Es el órgano encargado de orientar, prestar y administrar los servicios de seguridad social a la población trabajadora de Honduras.

El IHSS cubre las contingencias por enfermedad, accidente no profesional y maternidad; accidentes de trabajo y enfermedad profesional: vejez e invalidez; muerte; subsidios de familia, viudez y orfandad; paro forzoso por causas legales o desocupación comprobadas; y servicios sociales.

El régimen de Enfermedad y Maternidad inició sus funciones el 1 marzo de 1962 en Tegucigalpa y el 1 de junio de 1973 en San Pedro Sula, ampliándose gradualmente en los años posteriores (IHSS, 2009).

Por otra parte, el seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) comenzó a regir en 1972 y el régimen de Riesgos Profesionales entró en vigor el 29 de junio del 2005. El régimen previsional de la seguridad social contributiva de Honduras presenta un importante nivel de fragmentación, pues existen numerosos regímenes para los trabajadores del sector formal público y privado.

El mayor régimen de pensiones es administrado por el IHSS. Los funcionarios del Poder Ejecutivo con contratos permanentes tienen su propio régimen, el Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados y Funcionarios del Poder Ejecutivo (INJUPEMP), creado en 1971. Los docentes de primaria y secundaria de los sectores público y privado contribuyen al Instituto Nacional de Previsión del Magisterio (INPREMA) fundado en 1980. El Instituto de Previsión Social de los Empleados de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (INPREUNAH) proporciona seguridad social al personal docente y administrativo de la Universidad Nacional Autónoma desde 1989. Por otra parte, mediante el Instituto de Previsión Militar, establecido en 1972, los militares hondureños tienen su propio régimen (OISS, 2014).

A partir del reconocimiento de la acotada cobertura del actual sistema de seguridad social, las limitaciones y deficiencias en las prestaciones, y con el objeto de implementar gradual y progresivamente un sistema de protección social solidario, equitativo, incluyente, universal y con énfasis en los más vulnerables, el 2 de julio del 2015 se aprobó la Ley Marco del Sistema de Protección Social (Poder Legislativo, 2015) Con ello se aspira a incrementar la cobertura en los servicios de salud, jubilaciones, pensiones y cesantía laboral de los hondureños.

El objetivo de la citada ley es crear el marco legal de las políticas públicas en materia de protección social, a fin de ofrecer a los habitantes, de forma progresiva y sostenible financieramente, una cobertura digna mediante la promoción social, la prevención y el manejo de los riesgos que conlleva la vida de las personas, asegurando la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los demás derechos sociales necesarios para el logro del bienestar individual y colectivo.

Este nuevo Sistema de Protección Social otorga cobertura frente a las contingencias derivadas de los principales riesgos asociados al curso de la vida de las personas, mediante un modelo de estructura multipilar que provee acceso a planes y programas generadores de prestaciones y servicios que garanticen la protección. El sistema está integrado por los siguientes regímenes:

- Régimen del Piso de Protección Social
- Régimen del Seguro de Previsión Social
- Régimen del Seguro de Atención de la Salud
- Régimen del Seguro de Riesgos Profesionales
- Régimen del Seguro de Cobertura Laboral

El proceso de reforma del Sistema de Protección Social está aún en curso. En este momento se encuentra en una etapa de debate y producción normativa. Para completar el marco legislativo necesario para su gradual y progresiva implementación, se requiere la sanción de leyes complementarias, constituidas por:

- Ley del Seguro Social
- Ley del Sistema Nacional de Salud
- Ley de Administración de Fondos de Pensiones y Cesantías
- Ley del Seguro de Accidentes de Tránsito
- Otras leyes o reformas complementarias que se requieran para la aplicación integral del Sistema.

Actualmente, se encuentra en debate legislativo la nueva Ley del Instituto Hondureño de Seguridad Social, que desarrolla las disposiciones y los principios fundamentales para el cumplimiento de los derechos constitucionales en materia de seguridad social del pueblo hondureño. Esta se conceptualiza como un servicio público de carácter obligatorio que se prestará en forma de seguro social, en el marco de los principios fundamentales establecidos en el artículo 3 de la Ley Marco del Sistema de Protección Social.

### 3. Régimen de enfermedad y maternidad

#### 3.1 Beneficiarios

La población beneficiaria del Régimen de Enfermedad y Maternidad del IHSS mediante el régimen obligatorio está constituida por los afiliados cotizantes y sus dependientes. Los primeros incluyen a los trabajadores asalariados de la economía formal; los funcionarios y empleados de las entidades descentralizadas, autónomas, semiautónomas y desconcentradas del Estado y de las municipalidades; los funcionarios y empleados públicos, los trabajadores de la agricultura y la explotación forestal<sup>12</sup>, los agentes comisionistas y los aprendices.

Son beneficiarios dependientes el o la cónyuge y los hijos del asegurado hasta los 18 años y los pensionados afiliados.

Por otra parte, el régimen especial y de afiliación progresiva, de carácter voluntario, se compone de 11 categorías, entre las que está reglamentada la cobertura por el seguro de salud del IHSS para trabajadores independientes o autónomos y trabajadores domésticos.

En la actualidad el IHSS tiene presencia en 23 ciudades y municipios del país, que registran la mayor densidad poblacional y se consideran como los principales polos de desarrollo, a saber: Distrito Central, Comayagua, Siguatepeque, Juticalpa, Catacamas, San Pedro Sula, Villanueva, Choloma, Puerto Cortés, El Progreso, Olanchito, La Ceiba, Roatán, Tocoa, Tela, Choluteca, El Paraíso, San Lorenzo, Santa Rosa de Copán, Danlí, Santa Bárbara, Naco y Monjarás.

#### 3.2 Población cubierta

Los datos de cobertura del Régimen del Seguro de Atención de la Salud relativos a noviembre del 2017 indican 755.812 cotizantes y 914.533 beneficiarios, para un total de 1.670.345 ciudadanos cubiertos.

En el 2016, la cobertura nacional, de la población económicamente activa (PEA) y de la PEA asalariada tenía los siguientes valores:

- Cobertura nacional: 19,17%
- Cobertura de la PEA: 19,16%
- Cobertura de la PEA asalariada: 41,21%

En 1990 se creó el Sistema Médico de Empresas como un medio alternativo que el IHSS pone a disposición de las empresas afiliadas para la atención médica e inmediata de sus empleados en el mismo centro donde trabajan. Dicha atención cumple las condiciones establecidas por la Secretaría de Salud y los lineamientos del IHSS.

En octubre del 2017 había 155 empresas adscritas a esta modalidad, en beneficio de unos 120.000 trabajadores. Esta modalidad constituye una extensión de los servicios del Seguro Social para ampliar su cobertura.

<sup>12</sup> Los trabajadores agropecuarios se consideran sujetos del régimen obligatorio si trabajan para empleadores que emplean a un número mayor de 10 trabajadores permanentes.

### **3.3 Financiamiento**

El Régimen de Enfermedad y Maternidad del IHSS se financia con recursos que recauda y administra el instituto a partir de las contribuciones de los empleadores (5% de los salarios) y los trabajadores (2,5%) del sector formal de la economía, además de los aportes realizados por el Estado (0,5%).

Los trabajadores independientes deben contribuir con 7% de los ingresos estimados, porcentaje que disminuye a 2% de los ingresos estimados para personas evaluadas como de escasos recursos económicos (SSA, 2016).

Los ingresos máximos mensuales para el cálculo de las cotizaciones son de 8.882 lempiras (SSA, 2016).

### **3.4 Prestaciones**

#### ***Prestaciones médicas***

El seguro de salud del IHSS ofrece a sus asegurados cotizantes prestaciones que suponen una cobertura amplia de los riesgos de salud.

Según la Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión del IHSS, los servicios prestados por el Régimen de Enfermedad y Maternidad a junio del 2016 consistían en: consultas de medicina general, consultas de especialidades, consultas de medicina física y rehabilitación, consulta y procedimientos odontológicos, servicios de emergencia, hospitalizaciones, servicios de cuidados intensivos, servicios de maternidad, intervenciones quirúrgicas, exámenes radiológicos, electrocardiogramas, electroencefalogramas, electromiografías, ecocardiogramas, tomografías, densitometría ósea, endoscopías, proctoscopias, exámenes de ultrasonidos, mamografías, resonancias magnéticas, placas, servicios de laboratorio clínico, biopsias, citologías, servicios de terapia en rehabilitación, inhaloterapia-neumología, diálisis y hemodiálisis, hemodinamia, quimioterapias, colonoscopías, inyecciones, curaciones, vacunas y subsidios.

Para los beneficiarios indirectos abarca prestaciones del primer nivel de atención, servicios de maternidad y atención pediátrica a los hijos hasta los 18 años.

Las prestaciones médicas para personas a cargo incluyen asistencia de maternidad para la cónyuge o conviviente del asegurado. Comprenden asistencia después del parto por un período de 45 días y asistencia de pediatría para los hijos de hasta 18 años o para los hijos de personas desempleadas si la enfermedad ocurre durante los dos meses inmediatos después del inicio del desempleo.

#### ***Prestaciones en dinero***

En caso de enfermedad no laboral, contempla un subsidio equivalente a 66% del salario base de cotización del asegurado en los últimos tres meses (50% si es hospitalizado y no tiene personas a cargo). Dicho subsidio es pagadero después de un período de espera de tres días por hasta 26 semanas y puede prorrogarse a 52 semanas (SSA, 2016).

En caso de maternidad, contempla un subsidio equivalente a 66% del salario base de cotización de la asegurada en los últimos tres meses, pagadero durante seis semanas antes y seis semanas después de la fecha esperada de nacimiento (SSA, 2016).

### 3.5 Organización de los servicios de salud

En el nivel primario, el IHSS contrata a proveedores privados. Los asegurados deben escoger a proveedores de su área e inscribirse y pueden cambiarlo una vez al año. Solo en caso de urgencia el asegurado puede recurrir a un proveedor distinto al de su elección. Estos proveedores aportan los insumos y medicamentos necesarios según el cuadro básico definido por el IHSS (OPS/OMS-SESAL, 2012).

El IHSS solo dispone de instalaciones propias para el segundo y el tercer nivel. Cuenta con dos hospitales, ubicados en San Pedro Sula y Tegucigalpa, ocho clínicas periféricas, un centro odontológico, dos centros de medicina física y rehabilitación y un centro de atención para personas mayores. Asimismo, ha celebrado contratos con 32 clínicas privadas (OPS/OMS-SESAL, 2012).

El IHSS realiza la contratación de servicios prestados por proveedores privados mediante mecanismos de financiamiento por volumen de servicios producidos.

Por otra parte, el IHSS está organizado económicamente mediante un presupuesto de ingresos y erogaciones de periodicidad anual. En dicho presupuesto constan el financiamiento de los establecimientos de salud y la remuneración del personal empleado en la institución, incluidos los médicos y demás profesionales de la salud.

El personal asalariado del IHSS es remunerado con arreglo a una política salarial determinada a partir del tipo de función que desempeña y la extensión de su jornada laboral, entre otros criterios.

## 4. Régimen de invalidez, vejez y muerte

### 4.1 Cobertura

El Régimen de IVM incluye los mismos regímenes de afiliación que el de enfermedad y maternidad: el régimen obligatorio y el régimen especial y de afiliación progresiva.

Los datos de cobertura del régimen de IVM en junio del 2016 indican 577.404 cotizantes y 951.587 beneficiarios, para un total de 1.558.991 ciudadanos cubiertos. En el 2016, la cobertura nacional de la PEA y de la PEA asalariada tenía los siguientes valores:

- Cobertura nacional: 17,89%
- Cobertura de la PEA: 14,64%
- Cobertura de la PEA asalariada: 31,48%

### 4.2 Financiamiento

La tasa de cotización para los asegurados obligatorios es de 6,5% sobre el salario del trabajador, dividida en forma tripartita: el empleador aporta 3,5%, el empleado 2,5% y el Estado 0,5%.

Los asegurados voluntarios aportan 4% y el Estado 0,5% sobre el salario declarado.

Los ingresos máximos mensuales para el cálculo de las cotizaciones son de 8.882 lempiras (SSA, 2016).

### 4.3 Condiciones de adquisición de derechos

#### Pensión por vejez

Según la legislación vigente en Honduras, los asegurados tienen derecho a una pensión de vejez a partir de los 65 años, en el caso de los hombres, y de los 60 años, en el caso de las mujeres. Los trabajadores deben contribuir por un período mínimo de 15 años para obtener la pensión por vejez.

#### Pensión por invalidez

Un asegurado recibe este tipo de beneficio cuando, después de un accidente o una enfermedad (no relacionada con el trabajo), registra una pérdida de al menos 65% de la capacidad de ganancia en la profesión habitual. Además, debe tener al menos 36 meses de cotizaciones en los últimos seis años cuando se trate de una enfermedad, o bien ocho meses en los últimos 24 meses cuando sea un accidente común.

#### Pensión por sobrevivencia

En caso de fallecimiento de un trabajador activo o pensionado, el causante fallecido debía tener al menos 36 meses de cotizaciones en los últimos seis años, u ocho meses en los 24 meses anteriores a la lesión que produjo la muerte (no relacionada con un accidente laboral) como condición para la adquisición de esta pensión.

En este caso, tienen derecho a una pensión la viuda, el viudo o conviviente, independientemente de la edad, y los huérfanos menores de 14 años (18 años si son estudiantes, sin límite de edad si son inválidos). En ausencia de estos, la pensión corresponde a la madre de cualquier edad y al padre inválido o mayor de 65 años.

### 4.4 Prestaciones

#### Pensión por vejez

La pensión mensual de vejez del IHSS está constituida por (SSA, 2016):

- 40% del salario base<sup>13</sup> mensual, más
- 1% de los ingresos por cada período de 12 meses de cotizaciones que supere los 60 meses.

Existe la opción de pensión como beneficio de postergación, que otorga un aumento de 3% del salario base mensual por cada año de cotización después de los 65 (hombres) o los 60 años (mujeres).

Además, se contempla el derecho a un subsidio de asistencia continua de un monto de hasta 50% de la pensión para los asegurados que requieran la asistencia continua de otra persona para las actividades diarias.

<sup>13</sup> El salario base mensual son los ingresos mensuales promedio del asegurado en los últimos tres o cinco años (el que fuere mayor) anteriores al mes en que obtiene el derecho.

### *Pensión por invalidez*

En caso de incapacidad de 100%, la pensión mensual por invalidez estará constituida por (SSA, 2016):

- 40% del salario base mensual, más
- 1% de los ingresos por cada período de 12 meses de cotizaciones que supere los 60 meses.

Si se evalúa que el asegurado tiene un grado de incapacidad de al menos 50% y requiere la asistencia continua de otra persona para las actividades diarias, se le asigna un subsidio por este concepto de hasta 50% de la pensión por invalidez.

En caso de incapacidad parcial por concepto de riesgos profesionales, el monto de la pensión por incapacidad total se multiplica por el grado evaluado de incapacidad.

### *Pensión por sobrevivencia*

El viudo, la viuda o conviviente recibe 40% de la pensión que percibía o tenía derecho a percibir el causante fallecido. Cada huérfano recibe 20% de la pensión del causante fallecido, pensión que asciende a 40% en caso de orfandad de padre y madre. Si el cotizante no tenía esposa ni hijos, 20% de la pensión del causante fallecido es pagadero a cada padre derechohabiente.

Las prestaciones de sobrevivientes combinadas no pueden superar 100% de la pensión de vejez o de invalidez que el causante fallecido recibía o tenía derecho a recibir.

Se otorga un subsidio por gastos de sepelio igual a dos salarios mínimos en la categoría más baja para el causante fallecido por única vez (SSA, 2016).

## **5. Régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales**

Dentro del Régimen de Riesgos Profesionales se otorgan las prestaciones por incapacidad permanente y muerte por accidente de trabajo o enfermedad profesional.

### *5.1 Cobertura*

Los datos de cobertura del régimen de Riesgos Profesionales relativos a junio del 2016 indican un total de 687.186 asegurados cotizantes. En términos porcentuales, la cobertura de la PEA y de la PEA asalariada asciende a:

- PEA: 17,42%
- PEA asalariada: 37,47%

### *5.2 Financiamiento*

El Seguro de Riesgos Profesionales se financia por medio de la contribución de 0,20% del salario proporcionada por el empleador.

### *5.3 Prestaciones*

En caso de accidentes de trabajo o enfermedad profesional el Instituto concederá las prestaciones de asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria y dental necesaria, aparatos de prótesis y ortopedia, medicamentos y los demás auxilios terapéuticos que requiera el estado del asegurado.

Además, el IHSS brindará las siguientes prestaciones en dinero (SSA, 2016):

- Por incapacidad temporal, si el grado de incapacidad es de hasta 15%, la prestación equivale a 100% del salario diario del asegurado y es pagadera después de un período de espera de hasta tres días por rehabilitación, declaración de incapacidad permanente o muerte del asegurado.
- En caso de incapacidad permanente:
  - Con una incapacidad mayor a 65%, la prestación equivale a 70% del salario base<sup>14</sup> mensual del asegurado.
  - Con una incapacidad de 16% a 65%, la prestación equivale a un porcentaje de la pensión total según el grado de invalidez.

En caso de que el asegurado fallezca y haya trabajado al menos un mes en el empleo asegurado, tendrán derecho a pensión por sobrevivencia el viudo o la viuda o conviviente de 65 años o más, los huérfanos menores de 14 años (18 años si son estudiantes, sin límite de edad si son inválidos). Si el cotizante no tenía ni esposa ni hijos, los beneficios pasan a sus ascendientes.

