

índice para los pisos de protección social:

Cómo seguir la puesta en práctica
de las políticas nacionales para
la protección social



**FRIEDRICH
EBERT 
STIFTUNG**

Propuesta para el debate

Un índice para los pisos de protección social:

Cómo seguir la puesta en práctica
de las políticas nacionales para la protección social

Mira Bierbaum, Annalena Oppel, Sander Tromp, Michael Cichon¹
Instituto de Posgrado en Gobernabilidad, sede de Maastricht / UNU-MERIT

¹ Este artículo es fruto del trabajo en equipo. Puesto que los autores se ordenan alfabéticamente, la secuencia de nombres no refleja el valor ni el tamaño de sus contribuciones. Los autores desean expresar su profunda gratitud a Michael Cichon, quien puso en marcha el proyecto sobre el Índice para los pisos de protección social y sin cuyos aportes no habría sido posible escribir este artículo. También agradecen los fructíferos comentarios y sugerencias de Sylvia Beales (HelpAge Internacional), Richard Bluhm (Universidad de Hanover G. W. Leibniz), Barbara Caracciolo (SOLIDAR), Daniel Horn (HelpAge Internacional), Charles Knox-Vydmanov (HelpAge Internacional), Cäcilie Schildberg (Fundación Friedrich Ebert), Vishal Dave y los participantes en la "Mesa Redonda sobre los pisos de protección social y la transición a la justicia", que tuvo lugar durante la Semana Internacional de la Justicia, organizada por la Fundación Friedrich Ebert en Berlín, del 21 al 23 de abril de 2015.

ÍNDICE

1. Del concepto de piso de protección social a un Índice para los pisos de protección social	6
2. Metodología y datos	7
2.1 Criterios del índice	7
2.2 Medir deficiencias en la seguridad del ingreso	8
2.3 Medir deficiencias en la seguridad de salud	10
2.4 Agregación e interpretación	12
3. Resultados del IPPS en 2012	12
4. Puntos fuertes y débiles del IPPS	13
5. Conclusión	15
Bibliografía de referencia	16
Anexo: Resultados	18
Tabla A.1: Tabla A.1: Clasificación IPPS de países según criterio de ingreso mínimo de US\$1,90 por día en PPA de 2011 (2012).....	18
Tabla A.2: Clasificación IPPS de países según criterio de ingreso mínimo de \$3,10 por día en PPA de 2011 (2012).....	20
Tabla A.3: Clasificación IPPS de países según criterio relativo de ingreso mínimo y piso de ingresos (2012)	22
Descripción de los datos.....	24

En la 101ª Conferencia Internacional del Trabajo, celebrada en 2012, 184 países miembros adoptaron unánimemente la Recomendación 202 sobre los pisos de protección social (PPS), que los orienta en el establecimiento y el mantenimiento de un PPS como elemento medular de su sistema de seguridad social, con el fin de garantizar el acceso a la atención esencial de la salud y un ingreso básico en todas las etapas de la vida. En atención al principio que establece la necesidad de hacer un seguimiento regular, se ha desarrollado el Índice para los pisos de protección social (IPPS), que evalúa el grado de implementación del PPS nacional detectando brechas o lagunas de protección en las dimensiones de salud e ingreso, e indica la magnitud de los recursos financieros necesarios para cubrir esas brechas en relación con la capacidad económica del país en cuestión. El IPPS, entonces, informa a los países miembros, los sindicatos, las organizaciones de la sociedad civil y otros interesados pertinentes sobre la necesidad de introducir una acción correctiva, compara la puesta en práctica de los PPS en todos los países miembros y permitirá en el futuro hacer un seguimiento del progreso que realice cada