La viuda o el viudo o conviviente tienen derecho a recibir 40% de la pensión por invalidez permanente que percibía o tenía derecho a percibir el causante fallecido. Cada huérfano tiene derecho a recibir 20% de la pensión por invalidez permanente que percibía o tenía derecho a percibir el causante fallecido, pensión que asciende a 40% en caso de orfandad de padre y madre. Si el cotizante no tenía esposa ni hijos, 20% de la pensión por invalidez permanente que percibía o tenía derecho a percibir el causante fallecido es pagadero a cada padre derechohabiente.

Las prestaciones de sobrevivientes combinadas no pueden superar 100% de la pensión de invalidez permanente que el causante fallecido percibía o tenía derecho a percibir.

Se otorga un subsidio por gastos de sepelio igual a 50% del salario base mensual del causante fallecido por única vez (SSA, 2016).

#### **5.4 Servicios de prevención**

Los servicios de prevención del régimen incluyen los siguientes:

- a) Inspección preventiva de condiciones y ambiente de trabajo
- b) Estudios de puestos de trabajo (ergonomía)
- c) Salud ocupacional preventiva
- d) Estudio de exámenes ocupacionales
- e) Servicios de gestión preventiva
- f) Investigación de accidentes
- g) Medicina laboral
- h) Control estadístico de prevención
- i) Reconocimientos y certificaciones de cumplimiento

<sup>14</sup> El salario base mensual considerado para el cálculo de la prestación equivale a 0,028% o 0,017% de los ingresos del asegurado en los últimos tres o cinco años, respectivamente, anteriores al mes en que obtiene el derecho (el monto que resulte mayor).

## F. Nicaragua

### 1. Contexto general

Nicaragua tiene una extensión territorial de 130.373,5 km<sup>2</sup>. Es la mayor de las repúblicas centroamericanas, y está situada entre el mar Caribe al este y el océano Pacífico al oeste. Comparte frontera al norte con El Salvador y Honduras y al sur con Costa Rica.

Con una población aproximada de 6.327.927 habitantes en el 2016 (INIDE), de los cuales 59% habitaba en zonas urbanas (PLISA, 2017), presentaba una densidad poblacional de 51,10 habitantes por km<sup>2</sup>. Además, 5,1% de su población tenía 65 años o más y presentaba una tasa de dependencia de 57,9% (PLISA, 2017).

Nicaragua es la segunda economía más pequeña de Centroamérica y el segundo país más pobre de América Latina después de Haití. Considerado por el Banco Mundial como una economía de ingreso medio-bajo, en el 2016 tenía el PIB per cápita más bajo de la región, con un valor de 1.913,9 dólares estadounidenses (en valores constantes del 2010) (CEPALSTAT, 2017).

En un contexto en el que la desigualdad en la distribución del ingreso medida mediante el índice de concentración de Gini tenía un valor de 0,47 (2014) (Banco Mundial, 2017), el mercado laboral nicaragüense presentaba una tasa de participación de 69,1% en el 2016 (CEPALSTAT, 2017) y una tasa de desempleo de 4% en el primer trimestre del 2017 (INIDE).

### 2. Antecedentes y organización actual

El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) fue creado mediante el Decreto Legislativo 161 del 22 de diciembre de 1955 como un ente autónomo del Estado, con el objeto de proteger a los trabajadores y sus familias contra los riesgos relacionados con la vida y el trabajo, proporcionando prestaciones económicas por invalidez, vejez, muerte y riesgos profesionales; asegurando servicios de salud para enfermedad y maternidad, accidentes comunes y riesgos profesionales y brindando otros servicios sociales para mejorar la calidad de vida de la población protegida.

Según la Ley Orgánica de Seguridad Social nicaragüense, están aseguradas obligatoriamente aquellas personas que se encuentran vinculadas con otras, sean estas personas físicas o jurídicas, e independientemente del tipo de relación, laboral o civil, de dicho vínculo, así como con independencia de la personalidad jurídica o la naturaleza económica del empleador, la empresa o la institución pública o privada que utilice los servicios de aquellas.

El Régimen Facultativo incluye a los trabajadores independientes, que no están incorporados al régimen obligatorio. La Ley Orgánica de Seguridad Social contempla la integración en este régimen de aquellos trabajadores que no estén integrados ni al Régimen Integral ni al Régimen de Invalidez Vejez y Muerte y Riesgos Profesionales (IVM/RP) del Seguro Social.

El INSS administra tres regímenes de afiliación que comprenden a distintos grupos de trabajadores, conforme a diferentes formas de recaudación de las tasas de cotización y zonas geográficas:

- El Régimen Integral, que cubre los riesgos de invalidez, vejez y muerte y riesgos profesionales, así como los riesgos de enfermedad y maternidad.
- El Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Riesgos Profesionales, sin aporte solidario para salud.

- El Régimen Facultativo, para los trabajadores no asalariados, que cubre los riesgos de invalidez, vejez y muerte y enfermedad y maternidad.

Además, el INSS tiene a su cargo la administración de dos programas de prestaciones de IVM denominados Víctimas de Guerra y Especiales No Contributivas (combatientes, mineros, trabajadores circenses, entre otros).

El Régimen IVM/RP fue diseñado inicialmente para las personas de las zonas donde el seguro social no tenía infraestructura en salud, en particular en las áreas rurales.

Entre 1979 y fines de 1993, con el traspaso de la infraestructura del INSS al Ministerio de Salud (MINSa), los riesgos que cubría el Régimen Integral eran los mismos que los del Régimen IVM/RP, pero al reintegrarse la cobertura de los riesgos de enfermedad y maternidad al INSS en 1993, se restableció la diferencia. En la primera mitad de la década de 1990, 70% de los asegurados activos del INSS cotizaban al Régimen Integral y 30% al Régimen IVM/RP.

A partir de 1993, el INSS ha reiniciado la implementación del seguro de enfermedad y maternidad. El programa opera mediante una separación funcional entre financiamiento-compra y provisión de servicios. El INSS desarrolla las funciones de recaudación y compra de servicios. Como entidad financiadora, compra la prestación de una canasta básica de servicios de salud a Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud (IPSS), las cuales están encargadas de la prestación de los servicios.

Este sistema es de carácter obligatorio en algunas áreas y mantiene un crecimiento paulatino, conforme a la presencia de unidades de salud en distintas zonas geográficas del país.

El Régimen IVM/RP se ofrecía originalmente en las zonas donde no había unidades de salud y su cobertura nacional.

Además del INSS, en Nicaragua existen otros dos sistemas de seguridad social:

- El Instituto de Seguridad Social y Desarrollo Humano (ISSDHU), que abarca a todos los empleados del Ministerio de Gobernación, incluido el personal de los órganos centrales.
- El Instituto de Previsión Social Militar (IPSM), que abarca a todos los militares del Ejército Nacional.

Dichos sistemas aparecieron en la década de 1980, pero recién a mediados de la década de 1990 obtuvieron la aprobación de sus cuerpos legales por parte de la Asamblea Nacional.

### 3. Régimen de enfermedad y maternidad

El Seguro de Enfermedad y Maternidad administrado por el INSS se encarga de otorgar las prestaciones de salud y las prestaciones económicas de corto plazo a trabajadores asegurados y sus beneficiarios.

#### 3.1 Beneficiarios

Las prestaciones de salud se otorgan a la población asegurada que cotiza en el régimen obligatorio integral y en el seguro facultativo integral, así como a las cónyuges que no están aseguradas y que, en calidad de beneficiarias, gozan del derecho a la atención de salud durante el embarazo, el parto y el puerperio.

También gozan de cobertura en salud las hijas y los hijos de los asegurados, desde el nacimiento hasta los 12 años, y los pensionados por vejez, a través del programa de las personas mayores.

### 3.2 Población cubierta

Según el Anuario Estadístico del INSS, 31,21% de la población estaba cubierta por el Seguro de Enfermedad y Maternidad en el 2016 (INSS, 2017).

### 3.3 Financiamiento

El Seguro de Enfermedad y Maternidad se financia con la contribución de:

- Empleadores (6% de la nómina salarial) y trabajadores (2,25% de su salario) afiliados al régimen integral obligatorio.
- Estado: 0,25% de los ingresos asegurados (trabajadores afiliados al régimen de seguro integral y facultativo integral); también cotiza como empleador.
- Afiliados al seguro facultativo integral: 8,25% de los ingresos cotizables.

Las contribuciones se hacen a partir de un salario mínimo que varía en función de la actividad económica en la que se desempeña el asalariado y en caso de tratarse de un trabajador independiente (Régimen Facultativo). El salario máximo vigente para el cálculo de las contribuciones es de 72.410 córdobas (SSA, 2016).

### 3.4 Prestaciones

El seguro de Enfermedad y Maternidad incluye una serie de prestaciones médicas contenidas en el plan básico de atención, pero no incluye actividades de prevención y promoción.

Las prestaciones médicas contempladas incluyen, entre otras: consulta ambulatoria general, exámenes de apoyo, exámenes especiales, fármacos y algunos procedimientos quirúrgicos. Las aseguradas embarazadas reciben servicios pre y posnatales. También otorga prestaciones en especie (leche maternizada), subsidios en dinero en caso de enfermedad, subsidios de funeral y prótesis. Los pensionados de vejez (pensiones contributivas) tienen derecho a atención médica para ciertas enfermedades y tratamientos quirúrgicos (SSA, 2016).

Dentro de la cobertura de enfermedades de alto costo, el INSS cuenta únicamente con el programa de atención integral oncológica, el programa de terapia sustitutiva renal y servicios médicos complementarios y especiales (INSS, 2017).

Las prestaciones en dinero para trabajadores asegurados incluyen (SSA, 2016):

- Prestación de enfermedad equivalente a 60% del promedio de los ingresos correspondientes a las últimas ocho semanas, pagadera después de un período de espera de tres días (ninguno en caso de hospitalización), hasta por 52 semanas.
- Prestación de maternidad equivalente a 60% de los ingresos correspondientes a las últimas ocho semanas, pagadera durante cuatro semanas antes y ocho semanas después de la fecha esperada de nacimiento.
- Asignación de lactancia: se provee apoyo para la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del hijo. Si el niño no está lactando, se provee de fórmula. En algunos casos pueden suministrarse prestaciones equivalentes en efectivo.

### 3.5 Organización de los servicios de salud

El INSS no tiene instalaciones sanitarias propias. Para la prestación de servicios médicos a la población asegurada, contrata a Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud (IPSS) de acuerdo con su normativa. Las IPSS son entidades públicas o privadas que tienen por objeto la provisión de servicios de salud en todas sus fases.

Corresponde al Ministerio de Salud definir los requisitos esenciales que deben cumplir las IPSS, tanto del sector público como del privado, para poder obtener su licencia de funcionamiento a través de la correspondiente habilitación. El INSS tiene la libertad de contratar conforme a sus propios estándares, siempre que la entidad correspondiente esté debidamente habilitada.

La forma de remuneración a las IPSS se basa mayormente en una tasa de capitación de base casi-familiar (aunque no todos los miembros estén incluidos). La tasa de capitación no toma en cuenta el tamaño de la familia, las características de la población (sexo, edad) y demás factores epidemiológicos. También se efectúan pagos por caso y por evento para intervenciones seleccionadas.

Además, las IPSS pueden subcontratar otros proveedores para servicios específicos o especializados que no son capaces de ofrecer ellas mismas. Los proveedores subcontratados se remuneran con base en el pago por evento.

Todas las IPSS están obligadas a prestar servicios de atención de emergencia a quien lo necesite de manera inmediata e incondicional.

En el 2016 las IPSS privadas atendieron a 73% de la población adscrita en alguna IPSS y las IPSS públicas atendieron al 27% restante (INSS, 2017).

## 4. Régimen de invalidez, vejez y muerte

El Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) es la rama de seguro financiada con el aporte de los empleadores y los trabajadores, administrada por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social para proteger integralmente a los trabajadores ante las contingencias de invalidez, garantizar una pensión que permita solventar necesidades económicas durante la vejez y proteger a los beneficiarios ante la eventualidad de la muerte.

### 4.1 Cobertura

Son sujetos de aseguramiento obligatorio al Seguro de IVM las personas que se encuentren vinculadas a otra, sea esta natural o jurídica, independientemente del tipo de relación laboral o de servicio que los vincule, la personalidad jurídica o la naturaleza económica del empleador, la empresa o la institución pública, privada o mixta que utilice sus servicios. Se incluye también a los agricultores y las cooperativas beneficiadas por la reforma agraria, los miembros de asociaciones profesionales y los miembros de cooperativas.

Son sujetos de aseguramiento voluntario al Seguro de IVM los trabajadores independientes (asegurados facultativos), el clero (no cubierto por el seguro obligatorio), los empleadores y los trabajadores que estaban cubiertos anteriormente por el seguro obligatorio.

Al mes de diciembre del 2016 el INSS contaba con 182.933 pensiones ordinarias de IVM, cifra que representa un crecimiento interanual de 11,5%. Además, se registró un valor promedio de las pensiones de 4.917,34 córdobas (164 dólares estadounidenses) (INSS, 2017).

El tipo de pensión más representativo es el de vejez, que incluye 72% de los casos, de los cuales 23% corresponde a pensiones de vejez reducida (INSS, 2017).

## 4.2 *Financiamiento*

Las pensiones ordinarias de IVM se financian mediante las siguientes contribuciones:

- Asalariado: 4% de sus ingresos.
- Empleador: 10% de la nómina (a partir del 2017).
- Estado: cotiza como empleador.
- Trabajador independiente (asegurado facultativo): 10% de los ingresos declarados (para prestaciones de IVM y subsidio por personas a cargo). El clero cotiza 7,6% (prestaciones de IVM).

Los ingresos máximos considerados para el cálculo de las cotizaciones son de 72.410 córdobas. Los ingresos mínimos varían en función del tipo actividad.

## 4.3 *Condiciones de adquisición de derechos*

El Seguro de IVM provee pensiones de invalidez parcial o total, temporales o vitalicias, pensiones de viudez y orfandad, asignaciones familiares y otras, destinadas a proveer de sustento económico a pensionados y sus dependientes ante diferentes contingencias.

### *Pensión por vejez*

Tienen derecho a una pensión de vejez:

- El asegurado que ha cumplido 60 años y 750 semanas cotizadas.
- Las maestras y los maestros de cualquier nivel educativo que han cumplido 55 años, siempre que acrediten haber cumplido con 750 cotizaciones (mujeres) y 1.500 semanas cotizadas (hombres).
- Las personas que se incorporaron al régimen habiendo cumplido 45 años. Estas requieren la mitad de las semanas de cotizaciones desde la cobertura inicial hasta la edad de jubilación, con al menos 250 cotizaciones semanales.
- Los mineros y los trabajadores que han prestado sus servicios por 15 o más años en forma continua en labores que signifiquen un desgaste físico o mental. Estos podrán beneficiarse de una rebaja de la edad hasta 55 años.
- Las personas de 60 años con al menos 250 semanas, pero menos de 750 semanas de cotización, mediante la modalidad de pensión reducida.

### *Pensión por invalidez*

Tiene derecho a pensión por invalidez el asegurado al que se le declare una invalidez total (pérdida de al menos 67% de la capacidad para obtener ingresos) o parcial (pérdida de 50% a 66% de la capacidad para obtener ingresos) con al menos 150 semanas de cotizaciones en los últimos seis años o al menos 250 semanas totales de cotizaciones.

Se abona una asignación por asistencia continua si el asegurado requiere la asistencia continua de otra persona para las actividades diarias.

Se abona un subsidio por personas a cargo si el asegurado padece invalidez total. El subsidio es pagadero por la esposa o el esposo inválido, los hijos menores de 15 años (21 años si son estudiantes, sin límite de edad si son inválidos) y otros familiares a cargo mayores de 60 años o inválidos.

#### Pensión por sobrevivencia

La adquisición de derecho a la pensión por sobrevivencia requiere que el causante fallecido haya percibido o haya tenido derecho a percibir una pensión de vejez o invalidez al momento de fallecer.

Los derechohabientes son la viuda o el viudo inválido a cargo, los huérfanos menores de 15 años (21 años si son estudiantes, sin límite de edad si son inválidos) y otros familiares a cargo mayores de 60 años o inválidos.

### 4.4 Prestaciones

#### Pensión por vejez

La pensión por vejez equivale a 37% de los ingresos promedio<sup>15</sup> (si el promedio de los ingresos es mayor a dos veces el salario mínimo) más 1,15% por cada período de cotizaciones adicional de 52 semanas que supere las 150 semanas cotizadas. Si el promedio de los ingresos es igual o inferior a dos veces el salario mínimo, la pensión equivale a 45% de los ingresos promedio más 1,591% por cada período de cotizaciones adicional de 52 semanas que supere las 150 semanas cotizadas.

Pensión reducida en función de los períodos cotizados: con 250 a 349 semanas de cotizaciones se pagan 1.910 córdobas; con 350 a 449 semanas se pagan 2.356 córdobas; con 450 a 549 semanas de cotización se pagan 2.884 córdobas; con 550 a 649 semanas se pagan 3.290 córdobas; y con 650 a 749 semanas se pagan 3.656 córdobas.

La pensión mínima es el salario mínimo mensual legal de la industria.

#### Pensión por invalidez

La pensión por invalidez total es equivalente al 37% de los ingresos promedio<sup>16</sup>, si estos exceden dos veces el salario mínimo, más 1,15% por cada período de 52 semanas de cotizaciones que exceda las 150 semanas de cotizaciones. Para ingresos de hasta dos veces el salario mínimo, 45% del promedio de los ingresos es pagadero, más 1,591% por cada período de 52 semanas de cotizaciones que exceda las 150 semanas de cotizaciones.

Si el asegurado tiene esposa e hijos, la pensión por invalidez total no puede ser menor de 50% del promedio de los ingresos.

La pensión por invalidez parcial equivale a 50% de la pensión de invalidez total.

Por necesidad de asistencia continua se abona un suplemento de 20% de la pensión de invalidez total.

Se abona un suplemento por personas a cargo, equivalente a 15% de la pensión de vejez del asegurado pagadero a la esposa o el esposo inválido; 10% por cada hijo menor de 15 años (21 años si es estudiante, sin límite de edad si es discapacitado); 10% por padres a cargo mayores de 60 años o inválidos.

La pensión mínima es el salario mínimo mensual legal para la industria.

15; 16 Los ingresos promedio del asegurado equivalen al promedio de las últimas 250 semanas de cotizaciones o de las 250 semanas antes de las últimas 250 semanas de ingresos (el que resulte más elevado). Para los asegurados que acreditan entre 1.000 y 1.249 semanas de cotización, los ingresos promedio pueden calcularse sobre la base del promedio de los ingresos en las últimas 200 semanas de cotizaciones, mientras que, para aquellos con al menos 1.250 semanas de cotizaciones, se aplica el promedio de las últimas 150 semanas de cotizaciones.

### Pensión por sobrevivencia

Las prestaciones para sobrevivientes a cargo consisten en:

- Viudez: la viuda de un asegurado fallecido tendrá derecho a percibir una pensión equivalente a 50% de la que percibía el causante o de la que este percibiría por invalidez total si hubiere cumplido con el requisito de cotizaciones para tener derecho a ella, sin incluir asignaciones familiares.
- Orfandad: tendrá derecho a una pensión de orfandad equivalente a 25% de la pensión que percibía o tenía derecho a percibir el causante fallecido, 50% en caso de ser huérfano de padre y madre.
- Ascendientes y otros dependientes: a falta de viuda y huérfanos, tendrán derecho a una pensión de 50% de la pensión que percibía o tenía derecho a percibir el causante fallecido, los ascendientes y otros dependientes mayores de 60 años o inválidos de cualquier edad que demuestren haber dependido económicamente del asegurado al momento de su fallecimiento.

## 5. Régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

El Seguro de Riesgos Profesionales comprende la protección a los trabajadores en caso de accidentes de trabajo, ante contingencias de muerte o toda lesión orgánica o perturbación funcional, permanente o transitoria, inmediata o posterior, producida por la acción repentina de una causa externa sobrevenida por el hecho o en ocasión del trabajo, o por caso fortuito o fuerza mayor inherente a él. Comprende asimismo accidentes de trabajo ocurridos en el trayecto habitual entre el domicilio del trabajador y su lugar de trabajo o viceversa.

### 5.1 Cobertura

Son sujetos de aseguramiento obligatorio las personas que se encuentren vinculadas a otra, sea esta natural o jurídica, independientemente del tipo de relación laboral o de servicio que los vincule, la personalidad jurídica o la naturaleza económica del empleador, la empresa o la institución pública, privada o mixta que utilice sus servicios.

Están excluidos los trabajadores independientes, los trabajadores agrícolas estacionales y el personal militar y de policía.

En el 2016, la población cubierta por el Seguro de Riesgos Profesionales totalizó 727.448 asegurados, cifra que representa un aumento de 3,8% con respecto al año 2015 (INSS, 2017).

### 5.2 Financiamiento

El seguro de riesgo profesional es financiado exclusivamente por el empleador, que por dicho concepto contribuye 1,5% de los salarios cotizables.

### 5.3 Prestaciones

Para atender estos riesgos, el Instituto ofrece atención médica, pensiones de corto, mediano y largo plazo y prestaciones en especie.

#### Prestaciones médicas

Se brinda atención médica por accidentes o enfermedades profesionales.

### *Prestaciones en dinero*

Por incapacidad temporal, se otorgan prestaciones en dinero equivalentes a 60% de los ingresos del asegurado en las últimas ocho semanas de cotizaciones. La prestación es pagadera desde el primer día de incapacidad hasta el cese de la atención médica o hasta la declaración de incapacidad permanente.

Cuando la incapacidad es permanente:

**Invalidez total:** supone una pérdida de al menos 67% de la capacidad de obtener ingresos. Para ingresos promedio<sup>17</sup> (INSS, 2017b) superiores a dos veces el salario mínimo, es pagadero 37% del promedio de los ingresos, más 1,15% por cada período de 52 semanas de cotizaciones que exceda las 150 semanas de cotizaciones. Para ingresos de hasta dos veces el salario mínimo, es pagadero 45% del promedio de los ingresos, más 1,591% por cada período de 52 semanas de cotizaciones que exceda las 150 semanas de cotizaciones.

La pensión mínima mensual (invalidez total) equivale a 60% de los ingresos del asegurado o el salario mínimo legal mensual para la industria (el que sea menor).

Por necesidad de asistencia continua se abona un suplemento de 20% de la pensión de invalidez total.

Se abona un suplemento por personas a cargo, equivalente a 15% de la pensión de vejez del asegurado pagadero a la esposa o el esposo inválido; 10% por cada hijo menor de 15 años (21 años si es estudiante, sin límite de edad si es discapacitado); 10% por padres a cargo mayores de 60 años o inválidos.

**Invalidez parcial:** para un grado de invalidez entre 20% y 60%, es pagadero un porcentaje de la pensión completa de acuerdo con el grado de la incapacidad. La pensión de invalidez parcial debe ser mayor de 20% pero menor de 66% (de acuerdo con el grado de invalidez) del salario mínimo de acuerdo con la ocupación del asegurado.

El salario mínimo legal mensual es de 3.014,41 córdobas (sector agropecuario), 4.062,79 córdobas (industria) y 6.761,91 córdobas (construcción, finanzas y seguros).

Una suma única de cinco veces el salario anual es pagadera para un grado de invalidez declarado de hasta 19%.

### *Prestaciones de sobrevivientes para personas a cargo*

Las prestaciones para sobrevivientes a cargo consisten en:

- Viudez: la viuda de un asegurado fallecido tendrá derecho a percibir una pensión equivalente a 50% de los ingresos promedio del causante fallecido.
- Orfandad: cada huérfano menor de 15 años (21 años si es estudiante y sin límite de edad si es inválido) recibe 25% de la pensión de invalidez permanente que el fallecido percibía o tenía derecho a percibir; 50% si es huérfano de padre y madre.
- Ascendientes y otros dependientes: en ausencia de los anteriores, cada derechohabiente recibe 25% de la pensión de invalidez permanente que el fallecido percibía o tenía derecho a percibir.

Además, se asigna una suma única de 50% del salario mensual del causante fallecido por sepelio.

<sup>17</sup> Los ingresos promedio del asegurado equivalen al promedio de las últimas 250 semanas de cotizaciones o de las 250 semanas antes de las últimas 250 semanas de ingresos (el que resulte más elevado). Para los asegurados que acreditan entre 1.000 y 1.249 semanas de cotización, los ingresos promedio pueden calcularse sobre la base del promedio de los ingresos en las últimas 200 semanas de cotizaciones, mientras que, para aquellos con al menos 1.250 semanas de cotizaciones, se aplica el promedio de las últimas 150 semanas de cotizaciones.

## G. Panamá

### 1. Contexto general

Panamá tiene una extensión territorial de 74.177 km<sup>2</sup>. Situado al sureste del istmo centroamericano, limita al norte con el océano Atlántico (mar Caribe), al sur con el Pacífico, al este con Colombia y al oeste con Costa Rica.

Con una población aproximada de 3.975.404 habitantes en el 2015 (INEC), de los cuales 67% habitaba en zonas urbanas, presentaba una densidad poblacional de 54,27 habitantes por km<sup>2</sup> (Banco Mundial, 2017). Además, 8% de su población tenía 65 años o más y presentaba una tasa de dependencia de 54,2% (PLISA, 2017).

Panamá es una de las tres economías más grandes de Centroamérica. Considerada por el Banco Mundial como una economía de ingreso medio-alto, en el 2016 tenía el PIB per cápita más alto de la región, con un valor de 11.099 dólares estadounidenses (en valores constantes del 2010) (CEPALSTAT, 2017).

En un contexto en el que la desigualdad en la distribución del ingreso medida mediante el índice de concentración de Gini tenía un valor de 0,519 en el 2014 (CEPALSTAT, 2017), el mercado laboral panameño presentaba en 2017 una tasa de participación de 64% y una tasa de desempleo total de 6,1% (INEC, 2017).

### 2. Antecedentes y organización actual

Formalmente, el sistema actual de seguridad social en Panamá data de 1941 y desde entonces ha crecido tanto en cobertura como en alcance.

Pese a que la legislación previa a la creación de la Caja de Seguro Social (CSS) proveía de un sistema de seguridad social a la población panameña, este presentaba importantes carencias, principalmente debido a la inequidad y rigidez de sus beneficios, que estaban vinculados a una actividad o área de ocupación particular.

Los trabajadores del Estado disfrutaban de derechos muy diferentes con respecto a los empleados y los obreros de las empresas privadas y existía una carencia de prestaciones médicas. Además, la mayoría de los sistemas previsionales existentes para los empleados públicos dependían de la disponibilidad de recursos estatales y los beneficios que otorgaba el sistema privado no ofrecían mayores garantías a sus beneficiarios.

Mediante la Ley núm. 23 del 21 de marzo de 1941 se creó la CSS, que estableció un sistema de protección social más ambicioso, extenso y armónico que el existente hasta entonces. La CSS se constituyó como un organismo autónomo, encargado de administrar prestaciones a favor de los trabajadores dependientes públicos de toda la república y privados inicialmente en las provincias de Panamá y Colón, incorporando al resto de los distritos del país posteriormente, hasta ser obligatoria para todo trabajador por cuenta de terceros en el territorio nacional.

El objetivo de la CSS es garantizar a los asegurados el derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia, frente a la afectación de estos medios, en caso de retiro por vejez,

enfermedad, maternidad, invalidez, subsidios de familia, viudez, orfandad, auxilio de funerales, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, de conformidad con los términos, límites y condiciones establecidas en la Constitución y la ley y con las posibilidades financieras de la institución. El Ministerio de Salud es el encargado de garantizar la prestación de servicios de salud a toda la población que carezca de seguro de salud.

El Decreto Ley núm. 14 de 1954, con sus modificaciones y adiciones, constituye hoy día la Ley Orgánica de la CSS. Se caracteriza por una cobertura de carácter universal basada, entre otros, en los principios de solidaridad contributiva, equidad distributiva y carácter irrenunciable de los beneficios y las prestaciones a los que se tiene derecho.

La Ley Orgánica de la CSS fue reformada por la Ley núm. 51 del 27 de diciembre del 2005<sup>18</sup>. Actualmente, la afiliación a la Caja de Seguro Social es obligatoria en todo el país. La Ley incluye a todos los trabajadores de empresas privadas o estatales, nacionales o extranjeros, que brinden servicios dentro de la República de Panamá. La obligatoriedad de los trabajadores independientes contribuyentes empezó a regir a inicios del 2007, mientras que la de los trabajadores independientes no contribuyentes, ocasionales, estacionales y domésticos se regirá por los reglamentos que dicte la Junta Directiva.

### 3. Régimen de enfermedad y maternidad

Dentro del Seguro de Enfermedad y Maternidad se distinguen el programa de Atención Médica y el programa de Prestaciones Económicas.

#### 3.1 Beneficiarios

La población de aseguramiento obligatorio cubierta por el Seguro de Enfermedad y Maternidad está constituida por:

##### *a. Atención médica:*

- Los trabajadores del sector público y privado.
- Los trabajadores domésticos.
- Los pensionados por vejez, invalidez, muerte y riesgo profesional de la Caja de Seguro Social.
- Los jubilados a cargo del Estado.
- Los asegurados voluntarios, grupo compuesto de personas que voluntariamente han solicitado su ingreso al seguro social por ser trabajadores independientes o que trabajan en organismos internacionales o misiones diplomáticas o consulares acreditadas en el país, o personas que han dejado de trabajar.

Además, por mandato del Decreto Ley núm. 9 de 1962, ampliado por la Ley núm. 15 de 1975, son asegurados dentro de este programa:

- La esposa o compañera de cada uno de los trabajadores antes mencionados y de los pensionados, jubilados y asegurados voluntarios.
- Los hijos de los trabajadores, pensionados o de los jubilados y de los asegurados voluntarios; menores de 18 años o de 25 años, si son aún estudiantes y los hijos inválidos mientras dure la invalidez.

<sup>18</sup> Puede encontrarse el texto completo de la Ley núm. 51 del 27 de diciembre del 2005, que reforma la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social y dicta otras disposiciones en el siguiente enlace: [https://www.gacetaoficial.gob.pa/gacetas/25453\\_2005.pdf](https://www.gacetaoficial.gob.pa/gacetas/25453_2005.pdf)

- El padre incapacitado para trabajar o mayor de 60 años y la madre del trabajador o trabajadora o del pensionado o pensionada o del jubilado o jubilada o asegurado voluntario que vivan a cargo de estos.

*b. Prestaciones económicas:*

- Los trabajadores del sector público o privado.
- Los trabajadores domésticos.
- Los asegurados voluntarios.

### **3.2 Población cubierta**

Aproximadamente 75% de la población de Panamá estaba protegida por el seguro de Enfermedad y Maternidad en el 2015.

Sin embargo, existen una serie de circunstancias que impiden conocer con exactitud los datos de la cobertura efectiva. En ese contexto, las estimaciones del Ministerio de Salud asignan a la CSS una cobertura de 60% de la población (MINSa, 2015).

### **3.3 Financiamiento**

*a. Atención médica*

*Para afrontar los gastos que este seguro demanda, la ley establece que se destinará:*

- Empleador: 8% del salario de sus trabajadores.
- Pensionados de la CSS y jubilados a cargo del Estado: 6,75% de su pensión o jubilación.
- *Asegurado voluntario: 8% de su salario base fijado por la CSS.*

*b. Prestaciones económicas*

Para afrontar los gastos que este seguro demanda, la ley establece que se destinará:

- Asalariado: 0,5% de su salario.
- Asegurado voluntario: 0,5% de su salario base fijado por la CSS.
- 10% de los ingresos netos de las concesiones que el Estado otorgue en materia de fibra óptica (aún no se ha implementado).

Los excedentes que se produzcan anualmente entre los ingresos y los gastos del programa se acreditan igualmente a la reserva para contingencias.

### **3.4 Prestaciones**

Para el Riesgo de Enfermedad y Maternidad, la CSS concede a sus asegurados y dependientes las siguientes prestaciones y servicios:

- Prestaciones en salud: atención integral, que incluye atención ambulatoria, hospitalaria, quirúrgica, odontológica, farmacéutica y otros servicios de diagnóstico y tratamiento, brindados por equipos multidisciplinarios.
- Prestaciones en salud por maternidad: las aseguradas cubiertas por este riesgo, trabajadoras o dependientes, tienen derecho en el curso del embarazo, el parto y el puerperio a asistencia prenatal y obstétrica, según el nivel de atención y complejidad que requiera su estado.

No obstante, la misma ley prevé que la Institución podrá reglamentar la amplitud de los servicios que conceda, a través de un reglamento de prestaciones médicas. Los pensionados y jubilados

pueden recibir un reembolso por la adquisición de lentes y prótesis dentales de la mitad del gasto en que incurran.

- Prestaciones económicas: consisten en el pago de un subsidio a los empleados y trabajadores que sufran una enfermedad o lesión que les produzca incapacidad temporal para el trabajo, que no sea producto de una enfermedad o accidente laboral, y de un subsidio de maternidad que cubra el período de reposo que se le reconoce a la empleada grávida.
  - *Enfermedad*: subsidio diario igual a 70% del salario diario promedio en los últimos dos meses antes del inicio de la incapacidad.
  - *Maternidad*: subsidio semanal (por 14 semanas) a la trabajadora o asegurada voluntaria igual a 100% del salario promedio semanal en los últimos nueve meses.

### 3.5 Organización de los servicios de salud

La CSS presta la mayoría de los servicios de salud en sus propias instalaciones con personal asalariado. La Ley núm. 51 establece que la CSS brindará atención de salud a los jubilados, pensionados, asegurados y dependientes cubiertos por el Riesgo de Enfermedad y Maternidad y a los trabajadores cubiertos por riesgos profesionales en el ámbito de la red de servicios de atención institucional.

Además, con el fin de evitar la duplicidad de servicios, los costos innecesarios y la carencia o insuficiencia de los servicios, la Institución puede establecer acuerdos de coordinación y reciprocidad de prestación de servicios con el Sector Salud del Estado, sin menoscabo de la autonomía económica, funcional y administrativa de la CSS y con la debida compensación de los costos de los servicios que se obtengan o brinden. De igual forma, puede establecer acuerdos de prestación de servicios con el sector privado. Para ello recurre a la modalidad de pago por actividad realizada.

Por otra parte, los establecimientos y el personal asalariado de la CSS (incluidos los médicos y demás profesionales de la salud) son financiados y remunerados respectivamente mediante recursos asignados a través de presupuestos financieros de periodicidad anual.

## 4. Régimen de invalidez, vejez y muerte

El sistema de pensiones de Panamá está conformado por múltiples regímenes, que presentan diferentes características de administración, diseño, obligatoriedad y población objetivo.

El régimen general es un esquema de reparto administrado por la CSS y cubre obligatoriamente a todos los trabajadores del sector privado y público que se desempeñan en Panamá, nacionales y extranjeros, incluidos los trabajadores independientes o por cuenta propia.

En el año 2008 el sistema pasó a ser de carácter mixto, al conservar un pilar de reparto y crear otro de capitalización individual para los trabajadores del sector privado.

La nueva Ley de Seguridad Social cubre a todos los nuevos y actuales trabajadores menores de 35 años (incluidos los trabajadores independientes), mientras que los trabajadores mayores de 35 años podían elegir entre el sistema mixto de dos pilares o permanecer en el antiguo sistema de reparto. Los trabajadores cuyo salario mensual fuera inferior a 500 balboas tendrían que contribuir únicamente al sistema de reparto (pilar I) y aquellos con remuneraciones superiores a 500 balboas mensuales deberían contribuir tanto al pilar I como a su cuenta de capitalización individual (pilar II).

#### 4.1 Cobertura

Están asegurados por el IVM de la CSS:

- Los trabajadores del sector público o privado.
- Los asegurados voluntarios.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo, en el 2015 había 1.183.684 asegurados activos y 266.656 pensionados<sup>19</sup>.

#### 4.2 Financiamiento

Para cubrir los gastos del programa la ley establece los siguientes ingresos mensuales:

- Asalariado: 6,75% de su salario.
- Empleador: 2,75% del salario de sus trabajadores.
- Asegurados voluntarios: 9,5% de su salario base.
- La totalidad de la cuota pagada por subsidios de enfermedad y maternidad de 7,25% del monto del subsidio.
- La totalidad de la cuota de 18% pagada sobre las tres partidas del decimotercer mes que reciba el trabajador, público o privado.

El subsidio anual del Estado para compensar la tasa de interés de las inversiones que mantenga la CSS en documentos del Estado cuyo rendimiento sea menor que la tasa de mercado y que no podrá ser menor de 20,5 millones de balboas.

- Los rendimientos o intereses que produzca la inversión de las reservas de este programa.

Los empleadores deben realizar aportes por concepto de colaboración en el financiamiento del fondo de salud (Fondo Riesgo de Enfermedad y Maternidad), que actualmente equivale a 0,25% de los sueldos que pagan a sus empleados.

#### 4.3 Condiciones de adquisición de derechos

Este programa brinda prestaciones en dinero, en forma de pensiones o indemnizaciones, en los siguientes casos:

- En caso de enfermedad invalidante que incapacite para seguir trabajando y que no sea producto de una enfermedad o accidente laboral.
- Por razón de la edad.
- Al fallecer el asegurado o pensionado.

#### Pensión por invalidez

Para tener derecho a la pensión de invalidez, el asegurado debe tener una pérdida de al menos 66,7% de la capacidad de ingresos. Además:

- Hasta los 30 años, debe tener al menos tres años de cotizaciones incluidos los últimos 18 meses en los últimos tres años.
- De 31 a 40 años, debe tener al menos cuatro años de cotizaciones incluidos al menos dos años en los últimos cuatro años.

<sup>19</sup> Se refiere a los pensionados por vejez, invalidez, vejez anticipada, sobreviviente, riesgos profesionales y jubilados.

- De 41 años hasta la edad normal de jubilación, debe tener al menos cinco años de cotizaciones, incluidos al menos 30 meses en los últimos cinco años.
- O a cualquier edad inferior a la edad normal de jubilación con al menos 20 años de cotizaciones.

#### *Pensión por vejez*

Para tener derecho a la pensión de vejez, el asegurado debe tener 62 años (hombres) o 57 años (mujeres) y al menos 240 meses de cotizaciones o al menos 120 meses de cotizaciones en el caso de los trabajadores estacionales agrícolas y de la construcción.

Los trabajadores del sector público se encuentran además cubiertos por el régimen complementario denominado Sistema de Ahorro y Capitalización de Pensiones de los Servidores Públicos (SIACAP), que otorga beneficios complementarios a los de la CSS y está basado en el ahorro individual. La participación en este sistema es voluntaria y cuenta con un subsidio por parte del Estado.

Los trabajadores del sector privado tienen acceso a un sistema de ahorro complementario para pensiones administrado por entidades privadas y supervisado por la Superintendencia del Mercado de Valores.

#### *Pensión por sobrevivencia*

Para tener derecho a la pensión de invalidez, el causante fallecido debía ser pensionista de vejez o invalidez, o tener al menos tres años de cotizaciones, incluidos al menos 18 meses en los últimos tres años anteriores al fallecimiento.

En este caso la ley establece que los beneficiarios son:

- La esposa o compañera del asegurado o pensionado fallecido.
- Los hijos menores de 18 años o inválidos del asegurado o del pensionado fallecido.
- En caso de que a la muerte del trabajador o pensionado, no existan esposa o compañera o hijos con derecho a la pensión como sobrevivientes, pueden recibir una pensión la madre o el padre o los hermanos menores de 14 años del fallecido que vivieran a cargo del trabajador. En este caso la pensión solamente se concede a uno de estos familiares y no en conjunto.

### **4.4 Prestaciones**

#### *Pensión por invalidez*

La pensión mensual de invalidez de la CSS equivale a 60% del promedio de los ingresos de los 10 mejores años de ingresos, más 1,25% de los ingresos por cada período anual de cotizaciones que supere los 20 años.

La pensión mínima mensual es de 245 balboas y la máxima es de 1.500 balboas.

Rige un suplemento mensual por personas a cargo, consistente en 20 balboas para la esposa, conviviente o el esposo inválido; 10 balboas por hijo menor de 14 años (18 años si es estudiante, sin límite de edad si es inválido), hasta 100 balboas.

#### *Pensión por vejez*

Los beneficios monetarios del sistema de pensión de vejez estatal corresponden a 60% del sueldo mensual básico (correspondiente al promedio del salario mensual de los mejores 10 años)

y además se paga 1,25% del salario básico por cada 12 meses de cotizaciones que excedan el mínimo requerido.

En el caso de los trabajadores de la construcción y los trabajadores estacionales del sector agrícola, se paga 60% del promedio de los ingresos de los asegurados de los mejores 10 años de salario multiplicado por el número de meses de cotizaciones dividido por 180 meses. Los ingresos máximos cotizables para los trabajadores de estas actividades económicas son de 3.500 balboas anuales.

Existen, además, las siguientes modalidades:

**Pensión anticipada:** equivale a una pensión de vejez multiplicada por 0,9128 en caso de anticiparse un año a la edad normal de jubilación, o multiplicada por 0,8342 en caso de anticiparse dos años a la edad normal de jubilación.

**Pensión parcial:** consistente en el pago de 60% del promedio de los ingresos de los 10 mejores años de salario multiplicado por la cantidad de meses cotizados divididos por 20 años.

**Pensión parcial anticipada:** equivale a una pensión parcial multiplicada por 0,9128 en caso de anticiparse un año a la edad normal de jubilación, o por 0.8342 en caso de anticiparse dos años a la edad normal de jubilación.

**Pensión diferida:** se obtiene un pago adicional de 2% de los ingresos por cada año de cotizaciones después de la edad normal de retiro.

La pensión mínima establecida por la Ley núm. 51 del 27 de diciembre del 2005 ascendía a 175 balboas mensuales en el 2009, monto que se reajustará en 10 balboas cada cinco años. Los montos máximos de pensión varían entre 1.500 y 2.000 balboas, según la cantidad de cotizaciones del afiliado.

En el caso de la pensión de vejez por medio del sistema de capitalización individual, la pensión consiste en el saldo de la cuenta del asegurado dividido por un coeficiente actuarial, determinado en función de la esperanza de vida y pagado en retiros programados. Si el pensionista vive más de la esperanza de vida estimada y la cuenta individual está agotada, el seguro colectivo suplirá el saldo de la cuenta (SSA, 2016).

### Pensión por sobrevivencia

Las prestaciones para sobrevivientes a cargo consisten en:

- Viudez: la esposa o compañera del asegurado o pensionado fallecido recibe una pensión equivalente a 50% de la pensión de vejez o de invalidez que percibía o tenía derecho a percibir el causante fallecido.
- Orfandad: los hijos menores de 18 años o inválidos del asegurado o del pensionado fallecido reciben una pensión equivalente a 20% de la pensión de vejez o de invalidez que percibía o tenía derecho a percibir el causante fallecido. Es pagadero por cada huérfano menor de 14 años (18 años si es estudiante, sin límite de edad si es inválido); 50% si es huérfano de padre y madre.
- Ascendientes y otros dependientes: en caso de que a la muerte del trabajador o pensionado no existan esposa o compañera o hijos con derecho a la pensión como sobrevivientes, pueden

recibir una pensión la madre o el padre o los hermanos menores de 14 años del fallecido que vivieran a cargo del trabajador, por un valor equivalente a 30% de la pensión de vejez o de invalidez que percibía o tenía derecho a percibir el causante fallecido.

El conjunto de las prestaciones de sobrevivientes no debe superar 100% de la pensión de vejez o invalidez que el causante fallecido percibía o tenía derecho a percibir.

Se realiza una bonificación por única vez de 300 balboas por gastos de sepelio (SSA, 2016).

## 5. Régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Este programa, que hasta 1970 estuvo administrado por el sector privado, tiene la finalidad de sustituir, dentro de ciertos límites y condiciones, la responsabilidad del empleador estipulada en el Código del Trabajo, de proteger o resarcir a sus empleados por los daños por enfermedades o accidentes a que pueden estar expuestos por razón de las labores que realizan para él.

### 5.1 Cobertura

Están asegurados por el Seguro de Riesgos Profesionales de la CSS:

- Los trabajadores del sector público o privado.
- Los aprendices en ambos sectores, aun cuando no sean remunerados.

### 5.2 Financiamiento

Los ingresos del programa provienen de:

- Una cuota mensual que debe pagar el empleador solamente. A estos efectos, cada empleador es clasificado de acuerdo con la actividad principal a que se dedica y dentro de esta se le asigna la prima como un porcentaje del salario de sus trabajadores, de acuerdo con el riesgo relativo de la empresa dentro de su clasificación.
- Las multas y los recargos que se cobren por incumplimiento de los empleadores de sus responsabilidades con relación a este seguro.
- El rendimiento que se obtenga de la inversión de las reservas del programa.

### 5.3 Prestaciones

El programa concede beneficios en especie y en dinero.

#### Especie

Servicios preventivos, atención médica curativa y rehabilitadora, que incluye la provisión al asegurado de las prótesis y el equipo de soporte que requiera y mientras los requiera.

#### Dinero

- Subsidios de incapacidad temporal equivalentes a 100% de los ingresos promedio del asegurado en los últimos dos meses anteriores al comienzo de la incapacidad se abonan durante los primeros dos meses. Posteriormente, un subsidio de 60% hasta su recuperación o declaración de incapacidad permanente.
- Pensión permanente por lesión o enfermedad profesional invalidante en 100%, equivalente a 60% del salario promedio del asegurado en los últimos 12 meses anteriores al comienzo

de la incapacidad. Si la incapacidad limita en más de 35% el desarrollo habitual laboral del trabajador, se paga un porcentaje de la pensión completa de incapacidad en proporción al grado de incapacidad.

- Por lesiones permanentes que produzcan una incapacidad menor de hasta 35% para realizar su labor habitual, se paga una indemnización igual a tres años de la pensión de incapacidad permanente completa.

Pensiones a los familiares sobrevivientes en caso de fallecimiento del asegurado. A estos efectos la ley define como probables beneficiarios de estas pensiones a:

- o La esposa o compañera: 25% de los ingresos del causante fallecido o 30% si es la única beneficiaria o si es inválida.
  - o Los hijos menores de 18 años o inválidos: 15% de los ingresos del causante fallecido por un huérfano menor de 18 años (sin límite de edad si es inválido); 25% por dos huérfanos; 35% por tres huérfanos y 40% por cuatro o más huérfanos. En ausencia del cónyuge, un huérfano recibe 20% de los ingresos del causante fallecido; 15% por dos o más huérfanos de padre y madre. Si hay más de un huérfano elegible la pensión se reparte en partes iguales entre ellos.
  - o De no haber otros sobrevivientes, 20% a 30% de los ingresos del causante fallecido se paga a la madre hasta por 10 años. Un padre inválido o mayor de 60 años recibe 10% de los ingresos del causante fallecido. Los hermanos o las hermanas menores de 18 años (sin límite de edad si son inválidos) reciben el mismo monto que hubiera percibido un huérfano.
- Se realiza una bonificación por única vez de 300 balboas por gastos de sepelio (SSA, 2016).

## H. República Dominicana

### 1. Contexto general

República Dominicana tiene una extensión territorial de 48.670 km<sup>2</sup> y ocupa dos tercios de la isla de La Española, la segunda más extensa del archipiélago de las Antillas Mayores tras Cuba. Limita al norte con el océano Atlántico, al sur con el mar Caribe, al este con el Canal de la Mona que la separa de Puerto Rico y al oeste con Haití, con una frontera terrestre de 270 km.

Con una población estimada de 9.445.281 habitantes en el 2010 (ONE, 2018), de los cuales 80% habitaba en zonas urbanas, presentaba una densidad poblacional de 220,43 habitantes por km<sup>2</sup> (Banco Mundial, 2017). Además, 7% de su población tenía 65 años o más y presentaba una tasa de dependencia de 56,7% (PLISA, 2017).

República Dominicana es una de las economías más grandes de Centroamérica y el Caribe. Considerada por el Banco Mundial como una economía de ingreso medio-alto, en el 2016 tenía un PIB per cápita de 6.881,1 dólares estadounidenses (en valores constantes del 2010) (CEPALSTAT, 2017).

En el período 2000-2016 se materializaron importantes progresos en materia distributiva. No obstante, en el 2016 se registró un cambio en la tendencia decreciente del coeficiente de Gini observada a partir del 2012. En efecto, ese año se advierte un aumento en el nivel de desigualdad,

que alcanzó un valor de 0,4713, un incremento de 0,013 puntos con respecto al año precedente, cuando era de 0,4578. El aumento de la desigualdad se observó tanto en la zona urbana como en la rural, pero fue mayor en la primera (CTP, 2016).

## 2. Antecedentes y organización actual

El actual Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) se instituyó el 9 de mayo del 2001 con la promulgación de la Ley núm. 87-01. Su objetivo consiste en regular y desarrollar los derechos y deberes recíprocos del Estado y de los ciudadanos en lo concerniente al financiamiento para la protección de la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos laborales.

El SDSS comprende a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas que realizan actividades principales o complementarias de seguridad social, los recursos físicos y humanos y las normas y los procedimientos que los rigen.

Hasta el año 2002, República Dominicana tuvo un sistema de salud segmentado. La población pobre desempleada y los trabajadores informales se atendían en la red hospitalaria de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, mientras la población trabajadora del sector formal de bajos ingresos se encontraba afiliada al Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS). Este sistema segmentado presentaba serias deficiencias y problemas de exclusión y calidad, que se traducían en la utilización masiva de servicios privados.

Esta situación llevó a las empresas del sector formal a buscar otras vías para cubrir a sus empleados e impulsó el crecimiento de las igualas y los seguros médicos, que hasta el año 2001 cubrían a 12% de la población mientras que el IDSS cubría a 7,1%.

En este contexto, mediante la reforma de la seguridad social (Ley núm. 87-01) se propuso lograr la universalidad y equidad en el financiamiento de la salud.

Si bien la Ley núm. 87-01 fue promulgada el 9 de mayo del 2001, el Seguro Familiar de Salud (SFS) tardó en comenzar sus operaciones. El régimen subsidiado comenzó a operar en el año 2003, mientras el Régimen Contributivo comenzó en el 2004 para el Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia y el Seguro de Riesgos Laborales, y en septiembre del 2007 para el Seguro Familiar de Salud.

Actualmente, el SDSS se funda en un sistema único de afiliación, cotización, plan de beneficio y prestación de servicios. En consecuencia, la población que estaba afiliada al régimen del IDSS y los afiliados al régimen de igualas médicas y seguros de salud quedaron integrados al SDSS, a fin de eliminar la doble cobertura y cotización. De igual forma, existe un solo registro previsional, que integra a los beneficiarios de todas las cajas y los planes de pensiones previamente existentes.

Antes de la aprobación del actual Sistema Dominicano de Pensiones por la Ley núm. 87-01, existían cuatro tipos fundamentales de regímenes previsionales de reparto:

- El régimen obligatorio del IDSS para los empleados del sector privado, que excluía a los trabajadores que percibían salarios superiores a un mínimo establecido;
- el fondo de jubilaciones y pensiones del Estado dominicano para los funcionarios y empleados públicos;

- un esquema previsional para las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional; y
- cajas y fondos de pensiones que operaban con carácter complementario sectorial, creados por leyes especiales.
- Asimismo, algunas empresas contaban con planes de pensiones corporativos, como beneficio colateral para sus trabajadores, sobre la base de sus propias reglamentaciones internas.

La cobertura previsional del IDSS se efectuaba bajo el amparo de la Ley núm. 1896 de 1948, que contemplaba un sistema de reparto y proveía de una pensión de vejez y de discapacidad. El sistema se caracterizaba por beneficios definidos y la mayoría de los trabajadores recibía la pensión mínima.

Era un sistema excluyente, pues brindaba cobertura solo a los trabajadores privados con salarios inferiores a un determinado valor de referencia. Además, la falta de mecanismos de indexación automática de ese valor de referencia privaba de aseguramiento a muchos trabajadores ante la evolución de los precios y salarios de la economía. De esta forma, no solo quedaba excluido de los beneficios otorgados por el IDSS un gran número de trabajadores, sino que también se reducía cualquier posibilidad redistributiva.

Por otra parte, los trabajadores del sector público estaban afiliados a un régimen previsional particular, regido por la Ley núm. 379 del año 1981, que modificaba el hasta entonces existente sistema de pensiones para los empleados públicos<sup>20</sup> y establecía beneficios en función del salario promedio de los últimos tres años cotizados. Este sistema de pensiones constituía un régimen de reparto financieramente insostenible, debido a problemas administrativos y de financiamiento.

El nuevo régimen de pensiones del SDSS instaurado mediante la Ley núm. 87-01 consiste en un sistema de capitalización individual (financiado por las contribuciones de los trabajadores y los empleadores). Este nuevo sistema reconoce a los trabajadores los derechos adquiridos en sus respectivos planes de pensiones existentes al momento de la entrada en vigor de la Ley núm. 87-01 (artículo 43 de la Ley núm. 87-01).

El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) está organizado de acuerdo con la especialización de funciones. La dirección, la regulación, el financiamiento y la supervisión están a cargo exclusivamente del Estado dominicano y son inalienables. Estas funciones se confían al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) (rectoría y dirección), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) (inscripción, facturación, recaudo, dispersión), la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) (supervisión, regulación del SFS y del SRL), la Superintendencia de Pensiones (SUPEN) (supervisión, regulación del SVDS) y el Consejo Nacional de Estancias Infantiles (supervisión de los servicios de estancias infantiles). Las funciones de administración de riesgos —Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP)— y prestación de servicios —Proveedores de Servicios de Salud (PSS)— están a cargo de entidades públicas y privadas competentes, debidamente acreditadas por la institución pública correspondiente.

Por otra parte, todos los ciudadanos dominicanos y residentes legales tienen derecho a ser afiliados al SDSS, incluidos los trabajadores temporales que cuentan con una identificación creada para ese propósito. Para ello, el SDSS está integrado por los siguientes regímenes de financiamiento:

<sup>20</sup> La Ley núm. 379-81 derogó y sustituyó a las leyes núms. 5185 del 31 de julio de 1959, 5105 del 20 de marzo de 1959, 5563 del 28 de junio de 1961, 68 del 12 de septiembre de 1963, 316 del 10 de junio de 1964, 2 del 14 de junio de 1966, 55 del 17 de noviembre de 1966 y 45 del 30 de octubre de 1970.

- a) Régimen Contributivo, que comprende a los trabajadores asalariados públicos y privados y a los empleadores, financiado por trabajadores y empleadores, incluido el Estado como empleador.

El Régimen Contributivo cubre los siguientes seguros:

- Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia;
  - Seguro Familiar de Salud;
  - Seguro de Riesgos Laborales por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- b) Régimen Subsidiado, que protege a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, los discapacitados y los indigentes, financiado fundamentalmente por el Estado dominicano;

Los beneficiarios del Régimen Subsidiado están cubiertos por los siguientes seguros:

- Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia;
  - Seguro Familiar de Salud.
- c) Régimen Contributivo Subsidiado, que no se ha implementado aún pero protegerá a los profesionales y técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con ingresos promedio iguales o superiores a un salario mínimo nacional, con aportes del trabajador y un subsidio estatal para suplir la falta de empleador;

Los beneficiarios del Régimen Contributivo Subsidiado tendrán derecho a los siguientes seguros:

- Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia;
- Seguro Familiar de Salud.

### 3. Seguro Familiar de Salud (SFS)

#### 3.1 Beneficiarios

Son beneficiarios del Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud:

- El trabajador afiliado;
- el pensionado del Régimen Contributivo, independientemente de su edad y estado de salud;
- el cónyuge del afiliado y del pensionado o, a falta de este, el compañero de vida con quien haya mantenido una vida marital durante los tres años anteriores a su inscripción o haya procreado hijos, siempre que ambos no tengan impedimento legal para el matrimonio;
- los hijos o hijastros menores de 18 años del afiliado;
- los hijos o hijastros del afiliado hasta 21 años, cuando sean estudiantes;
- los hijos o hijastros con discapacidad, independientemente de su edad, que dependan del afiliado o del pensionado.

De acuerdo con el artículo 120 de la Ley núm. 87-01, el Sistema Dominicano de Seguridad Social garantiza la libre elección familiar de la Administradora de Riesgos de Salud (ARS) y PSS de su preferencia. La selección que hace el afiliado titular es válida para todos sus dependientes. Los afiliados pueden realizar cambios una vez por año, con un preaviso de 30 días.

Son beneficiarios del Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado:

- Los desempleados, urbanos y rurales, así como sus familiares;
- las personas con discapacidad, urbanas y rurales, siempre que no dependan económicamente de un padre o tutor afiliado a otro régimen y tengan derecho a ser protegidas en otro régimen;
- los indigentes, urbanos y rurales, así como sus familiares, bajo las modalidades solidarias que establecerá el Poder Ejecutivo a propuesta del Consejo Nacional de Seguridad Social.

Para la identificación y selección de beneficiarios del Régimen Subsidiado se utiliza la base de datos del Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN), que determina la pobreza multidimensional sobre la base de 17 indicadores de calidad de vida. Para priorizar la protección de grupos vulnerables, el Consejo Nacional de Seguridad Social dispuso de mecanismos especiales para la inclusión de las personas que, teniendo las condiciones socioeconómicas atendibles en el Régimen Subsidiado, viven con VIH/sida o con discapacidad, las personas mayores que viven en los asilos públicos y los niños y las niñas en los orfanatos.

Al mes de diciembre del 2017, este Régimen Subsidiado aseguraba a 3.545.383 personas, es decir 119,3% de la población considerada en condiciones de pobreza monetaria (personas cuyos ingresos son inferiores a 2 dólares diarios), cifra correspondiente a 28,5% de la población (CTP,2016). Con respecto a la población identificada por el SIUBEN sobre la base de los 17 indicadores de calidad de vida que permiten una clasificación de la pobreza multidimensional, el aseguramiento cubre a toda la población identificada en los grupos ICV1, ICV2 (objetivo del Régimen Subsidiado) y un grupo de ICV3, con lo cual la meta de aseguramiento del Régimen Subsidiado ha llegado a su tope.

### 3.2 Población cubierta

Al finalizar el mes de diciembre del 2017, la afiliación total del Seguro Familiar de Salud ascendía a 7.639.077 personas, cubriendo de esta manera a 74,8% de la población. Este porcentaje concuerda con la programación establecida para el cuatrienio 2016-2020, que establece la meta de 90% de la afiliación para el año 2020. La participación de los diferentes regímenes de financiamiento es la siguiente: 53,5% del Régimen Contributivo, 46,1% del Régimen Subsidiado y 0,4% del Régimen Especial de Salud Transitorio para pensionados de leyes anteriores<sup>21</sup>.

### 3.3 Financiamiento

- El Régimen contributivo se nutre de los aportes de los empleados y los empleadores, incluido el Estado como empleador.

El Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo se funda en un régimen financiero de reparto simple, basado en una cotización total de 10,13% del salario cotizable: 3,04% a cargo del afiliado y 7,09% del empleador (SSA, 2016).

Los ingresos mínimos mensuales para el cálculo de las cotizaciones al SFS son el salario mínimo mensual establecido, mientras que los ingresos máximos son iguales a 10 veces el salario mínimo legal mensual establecido, que asciende a 11.826 pesos dominicanos (TSS, 2017).

21 Corresponde a los pensionados y jubilados que reciben su pensión a través del Ministerio de Hacienda, oficialmente inscritos en la base de datos de dicha institución, y no están acogidos a ningún otro régimen de financiamiento del SDSS. En noviembre del 2017 tenía 75.000 afiliados.

En el período 2007-2017, el SDSS ha aportado 6.931.149.163,24 dólares estadounidenses distribuidos entre las diferentes ARS para el financiamiento del aseguramiento en salud de la población afiliada al Régimen Contributivo.

El Régimen Subsidiado se financia con aportes del Estado por un monto de 1.188.884.369,49 dólares estadounidenses en el período 2003–2017, cifra que incluye el financiamiento del aseguramiento en salud de la población afiliada al Régimen Subsidiado vía la ARS pública Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), pero no considera el costo financiado por el presupuesto histórico que reciben los PSS públicos.

### 3.4 Prestaciones

Las prestaciones del Régimen Contributivo consisten en:

#### I. Prestaciones en especie:

- Plan Básico de Salud;
- Servicios de Estancias Infantiles.

#### II. Prestaciones en dinero:

- Subsidio por Enfermedad; y
- Subsidio por Maternidad.

Las prestaciones de los Regímenes Subsidiados consisten en:

- Plan Básico de Salud;
- Servicios de Estancias Infantiles.

Plan Básico de Salud: existe un único Plan de Servicios de Salud (PDSS) (denominado así a partir del 2007) para ambos regímenes. Este fue propuesto por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales y adoptado, modificado y aprobado por el CNSS. Comprende la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la rehabilitación del enfermo, el embarazo, el parto y sus consecuencias. No comprende los tratamientos derivados de accidentes de tránsito, ni los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. Estos están cubiertos por la Ley núm. 4117, sobre Seguro Obligatorio de Vehículos de Motor, y por el Seguro de Riesgos Laborales, aunque los tratamientos derivados de accidentes de tránsito no relacionados con la actividad laboral están financiados desde el año 2010 por el Seguro Familiar de Salud para toda la población afiliada a dicho seguro (tanto del Régimen Subsidiado como del Régimen Contributivo).

En el Régimen Contributivo existen copagos por tipo de servicio, que varían entre 0,5% y 30% del valor de la intervención, a excepción de las emergencias que están 100% cubiertas. En el Régimen Subsidiado no existen copagos.

Servicios de estancias infantiles: las estancias infantiles brindan atención física, educativa y afectiva para atender a los hijos de los afiliados al SDSS, desde los 45 días de nacidos hasta cumplir los 5 años, en locales habilitados para tales fines en las grandes concentraciones humanas. En la actualidad este servicio está disponible en el Régimen Contributivo, se financia con 0,10% de la recaudación del Seguro Familiar de Salud y es gestionado por la Administradora de Estancias Infantiles Salud Segura (AEISS) del IDSS. Existe asimismo en el país un programa de atención

integral a niños y niñas en este grupo de edad, dirigido especialmente a la población de condición socioeconómica baja, financiado con recursos del Estado dominicano a través del Ministerio de Educación y gestionado por el Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (INAIPI). En la actualidad están en funcionamiento 191 estancias infantiles en todo el territorio nacional (51 de la AEISS y 140 del INAIPI) que atienden a 33.087 niños y niñas (6.867 atendidos por la AEISS y 26.220 por el INAIPI).

Las prestaciones que reciben los niños en las estancias infantiles incluyen:

- a) Alimentación apropiada a su edad y salud;
- b) servicios de salud materno-infantil;
- c) educación preescolar;
- d) actividades de desarrollo psicosocial;
- e) recreación.

Subsidio por enfermedad: en caso de enfermedad no profesional, el afiliado cotizante del Régimen Contributivo tiene derecho a un subsidio en dinero por incapacidad temporal para el trabajo. Este se otorgará a partir del cuarto día de la incapacidad hasta un límite de 26 semanas y será equivalente a 60% del salario cotizante de los últimos seis meses cuando reciba asistencia ambulatoria y a 40% si la atención es hospitalaria.

Según datos del SFS, 491.900 personas se habían beneficiado con el subsidio a diciembre del 2017, totalizando 2.294.858.194,15 pesos dominicanos (47.209.590,50 dólares estadounidenses).

Subsidio por maternidad y lactancia: la trabajadora afiliada cotizante tiene derecho a un subsidio por maternidad equivalente a 14 semanas del salario cotizante, conforme lo establecido en el Convenio 183 sobre Protección de la Maternidad, adoptado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en el año 2000. Esta prestación exige a la empresa de la obligación del pago del salario íntegro a que se refiere el artículo 239 del Código de Trabajo. Los hijos menores de 1 año de las trabajadoras afiliadas con un salario cotizante inferior a tres salarios mínimos tendrán derecho a un subsidio de lactancia durante 12 meses. De acuerdo con datos del SFS, a diciembre del 2017 171.199 trabajadoras habían recibido subsidios por maternidad, que representaron 7.176.102.277,98 pesos dominicanos (147.626.049,74 dólares estadounidenses). En ese mismo período, 133.071 trabajadoras se beneficiaron del subsidio por lactancia, correspondiente a 2.030.580.021,24 pesos dominicanos (41.772.886,67 dólares estadounidenses).

### ***3.5 Organización de los servicios de salud***

El financiamiento del Seguro Familiar de Salud es recaudado por la Tesorería de la Seguridad Social, que se encarga de la distribución mensual de pagos capitados a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) por la administración y prestación de los servicios del Plan Básico de Salud. A su vez, estas realizan convenios con los Proveedores de Servicios de Salud (PSS) del sistema para el pago por la prestación de servicios a sus afiliados.

El monto de las cápitas es establecido por el CNSS mediante cálculos actuariales y revisado periódicamente. Sin perjuicio de lo anterior, cuando se desarrollen las condiciones técnicas necesarias, el CNSS podrá establecer tarifas diferenciadas en función del riesgo individual de los beneficiarios.

Para el Régimen Subsidiado se cuenta con un único asegurador público, la ARS Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), mientras que en el Régimen Contributivo existen múltiples aseguradoras de riesgos de salud denominadas ARS, que pueden ser públicas, privadas o autogestionadas.

Las ARS están encargadas de administrar el riesgo de la provisión del Plan Básico de Salud a una determinada cantidad de beneficiarios. Las ARS deben cumplir las siguientes funciones:

- a) Asumir el riesgo de garantizar a los beneficiarios una protección de calidad, oportuna y satisfactoria;
- b) racionalizar el costo de los servicios logrando niveles adecuados de productividad y eficiencia;
- c) coordinar la red de PSS para maximizar su capacidad resolutive;
- d) contratar y pagar en forma regular a los PSS;
- e) rendir informes periódicos a la SISALRIL.

En el caso de SeNaSa se utilizan dos modalidades de pago: una por capitación en el primer nivel de atención y otra por servicios prestados en los demás niveles. Además de este recurso de subsidio a la demanda, los proveedores del Régimen Subsidiado, que en su gran mayoría son proveedores públicos, continúan recibiendo importantes recursos de oferta o presupuesto histórico. Este presupuesto histórico está principalmente dirigido a recursos humanos, insumos y suministros (CNSS, 2003). Sin embargo, mediante la Ley núm. 123-15 se creó en julio del año 2015 el Servicio Nacional de Salud (SNS) como parte del proceso de separación de funciones que hasta el momento tenía el Ministerio de Salud Pública, para organizar la red pública y la ampliación de los servicios de primer nivel. Esta reorganización incluye la integración de todos los centros de prestación de servicios de salud gestionados por el IDSS a la red que en este nuevo orden ya está a cargo del SNS.

Para la entrega de los servicios incluidos en el Plan Básico de Salud a sus afiliados, las ARS (públicas y privadas) contratan proveedores privados y sin fines de lucro. Para el segmento de población incluido en el Régimen Subsidiado, la ARS SeNaSa contrata la red pública como primera opción, no obstante, también contrata a proveedores privados y sin fines de lucro para la atención a la población de este régimen, cuando en la red pública no se encuentra disponibilidad para responder a la solicitud de atención del afiliado.

## 4. Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia (SVDS)

### 4.1 Cobertura

El Régimen Contributivo cubre a los asalariados de los sectores público y privado y ofrece pensiones de vejez para los afiliados que tienen 60 años o más y contribuyeron al menos durante 30 años, o bien tienen 55 años o más y acumularon fondos suficientes para gozar de una pensión que es al menos 50% superior a la pensión mínima. También ofrece una pensión por discapacidad para los afiliados que padecen enfermedades o lesiones crónicas. Los datos del CNSS indican que, en noviembre del 2017 este régimen cubría a 4.049.745 personas, de las cuales 1.837.104 eran trabajadores asalariados cotizantes (SIPEN, 2017).

En el Régimen Subsidiado está prevista una pensión solidaria, financiada en su totalidad por el Estado dominicano, destinada a personas de cualquier edad con discapacidad severa, a personas de 60 años o más cuyos ingresos sean inferiores a 50% del salario mínimo nacional y a las madres

solteras desempleadas con hijos solteros menores de edad, que viven en condiciones de pobreza. El inicio gradual de esta prestación está previsto para el 2020 y se dará prioridad a las personas mayores con discapacidad de los municipios de mayor pobreza.

#### **4.2 Financiamento**

El Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia del Régimen Contributivo se financia con una cotización total de 9,97% del salario cotizable.

Los aportes para cubrir este costo están constituidos de la siguiente manera:

- 2,87% a cargo del afiliado;
- 7,1% a cargo del empleador.

Del total de 9,97% de las cotizaciones del asegurado y del empleador, 8% va a la cuenta individual, 1% al seguro de discapacidad, 0,5% para gastos administrativos, 0,4% para el fondo de solidaridad y 0,07% para los costos operativos de la Superintendencia de Pensiones.

Los ingresos mínimos considerados para el cálculo de las cotizaciones equivalen al salario mínimo mensual establecido, que es de 11.826,00 pesos dominicanos (TSS, 2017).

Los ingresos máximos considerados para el cálculo de las cotizaciones corresponden a 20 veces el salario mínimo mensual nacional cotizable establecido (SSA, 2016).

El Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia del Régimen Subsidiado es financiado exclusivamente por el Estado.

#### **4.3 Condiciones de adquisición de derechos**

##### **Régimen Contributivo**

El sistema previsional otorgará las siguientes prestaciones:

- a) Pensión por vejez;
- b) pensión por discapacidad, total o parcial;
- c) pensión por cesantía por edad avanzada;
- d) pensión de supervivencia.

##### ***Pensión por vejez***

La pensión por vejez comprende la protección del pensionado y de sus sobrevivientes. Se adquiere derecho a una pensión por vejez cuando el afiliado acredite:

- a) Tener la edad de 60 años y haber cotizado durante un mínimo de 360 meses; o
- b) haber cumplido 55 años y acumulado un fondo que le permita disfrutar de una jubilación superior a 50% de la pensión mínima.

##### ***Pensión por discapacidad, total o parcial***

Se adquiere derecho a una pensión por discapacidad cuando el afiliado acredite:

- a) Sufrir una enfermedad o lesión crónica, cualquiera sea su origen. Se considerará discapacidad total cuando reduzca en dos tercios su capacidad productiva y discapacidad parcial cuando la reduzca entre un medio y dos tercios; y

- b) haber agotado su derecho a prestaciones por enfermedad no profesional o por riesgos del trabajo de conformidad con la presente ley.

#### *Pensión por cesantía por edad avanzada*

El afiliado tiene derecho a la pensión mínima en caso de cesantía por edad avanzada cuando quede privado de un trabajo remunerado, haya cumplido 57 años y cotizado un mínimo de 300 meses. Al afiliado cesante mayor de 57 años que no haya cotizado un mínimo de 300 meses se le otorgará una pensión sobre la base de los fondos acumulados o podrá seguir cotizando hasta cumplir con el mínimo de cotizaciones para calificar para la pensión mínima por cesantía. En ningún caso la pensión por cesantía podrá superar el último salario del beneficiario.

#### *Pensión de sobrevivientes*

En caso de fallecimiento del afiliado activo, serán beneficiarios de una pensión de sobrevivencia:

- a) El o la cónyuge sobreviviente;
- b) los hijos solteros menores de 18 años;
- c) los hijos solteros mayores de 18 años y menores de 21 años que demuestren haber realizado estudios regulares durante no menos de los seis meses anteriores al fallecimiento del afiliado;
- d) los hijos de cualquier edad considerados discapacitados de acuerdo con el reglamento de pensiones, en cuyo caso tienen acceso a una pensión vitalicia.

#### **Régimen Subsidiado**

Se ha establecido una pensión solidaria en beneficio de la población con discapacidad, desempleada e indigente. Tienen derecho a esta:

- a) Las personas de cualquier edad con discapacidad severa;
- b) las personas mayores de 60 años que carecen de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades esenciales;
- c) las madres solteras desempleadas con hijos menores de edad que carecen de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades esenciales y garantizar la educación de los hijos.

### **4.4 Prestaciones**

#### **Régimen Contributivo**

##### *Pensión por vejez*

Al momento de pensionarse, el afiliado puede optar por:

- a) Una pensión bajo la modalidad de retiro programado, manteniendo sus fondos en la Administradora de Fondo de Pensiones, en cuyo caso el afiliado conserva la propiedad sobre estos y asume el riesgo de longevidad y rentabilidad futura;
- b) una pensión bajo la modalidad de renta vitalicia, en cuyo caso traspasa a una compañía de seguros el saldo de su cuenta individual y pierde su propiedad, a cambio de que dicha compañía asuma el riesgo de longevidad y rentabilidad y garantice la renta vitalicia acordada.

La pensión mínima del Régimen Contributivo equivale a 100% del salario mínimo legal más bajo.

### *Pensión por discapacidad, total o parcial*

La pensión por discapacidad total equivale a 60% del salario base. En los casos de discapacidad parcial corresponde a 30%, siempre que no afecte la capacidad económica de producción del afiliado. En ambos casos la pensión se calcula sobre la base del promedio del salario cotizable indexado de los últimos tres años. En caso de fallecimiento del afiliado, los beneficios de la pensión se otorgan a los sobrevivientes en las mismas condiciones y con los mismos límites establecidos para las pensiones por sobrevivencia.

### *Pensión de sobrevivientes*

En caso de fallecimiento del afiliado activo, los beneficiarios recibirán una pensión de sobrevivencia no menor de 60% del salario cotizable de los últimos tres años o fracción, ajustado por el índice de precios al consumidor.

El cónyuge sobreviviente menor de 50 años recibirá una pensión durante 60 meses o, en su defecto, el hijo menor hasta los 18 años. El cónyuge sobreviviente mayor de 50 años y menor de 55 años tendrá derecho a 72 meses de pensión y los sobrevivientes mayores de 55 años a una pensión vitalicia. La pensión de sobrevivencia se financiará con el monto acumulado de la cuenta personal del afiliado más el aporte del seguro de sobrevivencia. Estas prestaciones se revisarán cada cinco años.

Las prestaciones establecidas beneficiarán:

- a) Con 50% al cónyuge o, en su defecto, al compañero de vida, siempre que ambos no tuviesen impedimento jurídico para contraer matrimonio.
- b) Con 50% a los hijos menores de 18 años edad, o menores de 21 si fuesen estudiantes, o mayores de edad cuando estuviesen afectados por una incapacidad absoluta y permanente.

### *Régimen Subsidiado*

El Seguro de Vejez y Sobrevivencia del régimen subsidiado comprenderá los siguientes beneficios:

- a) Pensión por vejez y discapacidad, total o parcial;
- b) pensión de sobrevivencia.

### *Monto de la pensión solidaria*

Las pensiones solidarias tendrán un monto equivalente a 60% del salario mínimo público.

### *Pensión de sobrevivientes*

En caso de fallecimiento del pensionado continuarán recibiendo la pensión solidaria los siguientes beneficiarios:

- a) El cónyuge sobreviviente o, en su defecto, el compañero de vida;
- b) los hijos legítimos, naturales o adoptivos, solteros menores de 18 años, o los hijos solteros mayores de 18 y menores de 21 años que demuestren haber realizado estudios regulares durante los seis meses anteriores al fallecimiento del afiliado;
- c) los hijos de cualquier edad con discapacidad de acuerdo con el reglamento de pensiones.

## 5. Seguro de Riesgos Laborales (SRL)

### 5.1 Cobertura

Están asegurados por el Seguro de Riesgos Laborales:

- Los trabajadores y las trabajadoras dependientes y los empleadores, urbanos y rurales;
- los trabajadores por cuenta propia, los cuales serán incorporados en forma gradual, previo estudio de factibilidad técnica y financiera.

### 5.2 Financiamiento

El Seguro de Riesgos Laborales se financia con una contribución promedio de 1,2% del salario cotizable a cargo del empleador. El aporte total del empleador tiene dos componentes:

- a) Una cuota básica fija de 1%, de aplicación uniforme a todos los empleadores; y
- b) una cuota adicional variable de hasta 0,6%, establecida en función de la rama de actividad y del riesgo de cada empresa. En ambos casos, dichos porcentajes se aplican sobre el monto del salario cotizable.

Los ingresos mínimos considerados para el cálculo de las cotizaciones corresponden al salario mínimo mensual cubierto, que es de 11.826 pesos dominicanos (TSS, 2017), mientras que los ingresos máximos considerados para el cálculo de las cotizaciones equivalen a cuatro salarios mínimos promedio nacional (CNSS, 2007).

### 5.3 Prestaciones

El Seguro de Riesgos Laborales garantizará las siguientes prestaciones:

#### I. Prestaciones en especie:

- a) Atención médica y asistencia odontológica;
- b) prótesis, anteojos y aparatos ortopédicos y su reparación.

Las prestaciones en especie del Seguro de Riesgos Laborales están cubiertas 100% en cualquier tipo y cantidad de atención que se requiera y se realizan sin ningún copago por parte del afiliado.

#### II. Prestaciones en dinero:

- a) Subsidio por discapacidad temporal: el subsidio asciende a 75% del salario base<sup>22</sup> hasta por 52 semanas. La incapacidad se reevalúa 30 días después de que la prestación expire para determinar si es permanente.
- b) Pensión por incapacidad permanente: se paga 100% del salario base en caso de incapacidad total severa (declarado con una incapacidad de 100% y necesidad de asistencia permanente); 70% en caso de incapacidad permanente total (declarado con una incapacidad de al menos 67% e incapacidad de desempeñarse en cualquier ocupación profesional); 50% en caso de una incapacidad permanente total para desempeñarse en la ocupación habitual (declarado con una incapacidad entre 50% y 60% e incapacidad de desempeñarse en la ocupación habitual);

<sup>22</sup> El salario base es el ingreso promedio cubierto del asegurado durante los seis meses anteriores a la lesión o el inicio de la enfermedad profesional.

y un pago único equivalente a 10 veces el salario base en caso de una incapacidad permanente parcial para desempeñarse en la ocupación actual (declarado con una incapacidad entre 15% y 49% y una pérdida de al menos 50% de la capacidad de ingresos).

- c) Prestaciones de sobrevivientes para personas a cargo: consiste en una pensión de 50% de la pensión por discapacidad que el causante fallecido percibía o tenía derecho a percibir para el o la cónyuge viudo o viuda de 45 años o más o con discapacidad. Además, 20% de la pensión por discapacidad permanente que el causante percibía o tenía derecho a percibir se paga por cada huérfano menor de 18 años (21 años si es estudiante, sin límite de edad si tiene una discapacidad).



## II. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PRINCIPALES INDICADORES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA

La revisión caso por caso de la situación actual de las instituciones de seguridad social de Centroamérica y República Dominicana permite analizar los puntos compartidos y las diferencias en el abordaje de la seguridad social de los distintos países.

Uno de los primeros puntos de interés se refiere al contexto sociodemográfico de los países, que presenta la realidad en la que se encuentran inmersos los sistemas analizados y, al mismo tiempo, arroja luz con respecto a las necesidades de la población a la que dichos sistemas deben responder y los desafíos que deben enfrentar para hacerlo.

Como se muestra en el cuadro 1, se trata de un conjunto de países con tamaños poblacionales diversos, que varían entre cerca de 400.000 habitantes en Belice y más de 16 millones en Guatemala, y donde una proporción importante de la población vive en zonas rurales (cerca de 40% en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua y 64% en Belice).

Por otra parte, en Costa Rica, El Salvador y Panamá más de 8% de la población tiene 65 años o más, mientras que, a excepción de Costa Rica, todos los países tienen tasas de dependencia mayores de 50% (79,6% en Guatemala y 63,7% en Honduras). Todos los países analizados presentan una esperanza de vida al nacer superior a los 70 años, que en el caso de Costa Rica y Panamá llega a 79,6 y 77,8 años, respectivamente.

En términos económicos, se trata de países de ingresos medios que, a excepción de Panamá, registraban en el año 2014 niveles de PIB per cápita inferiores a 10.000 dólares estadounidenses y un gasto público per cápita promedio de 680 dólares estadounidenses, que variaba entre 400 dólares en Guatemala y Honduras y cerca de 4.500 dólares en Panamá. Alrededor de 18% de ese gasto público se destinaba a la salud (13,81% en Belice y 23,95% en Panamá). A modo de referencia, en el año 2014 el PIB per cápita promedio de los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE, 2015) ascendía a 38.000 dólares estadounidenses, con un gasto público total equivalente, en promedio, a 30,1% de este producto (aproximadamente 11.500 dólares) y un gasto público en salud del orden de 17,74% de dicho gasto público total.

Otro factor relevante del contexto sociodemográfico es el alto porcentaje de empleo informal en los países sobre los que se cuenta con información, que alcanza casi 80% en Honduras y Guatemala.

Con relación a la seguridad social, un punto importante a destacar es la larga data de su institucionalidad, que comienza en la década de 1940 con la promulgación de leyes y el establecimiento de sistemas en la mayoría de los países. A modo de síntesis, en los cuadros 2, 3 y 4 se presentan algunos indicadores sobre los regímenes de enfermedad y maternidad, invalidez, vejez y muerte, y accidentes de trabajo y riesgos profesionales, respectivamente.

Los sistemas de seguridad social en salud de los países analizados son mayoritariamente contributivos. La contribución se divide entre el asalariado y su empleador<sup>23</sup> y, eventualmente, el Estado. En los casos en que el Estado participa en las contribuciones a la seguridad social, cumple su papel financiador como empleador (funcionarios públicos) y como subsidiario. Los casos de Belice y Costa Rica son excepciones con características particulares. En Costa Rica el financiamiento combina aportes contributivos y no contributivos para dar cobertura a casi la totalidad de la población del país. Belice representa un caso de seguro público, en donde se utilizan mecanismos de aseguramiento y cobertura explícita de un grupo limitado de la población, beneficiario del sector público, por medio de financiamiento con recursos no contributivos.

En términos generales, los sistemas de seguridad social se basan exclusivamente en financiamiento contributivo y la cobertura está asociada al estatus del trabajador, de manera que se excluye de la cobertura a los trabajadores informales y los desocupados. La extensión de la cobertura al grupo familiar es desigual en los diferentes países y tiene efectos en términos de cohesión social. Mientras en Costa Rica y Panamá se logra extender la cobertura de los beneficiarios a los derechohabientes, la situación en El Salvador y Guatemala tiene mayores limitaciones.

En un contexto de altos niveles de informalidad del trabajo y elevados porcentajes de población residente en zonas rurales, como es el caso de los países examinados, esto explica, entre otras razones, la baja cobertura de los tres tipos de regímenes analizados. A ello se suma la considerable fragmentación de los sistemas, debida a la coexistencia de distintos subsistemas tanto en los regímenes de enfermedad y maternidad, como en los de invalidez, vejez y muerte. Así, los sistemas originalmente diseñados para proteger a la población y a los trabajadores de ciertos riesgos no necesariamente logran su objetivo.

23 En general, en el caso del régimen de accidentes de trabajo y riesgos profesionales, la contribución es exclusiva por parte del empleador.

En términos generales, la evolución de la institucionalidad de la seguridad social se caracterizó en una primera instancia por una naturaleza contributiva y centrada en los trabajadores asalariados urbanos, pero mantuvo constantes en el tiempo la complementariedad del componente prestacional de salud y el previsional de pensiones.

En una segunda instancia, se avanzó hacia una mayor injerencia estatal, con una base universalista aunque fragmentada, en la que de todas formas persistían limitaciones en la cobertura y diferencias importantes entre los trabajadores asalariados y no asalariados.

En la década de 1990, la tercera instancia se caracterizó por ajustes económicos y del papel del Estado, que afectaron tanto a los componentes contributivos como a los no contributivos e incluyeron procesos de privatización en el caso de los primeros y reformas tendientes a la focalización en la población más vulnerable en el caso de los últimos.

En la actualidad, con el paradigma de la protección social basado en los derechos humanos y sociales y la meta de la cobertura universal, el acceso y la cobertura en materia de salud cobran especial relevancia, dando lugar a distintos tipos de iniciativas por parte de los países. Sin embargo, los casos analizados evidencian que el alcance de las reformas de la seguridad social y el tipo de transformaciones que han impulsado varían de un país a otro.

En algunos países subsiste la fragmentación institucional de los sistemas de salud y la seguridad social, conforme la dinámica de sus correspondientes sistemas de pensiones (Costa Rica, Honduras, Panamá y República Dominicana). Sin embargo, es necesario caracterizar dos tipos diferentes de lógicas de cambio en estos casos.

Los sistemas de seguridad social en salud de Costa Rica (con mayor expansión universal) y Panamá (limitado a los aportes contributivos de los trabajadores formales) se han desarrollado en línea con la evolución del sistema de pensiones, a partir del fortalecimiento de las instituciones públicas con mecanismos que combinan esquemas de reparto y capitalización colectiva en la administración de los recursos, con miras a fortalecer la solidaridad.

En los casos de República Dominicana (con una implementación avanzada) y Honduras (todavía en etapas de formulación), los cambios en la seguridad social en salud han respondido a transformaciones más estructurales, impulsadas desde el sistema de pensiones, con la introducción de mecanismos de mercado, a través de sistemas de capitalización privada, y el surgimiento de aseguradoras privadas, orientadas a promover el mercado de capitales.

Por último, en los casos de Nicaragua y Guatemala se mantienen la fragmentación de la estructura de seguridad social (con diferentes instituciones de seguridad social) y la segmentación entre la seguridad social y el sector público.

Como se ha comentado, Belice presenta características especiales, pues los mecanismos de seguridad social representan innovaciones dentro del sector público no contributivo.

**Cuadro 1. Centroamérica y República Dominicana: contexto sociodemográfico**

Sociodemográfico	Belice	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	República Dominicana
Población (en número de habitantes)	387.879	4.947.490	6.522.419	16.548.168	8.714.641	6.327.927	3.975.404	10.264.384
Porcentaje de la población residente en zonas urbanas	44%	78%	61,7%	52%	56%	59%	67%	80%
Densidad poblacional (en habitantes por km <sup>2</sup> )	18,09	96,82	306,21	154,74	81,44	51,10	54,27	220,43
Categoría de ingreso según el Banco Mundial	Ingreso medio alto	Ingreso medio alto	Ingreso medio bajo	Ingreso medio bajo	Ingreso medio bajo	Ingreso medio bajo	Ingreso medio alto	Ingreso medio alto
Porcentaje de la población con 65 años de edad o más	3,9%	9,5%	8,6%	5%	5,1%	5,1%	8%	7%
Tasa de dependencia (en porcentajes) (*)	58,5	43,2	56,6	79,6	63,7	57,9	54,2	56,7
PIB per cápita (en dólares estadounidenses constantes de 2010)	4.316,6	9.374,9	3.815,2	3.077,9	2.380,8	1.913,9	11.099	6.881,1
Esperanza de vida (en años) (*)	70,3	79,6	73,0	73,0	73,3	75,0	77,8	73,7
Índice de Gini	0,42	0,515	0,36	0,553	0,52	0,47	0,519	0,4713
Gasto público total per cápita (en dólares estadounidenses constantes del 2010) (*)	1212,5	2.822,6	1.021,4	403,0	682,8	407,2	4.460,5	1.160,3
Porcentaje del gasto público en salud sobre el gasto público total (*)	13,81%	23,34%	16,69%	17,83%	15,4%	23,95%	14,63%	17,36%
Gasto total en salud (en dólares estadounidenses constantes del 2010) (*)	249,9	906,6	258,4	190,9	207,7	173,0	890,8	301,1
Gasto público en salud per cápita (en dólares estadounidenses constantes del 2010) (*)	167,5	658,8	170,5	71,9	105,2	97,5	652,4	201,4
Porcentaje de empleo informal (del total de empleos excluido el sector agrícola) (*)	—	43,2%	69,3%	79,4%	80,4%	-	-	56,4%

Fuente: Elaboración propia. (\*) Datos de libre acceso del Banco Mundial, año 2016 o más reciente disponible

**Cuadro 2. Centroamérica y República Dominicana: indicadores del régimen de enfermedad y maternidad**

Régimen de enfermedad y maternidad	Belize	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	Rep. Dominicana
Esquema de aportes	Estado 100%	Asalariado: 5,5%, Empleador: 9,25%, Estado: 0,25%	Asalariado: 3%, Empleador: 7,5%	Asalariado: 2%, Empleador: 4%, Estado: 2%	Asalariado: 2,5%, Empleador: 5%, Estado: 0,5%	Asalariado: 2,25%, Empleador: 6%, Estado: 0,25%	Asalariado: 0,5%, Empleador: 8%, Estado: 10% de los ingresos netos de las concesiones que el Estado otorgue en materia de fibra óptica (aun sin implementar)	Asalariado: 3,04%, Empleador: 7,09% (Régimen Contributivo)
Financiamiento (como porcentaje del PIB) 2014	0,50%	5,82%	1,81%	1,16%	1,09%	1,65%	2,40%	1,39%
Financiamiento (como porcentaje del gasto público en salud) 2014	12,89%	85,93%	40,44%	49,73%	24,67%	32,47%	40,84%	47,43%
Población cubierta (como porcentaje de la población total)	33,00% (estimación)	95% (2015)	25,45% (2016)	18,92% (2016)	19,17% (2016)	31,21% (2016)	74,24% (2015)	74,8% (Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado) (2016)
Conjunto de servicios brindados	Atención primaria incluyendo acciones de promoción y prevención de la salud	Atención integral	Atención médica y hospitalaria completa por enfermedad y maternidad (consulta médica, medicamentos, servicios auxiliares para el diagnóstico y tratamiento), atención odontológica (a excepción de la estética).	Atención integral	Atención primaria. El segundo y tercer nivel de atención incluye consultas y cirugías menores.	Prestaciones acotadas para los dependientes. Excluye prestaciones de alto costo y enfermedades crónicas	Atención integral	Atención integral y diferencial de atención primaria.

Régimen de enfermedad y maternidad	Belize	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	Rep. Dominicana
Prestadores (propios o modalidad de contratación)	Proveedores públicos, privados y gubernamentales (ONG). Pago de cápitales uniformes por usuario bajo su cuidado. Se aplican bonos por desempeño.	Proveedores propios. Extraordinariamente se contratan proveedores privados mediante contratos de "compromisos de gestión".	Instalaciones y proveedores propios	Proveedores propios. En caso de necesidad, se contratan proveedores públicos o privados y se realizan pagos por servicio.	Contratación de proveedores privados para el primer nivel de atención con financiamiento por volumen de servicios producidos. Solo dispone de instalaciones propias para el segundo y el tercer nivel.	No tiene instalaciones sanitarias propias. Compra servicios a proveedores públicos y privados mediante pagos capitados.	Red propia en los tres niveles de atención. También compra servicios de salud a proveedores públicos y privados mediante pagos por servicio.	Pagos capitados a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y estas pagan por prestación. El Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) utiliza pagos capitados en el primer nivel y pagos por servicios en los demás niveles.
Condiciones de acceso a los servicios de salud	Geográficamente focalizada: población del Distrito Sur de la ciudad de Belize y de los distritos de Toledo, Stann Creek y Corozal.	Problemas de calidad y tiempos de espera.	El seguro de salud no es aplicable a trabajadores eventuales y trabajadores agrícolas. Los hijos reciben atención médica de base hasta los 12 años.	Los hijos reciben atención médica de base hasta los 7 años.	Los hijos reciben atención médica de base hasta los 11 años. Limitaciones de cobertura geográfica del seguro.	En la práctica la afiliación obligatoria al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) se limita a los trabajadores formales que habitan en zonas donde la institución ofrece servicios, en particular la región del Pacífico.	La afiliación a la Caja de Seguro Social (CSS) está sujeta a un examen médico previo a la afiliación. Si se detecta una enfermedad cuyo tratamiento genera costo excesivo, la persona puede ser descalificada para la afiliación.	Existencia de copagos y topes anuales de reembolso limita la cobertura financiera del Plan de Servicios de Salud (PDSS) (que formalmente existe solo en el Régimen Contributivo). Diferencias regionales en la disponibilidad de recursos para la prestación del PDSS. Todavía no se implementa el Régimen Contributivo Subsidiado.
Organismos de regulación y fiscalización	Auditorías externas	La Contraloría General de la República es el órgano de regulación, evaluación y fiscalización financiera.	La Corte de Cuentas de la República es la entidad a la cual debe rendir informes de la administración.	No hay en la legislación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) mención de una entidad fiscalizadora.	Una superintendencia con una ubicación institucional por definir.	La Auditoría Interna es el órgano de fiscalización, inspección, vigilancia y control.	La Contraloría General de la República fiscalizará las operaciones de la Caja de Seguro Social.	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRI).

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las entrevistas realizadas en el 2017 a trabajadores de entidades de Seguridad Social de los países objeto de análisis

**Cuadro 3. Centroamérica y República Dominicana: indicadores del régimen de invalidez, vejez y muerte.**

Régimen de invalidez, vejez y muerte	Bélica	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	Rep. Dominicana
Contribuciones	Asalariado + Empleador = 4,5%	Asalariado: 2,84%, Empleador: 5,08%, Estado: 0,58%	Asalariado: 6,25%, Empleador: 4,55%	Asalariado: 1,83%, Empleador: 3,67%, Estado: 25% del total de las prestaciones anuales pagadas por el programa	Asalariado: 2,5%, Empleador: 3,5%, Estado: 0,5%	Asalariado: 4%, Empleador: 10%	Asalariado: 6,75%, Empleador: 2,75%, Estado: un subsidio anual	Asalariado: 2,87%, Empleador: 7,1% (Régimen Contributivo)
Edad legal de retiro y contribuciones requeridas	65 años con un mínimo de 500 contribuciones semanales acreditadas.	65 años con al menos 300 meses de cotizaciones.	60 años (hombres) o 55 años (mujeres), con al menos 25 años de cotizaciones.	60 años con al menos 240 meses de contribuciones	65 años (hombres) o 60 años (mujeres) con al menos 180 meses de cotizaciones.	60 años con al menos 750 semanas de cotizaciones.	62 años (hombres) o 57 años (mujeres) con al menos 240 meses de cotizaciones.	60 años con al menos 30 años de aporte.
Caracterización	Esquema contributivo de prestaciones definidas en función del ingreso y subsidio de jubilación para aquellos con insuficientes contribuciones	Esquema multiplicar: esquema base de reparto y de beneficio definido + esquema de capitalización individual complementaria + esquema de capitalización individual voluntario	Sistema de capitalización individual y administración privada (coexiste con el Sistema de Pensiones Público, el cual no registra nuevos afiliados desde 1998, hasta que este concluya)	Sistema público de prestaciones definidas.	Sistema público de prestaciones definidas. Además, proporciona un beneficio contributivo definido o un arreglo para la vejez a aquellas personas que no cumplen con el número de contribuciones requerido.	Sistema de reparto y beneficio definido, relacionado con los ingresos.	Sistema mixto que consiste en un esquema de reparto de beneficios definidos y un sistema de capitalización basado en cuentas de ahorro individuales.	Sistema contributivo basado en cuentas de capitalización individuales. Se garantiza una pensión mínima.
Población cubierta (como porcentaje de la población económicamente activa)	60,7% (2012)	64% (2015)	24,2% (Sistema de Ahorro para Pensiones -SAP) (2016)	17% (estimación)	14,64% (2016)	-	64,82% (2015)	-
Gasto público en pensiones (como porcentaje del PIB)	1,00%	3,30%	1,70%	0,80%	5,10%	3,10%	4,90%	4,60%
Población mayor de 65 años (como porcentaje de la población en edad laboral)	7,70%	11,30%	13,90%	10,30%	9,00%	9,10%	12,70%	11,50%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las entrevistas realizadas en el 2017 a trabajadores de entidades de Seguridad Social de los países objeto de análisis.

**Cuadro 4. Centroamérica y República Dominicana: régimen de accidentes de trabajo y riesgos profesionales**

Régimen de accidentes de trabajo y riesgos profesionales	Belice	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	República Dominicana
Cobertura	Trabajadores asalariados, incluidos empleados del sector público, trabajadores independientes y pensionistas de vejez que se reincorporan al trabajo.	Obligatorio para trabajadores por cuenta ajena desde 1982.	Trabajadores asalariados del sector público y privado, trabajadores independientes de la industria y el comercio y personal doméstico.	Población asalariada en el sector de la economía formal en todos los departamentos de la República.	Cobertura de la PEA: 17,42% Cobertura de la P. Asalariada: 37,47%	Obligatorio para personas que se encuentren vinculadas a otra, independiente del tipo de relación laboral que los vincule. Excluye trabajadores independientes, trabajadores agrícolas estacionales, y personal militar y de policía	Trabajadores del sector público y privado, y aprendices de ambos sectores (aun cuando no sean remunerados)	Trabajadores dependientes y empleadores (urbanos y rurales), trabajadores por cuenta propia (incorporados en forma gradual)
Contribuciones	Asalariado + Empleador = 1,54% (beneficios corto plazo) + 1,96% (beneficios por lesiones laborales)	100% a cuenta del empleador. Tarifas dependen del grado de riesgo de la actividad (entre 1% y 7% de la planilla anual).	Incluido en el financiamiento del Régimen General de Salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).	Asalariado: 1% Empleador (incluye al Estado como empleador): 3% Trabajador Estado: 1,5% *El papel del Estado no se ha cumplido desde 1956	0,2% del salario, a cargo del empleador	1,5% del salario, a cargo del empleador	100% a cuenta del empleador. Cuota mensual es calculada de acuerdo con la clasificación de su actividad principal	1,2% del salario, a cargo del empleador (1% cuota básica fija uniforme, y cuota adicional en función de la rama de actividad y riesgo de la empresa)

Régimen de accidentes de trabajo y riesgos profesionales	Belice	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	República Dominicana
Prestaciones en especie	Asistencia médica completa, incluyendo rehabilitación y tratamiento en el extranjero (si el médico lo recomienda).	Prestaciones en especie: asistencia sanitaria completa del trabajador siniestrado.	Prestaciones médicas, aparatos de prótesis y ortopedia requeridos (de acuerdo con listas elaboradas al efecto).	Prestaciones médicas: tratamiento médico y quirúrgico, hospitalización.	Asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria y dental, aparatos de prótesis, medicamentos y demás auxilios terapéuticos requeridos. Además, incluye servicios de prevención.	Atención médica por accidentes o enfermedades profesionales.	Servicios preventivos, atención médica curativa y rehabilitadora, incluyendo prótesis y equipos de soporte requeridos.	Atención médica y asistencia odontológica; prótesis, anteojos y aparatos ortopédicos (incluida la reparación).
Prestaciones económicas	Corto plazo: prestación de enfermedad, beneficio por maternidad, subvención funeraria. Riesgos laborales: incapacidad temporal, permanente, sobrevivientes para familiares a cargo.	Incapacidad temporal, incapacidad menor permanente, incapacidad parcial permanente, incapacidad total y permanente. Gran Invalído, muerte del trabajador (a los familiares).	Incapacidad temporal, incapacidad permanente, incapacidad entre 20% y 35%, incapacidad superior a 66%, muerte del trabajador.	Incapacidad temporal, incapacidad permanente, sobrevivientes para personas a cargo (solo sepelio).	Incapacidad temporal, incapacidad permanente mayor a 65%, incapacidad permanente entre 16% y 65%, sepelio.	Incapacidad total, invalidez 67%, invalidez parcial (entre 20% y 60%), sobrevivientes para personas a cargo, sepelio.	Incapacidad temporal, incapacidad permanente (dependiendo del porcentaje de incapacidad), pensiones a familiares sobrevivientes, sepelio.	Incapacidad temporal, incapacidad permanente (según el grado de incapacidad), sobrevivientes para personas a cargo

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las entrevistas realizadas en el 2017 a trabajadores de entidades de Seguridad Social de los países objeto de análisis.



## III. SEGURIDAD SOCIAL EN CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA: RETOS Y DESAFÍOS

Los desafíos pendientes de la seguridad social en salud pueden abordarse a partir de la problemática de acceso y cobertura, utilizando como marco de referencia la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud de la Organización Panamericana de la Salud del 2014.

### A. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud

La Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, plasmada en la Resolución CD53/5, Rev. 2 del 53.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (66.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas) del 2014, se elaboró para abordar el reto de que todas las personas y las comunidades en la Región de las Américas tengan acceso a los servicios de salud integrales que necesitan.

Dicha estrategia brinda un marco de referencia para analizar los procesos de transformación de los sistemas de salud de las Américas, pues permite vislumbrar los desafíos para cada uno de ellos, y es portadora de valores que permiten discernir el horizonte para los procesos de reforma de cada uno de esos sistemas. En ese marco, la seguridad social tiene un papel fundamental para contribuir al desarrollo de una estrategia de salud universal.

En la estrategia se establecen cuatro líneas estratégicas simultáneas e interdependientes:

1. Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.

2. Fortalecer la rectoría y la gobernanza.
3. Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.
4. Fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal

### **1. Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades**

Esta línea se basa en la necesidad de transformar la organización de los servicios de salud en respuesta a las necesidades de salud de la población. La transformación del perfil epidemiológico de la población exige avanzar en la definición de los servicios de salud integrales (que incluyan promoción de la salud, prevención y detección temprana de enfermedades, tratamientos, rehabilitación y cuidados paliativos), de calidad, universales y de ampliación progresiva, en función del contexto nacional y de acuerdo con las necesidades y prioridades de salud. La definición de estos servicios debe contemplar las necesidades diferenciadas e insatisfechas de todas las personas, en particular de los grupos en situación de vulnerabilidad.

Para mejorar la capacidad resolutive, aumentar el acceso y ampliar progresivamente la oferta de servicios para brindar una cobertura oportuna de las necesidades de salud insatisfechas, se debe incrementar la inversión en el primer nivel de atención, en función de los servicios cuya accesibilidad sea un requisito para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

Las limitaciones en materia de recursos humanos denotan la necesidad de fortalecer los perfiles profesionales y técnicos de los recursos humanos para la salud e introducir nuevos perfiles, en coherencia con las necesidades de los modelos de atención, así como la conformación de equipos multiprofesionales colaborativos de salud y el fortalecimiento de la capacidad resolutive con acceso a la información de salud. Asimismo, se deben ampliar y mejorar las opciones de empleo, especialmente en el primer nivel de atención y priorizando las áreas subatendidas. Por último, la incorporación de mecanismos y procesos de priorización y el desarrollo de una institucionalidad asociada a los mecanismos utilizados para la incorporación eficiente de tecnologías sanitarias resultan de utilidad en un contexto de recursos limitados y permanente surgimiento de innovaciones con costos crecientes.

La calidad de la atención se ve afectada por limitaciones en el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías de salud, que deben ser seguras, eficaces y de calidad, así como por el insuficiente respeto e integración de la medicina tradicional.

En este contexto, se reconoce la necesidad de fortalecer o transformar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, ampliando la capacidad resolutive del primer nivel, sobre la base de la estrategia de atención primaria de salud —que trascienda los distintos niveles sistémicos— y fomentando la articulación mediante Redes Integradas de Servicios de Salud.

## 2. Fortalecer la rectoría y la gobernanza

Una de las limitaciones institucionales que impiden el incremento de la cobertura en el contexto de la seguridad social obedece a la segmentación de los sistemas y, en el caso específico de la salud, a la fragmentación de los servicios. Un desafío fundamental para los países de la región consiste en avanzar hacia transformaciones integrales, que aborden al mismo tiempo las deficiencias asociadas a la segmentación y la fragmentación. En el caso particular de la salud, como se señala en la sección II, a excepción de Costa Rica, los países han centrado sus procesos de transformación en uno u otro ámbito: ya sea en términos de un mayor acceso a los servicios de salud, centrándose en el sector público, sin necesariamente alcanzar una mayor coordinación con la seguridad social o el sector privado, o en términos de cobertura, a partir de la expansión de la seguridad social, sin necesariamente modificar el modelo de atención.

Asimismo, en los contextos en que se han incorporado elementos de mercado en el ámbito de la seguridad social, surge la necesidad de contar con mecanismos de regulación potentes, con el consecuente desarrollo técnico y político. En general, estas estructuras han tomado la forma de superintendencias, que cuentan con atribuciones de fiscalización y regulación de las aseguradoras. Este tipo de transformaciones requiere además una especial preocupación por resguardar la solidaridad y la equidad dentro de los sistemas, asegurando que quienes más tienen sean los que más aporten y quienes más reciben sean los que más necesiten.

El abordaje de las limitaciones aquí mencionadas requiere transformaciones organizacionales, institucionales y también políticas, cuyo logro pasa, a su vez, por el fortalecimiento de las capacidades de articulación desde la función rectora de los organismos con las autoridades pertinentes. En el mismo contexto, se requiere también una definición clara o revalidación del papel del Estado, en tanto su contribución subsidiará a los distintos sistemas de seguridad social (como empleador, en el caso de los funcionarios públicos, y eventualmente como financiador de un régimen no contributivo).

Con gobernanza se hace referencia a arreglos institucionales que regulan recursos críticos, que incluyen el financiamiento pero también la regulación de otros recursos, como medicamentos, tecnologías, recursos humanos o la organización de los servicios. Con rectoría se hace referencia tanto a las capacidades técnicas de las autoridades de la salud en materia de formulación, modulación, evaluación y monitoreo de políticas, regulación y fiscalización, como a su capacidad política de liderar una acción colectiva que incluya a los actores críticos de los sistemas de salud para facilitar los procesos de transformación necesarios. La articulación de gobernanza con rectoría supone el reconocimiento de que los cambios institucionales son el resultado de procesos políticos que impulsan y transforman las reglas del juego de los sistemas de salud.

## 3. Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios

Los problemas de sostenibilidad financiera constituyen una preocupación recurrente en algunos regímenes de los sistemas de seguridad social de la región. El aumento de la esperanza de vida, en el caso de los sistemas de salud y pensiones, el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas y la creciente disponibilidad de tecnologías sanitarias son algunos de los factores asociados al crecimiento de los costos de dichos sistemas, que ejercen presión sobre estos y amenazan su sostenibilidad.

La falta de financiamiento adecuado y la ineficiencia en el uso de los recursos disponibles representan retos importantes para lograr la universalidad en la cobertura del seguro de pensiones y avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

El gasto de bolsillo asciende a 42,3% del gasto total en salud en Centroamérica, México y República Dominicana, situación que refleja las limitaciones en la protección financiera de los modelos de aseguramiento de la región y los problemas de inequidad que derivan del acceso segmentado de la población a los servicios de salud (OIT, 2014).

Para avanzar hacia la eliminación del pago directo, que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios, evitando así el empobrecimiento y la exposición a gastos catastróficos, y disminuir la inequidad en el acceso a los servicios de salud, los sistemas de seguridad social de la región deben aumentar la protección financiera. El ideal reemplazo progresivo del pago directo como mecanismo financiero debe planificarse y puede lograrse en forma gradual.

En ese marco, es necesario estudiar los esquemas contributivos para el financiamiento de los regímenes de seguridad social y determinar en forma actuarial la suficiencia de las primas de financiamiento vigentes o bien la necesidad de modificar los valores de dichas primas.

Para ello se deben realizar, con cierta periodicidad, evaluaciones actuariales internas o externas de los programas sustantivos de los regímenes de seguridad social, en función de las necesidades diferenciadas de los seguros de salud y los seguros de pensiones.

Los problemas de eficiencia en el proceso de recaudación ponen de relieve la necesidad de desarrollar mecanismos para aumentar la obligatoriedad de las contribuciones y reducir gradualmente los fenómenos de morosidad y evasión, que en algunos países han aumentado en forma considerable.

Ese es el caso de Guatemala y Costa Rica, donde el Estado ha acumulado deudas millonarias con el sistema de seguridad social tras varias décadas de incumplimiento de sus obligaciones como contribuyente, tanto en su papel de empleador como en su papel de Estado.

En ese contexto, es necesario considerar la posibilidad de recurrir a fuentes complementarias y adicionales de recursos para fortalecer el financiamiento contributivo de los diferentes regímenes de seguridad social.

La diversificación de las fuentes de financiamiento de la seguridad social se torna cada vez más necesaria, en un contexto de transformaciones en el mercado laboral y la estructura demográfica, que redundan en una merma progresiva del aporte relativo de las contribuciones provenientes de la nómina salarial.

Si bien el espacio fiscal disponible para ello difiere entre los países de la región, la exploración de fuentes alternativas, de acuerdo con el contexto nacional, puede contribuir a mejorar la sostenibilidad financiera de los seguros. A modo de ejemplo, en Costa Rica se ha recurrido a impuestos con afectación específica sobre la lotería electrónica, los cigarrillos y las bebidas alcohólicas para diversificar el financiamiento del seguro de salud. En relación con el espacio fiscal y la alta tasa de empleos informales en la región, cabe mencionar que, además de permitir una ampliación del espectro de contribuyentes, el abordaje de esta problemática laboral permitiría una mayor recaudación tributaria, aumentando las posibilidades del Estado de desempeñar un papel en los sistemas de seguridad social.

#### 4. Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud

El análisis de este tema es crucial para comprender la evolución de los sistemas, su situación actual, los desafíos que enfrentan y las transformaciones requeridas para abordarlos. Se entiende por gobernanza el conjunto de arreglos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos que influyen en las condiciones de cobertura y acceso, mientras que la rectoría se refiere a la capacidad de liderazgo de las autoridades para canalizar las acciones que permitan la transformación de las estructuras de gobernanza (OPS/OMS, 2017).

En este contexto, uno de los problemas estructurales que enfrentan las economías de la región se relaciona con su mercado de trabajo, específicamente con las elevadas tasas de desempleo e informalidad laboral. Los niveles de informalidad varían significativamente en las economías de la región, alcanzando valores cercanos a 80% en países como Honduras y Guatemala y a 40% en Costa Rica (Banco Mundial, 2016).

Dado que la cobertura del seguro está determinada por la condición laboral de los beneficiarios en la mayoría de estos países, el comportamiento del mercado de trabajo constituye una gran limitación para la ampliación de la cobertura de la seguridad social.

Además, si bien tanto el salario mínimo como el salario medio real han aumentado en muchos de estos países en los últimos años, estos datos reflejan de forma fragmentaria las condiciones laborales de los trabajadores, pues un gran porcentaje de la población está empleado en el sector de la economía informal y el salario mínimo se aplica a una proporción muy pequeña de la población asalariada.

En este contexto, los altos niveles de pobreza e indigencia y el consecuente deterioro de las condiciones sociales y materiales de vida de amplios sectores de la población generan problemáticas sociales multidimensionales, conocidas como determinantes sociales de la salud, cuyo abordaje integral requiere la instrumentación de procesos de diálogo social ampliado y la implementación de políticas de Estado intersectoriales sostenidas a lo largo del tiempo.

El abordaje del conjunto de determinantes sociales de la salud supone el reconocimiento de que la dinámica del funcionamiento de los sistemas de seguridad social está determinada y atravesada por otros sectores e impone la necesidad de desarrollar procesos de diálogo y coordinación intra e intersectorial.

En ese sentido, para impulsar leyes, regulaciones y acciones de amplio alcance, es fundamental fortalecer la articulación estratégica entre las instituciones de seguridad social y las autoridades nacionales de salud y establecer alianzas duraderas con organismos de integración regional y organizaciones internacionales con intereses compartidos con la seguridad social.

El establecimiento de una coordinación eficaz con otros sectores y la generación de capacidades técnicas y políticas de las autoridades de salud para liderar acciones intersectoriales que aborden los determinantes sociales de la salud constituye un desafío tanto para las autoridades de salud como para las instituciones de seguridad social.

## Referencias

- (Asamblea Legislativa El Salvador, 1998) Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Decreto Legislativo núm. 927, Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones. El Salvador, abril de 1998. Disponible en: [http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p\\_lang=en&p\\_isn=55825](http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=55825)
- (Banco Mundial, 2016) Base de datos de libre acceso Washington, D.C. Banco Mundial. Disponible en: <https://data.worldbank.org>
- (Banco Mundial, 2017) Indicadores del Desarrollo Mundial Washington, D.C.: Banco Mundial. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador>
- (Carneiro, 2016) Carneiro, Francisco Galrao. 2016. *Belize, right choices bright future: systematic country diagnostic (English)*. Washington, D.C.: World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/870551467995073017/Belize-right-choices-bright-future-systematic-country-diagnostic>
- (CCSS, 2016). Caja Costarricense de Seguro Social. *Compendio de Leyes y Reglamentos que rigen a la Caja Costarricense de Seguro Social*. Gerencia Financiera. Dirección de Inspección. San José, Costa Rica.
- (CCSS, 2017) Caja Costarricense de Seguro Social. Memoria Institucional 2016. San José, Costa Rica.
- (CEPALSTAT, 2017) Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Disponible en: [http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB\\_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp](http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp)
- (Costa Rica, 2006) Reglamento del Seguro de Salud. Disponible en: [https://www.ccss.sa.cr/arc/normativa/18/reglam\\_salud.zip](https://www.ccss.sa.cr/arc/normativa/18/reglam_salud.zip)
- (CTP, 2016) Comité Técnico contra la Pobreza. Boletín de Estadísticas Oficiales de Pobreza Monetaria, Octubre 2016. Disponible en: <https://bit.ly/2zGVgbn>
- (DIGESTYC, 2017) Dirección General de Estadísticas y Censos de El Salvador. Disponible en: <http://www.digestyc.gob.sv>
- (Horton, John, et al., 2010) Towards a Sustainable and Efficient State: The Development Agenda of Belize. Inter-American Development Bank.
- (IHSS, 2009) Instituto Hondureño de Seguridad Social. Historia de la Seguridad Social en Honduras. Tegucigalpa, Honduras. Disponible en: <https://bit.ly/2rjmHml>
- (INEC, 2017) Instituto Nacional de Estadísticas de Costa Rica. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/>
- (INE, 2016) Instituto Nacional de Estadísticas de Guatemala. Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos, 2016. Disponible en: <https://www.ilo.org/surveydata/index.php/catalog/1504/study-description>
- (INE, 2017) Instituto Nacional de Estadísticas de Guatemala. Disponible en: <https://www.ine.gob.gt>
- (INE Honduras, 2017) Instituto Nacional de Estadísticas de Honduras. Disponible en: <http://www.ine.gob.hn/>
- (INEC, 2017) Instituto Nacional de Estadística y Censo de Panamá. Encuesta de Mercado Laboral, Agosto 2017). Disponible en: <https://www.contraloria.gob.pa/inec/>
- (INIDE) Instituto Nacional de Información de Desarrollo de Nicaragua. Disponible en: <http://www.inide.gob.ni>
- (INSS, 2017) Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. Anuario Estadístico 2016. División General de Estudios Económicos, División de Estadísticas Económicas. Managua, marzo del 2017.
- (ISSS, 2015) Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Informe de Rendición de Cuentas. San Salvador, El Salvador, 3 de junio del 2014 – mayo del 2015.
- (ISSS, 2017) Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Anuario Estadístico 2016. Unidad de Desarrollo Institucional. Departamento Actuario y Estadística. San Salvador, El Salvador. Abril del 2017.
- (Mac Arthur et Al., 2014) *Quality Improvement of Health Care in Belize: Focusing on Results*. Technical Note n° 661, Inter-American Development Bank. Disponible en: [https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6468/qualityimprovementofhealthcareinbelize\\_focusingonresults.pdf?sequence=1](https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6468/qualityimprovementofhealthcareinbelize_focusingonresults.pdf?sequence=1)

- (MINSA, 2015) Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud: Panamá 2015. Panamá.
- (OCDE, 2015) Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Banco Interamericano de Desarrollo y Banco Mundial. Panorama de las pensiones: América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://webimages.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-las-Pensiones-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- (OISS, 2014) Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Banco de información de los sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos. Edición del año 2014, Madrid.
- (OIT, 2014) Schwarzer, Helmut, Casalí, Pablo y Bertranou, Fabio. El Papel de los Pisos de Protección Social en América Latina y el Caribe. Organización Internacional del Trabajo. Lima, Perú.
- (ONE, 2018) Oficina Nacional de Estadística de República Dominicana. Página web con datos de 2010. Disponible en: <https://www.one.gob.do>
- (OPS/OMS, 2007) Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas: 2007. Vol. II. Washington, D.C.
- (OPS/OMS, 2014) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Resolución CD53. R14. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53 Consejo Directivo 66 Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014.
- (OPS/OMS-SESAL, 2012) Organización Panamericana de la Salud – Secretaría de Salud. Sistema de Salud en Honduras. Versión digital.
- (OPS/OMS, 2017) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018 – 2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región. 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 69ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA, del 25 al 29 de septiembre del 2017.
- (PLISA, 2017) Plataforma de Información en Salud de las Américas. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/data/index.php/es/> (Consultado el 20 de agosto del 2017).
- (Poder Legislativo, 2015) Ley Marco del Sistema de Protección Social. Decreto núm. 56-2015. La Gaceta. Sección A acuerdos y leyes núm. 33,771. Tegucigalpa, M.D.C., Honduras.
- (Sáenz et al., 2010) Sáenz M, Bermúdez JL, Acosta M. Universal Coverage in a Middle-Income Country: Costa Rica. World Health Report (2010) Background Paper, 11. Disponible en: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/CostaRicaNo11.pdf>
- (SIB, 2017) Statistical Institute of Belize. Disponible en: <http://sib.org.bz>
- (SIPEN, 2017) Superintendencia de Pensiones. Estudio Octubre 2018, República Dominicana. Disponible en: [http://www.sipen.gov.do/images/docs/estadistica\\_previsional/est\\_cotizantes.pdf](http://www.sipen.gov.do/images/docs/estadistica_previsional/est_cotizantes.pdf)
- (SSA, 2016) Social Security Administration. Social Security Programs Throughout the World: The Americas, 2015. Washington DC. Disponible en: <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdsc/ssptw/2014-2015/americas/index.html>
- (SSB, 2012) Social Security Board. Annual Report. Belmopan, 2012. Disponible en: <https://www.socialsecurity.org.bz/wp-content/uploads/2017/09/Annual-Report-2012.pdf>
- (Tapia, 2015). Waldo Tapia. Belize Pension System. Inter-American Development Bank Social Sector Labor Markets Unit. Technical Note. N°. IDB-TN-767.
- (TSS, 2017) Tesorería de la Seguridad Social. Documento informativo octubre 2017. Disponible en: [https://www.tss.gov.do/transparencia/assets/aviso\\_aumento\\_top\\_sal\\_oct2017.pdf](https://www.tss.gov.do/transparencia/assets/aviso_aumento_top_sal_oct2017.pdf)

El informe *Seguridad social en Centroamérica y República Dominicana: situación actual y desafíos* ofrece una descripción general de los principales regímenes vigentes en los sistemas y las instituciones de seguridad social de Centroamérica y el Caribe, realiza un análisis comparativo de esos regímenes, y presenta los desafíos regionales en materia de seguridad social, junto con las metas y los indicadores conexos para el decenio 2018-2028.

Más allá de la diversidad en cuanto a la madurez y el desarrollo de los arreglos institucionales de seguridad social de la región, es posible distinguir una serie de desafíos comunes que pueden abordarse utilizando como marco de referencia la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la Organización Panamericana de la Salud del 2014. Algunos de ellos se relacionan con temas estructurales que requieren importantes transformaciones en términos de rectoría y gobernanza —como la segmentación de los sistemas y la fragmentación de los servicios, la ampliación del número de contribuyentes y un financiamiento adecuado a las necesidades de la población— y otros con la prestación de los servicios de salud —un aspecto que requiere la transición a una atención integral y el fomento de la articulación de los distintos niveles de atención a través de redes integradas—.

Para la elaboración de este documento se han consultado documentos oficiales de las instituciones de seguridad social de los países miembros del CISSCAD, la legislación vigente en los países y normas de cada institución, y se ha recurrido a bases de datos y publicaciones de organismos internacionales. Este informe está dirigido a los profesionales, académicos y expertos del sector salud y la protección social interesados en la evolución de los sistemas de seguridad social en la región de las Américas. Este trabajo brinda información y análisis de datos que representan insumos técnicos útiles para debatir y formular propuestas de mejoras para los institutos de seguridad social en toda la Región.

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
REGIONAL PARA LAS  
AMÉRICAS

525 Twenty-third Street, NW  
Washington, D.C., 20037  
United States of America  
Tel.: +1 (202) 974-3000  
[www.paho.org](http://www.paho.org)

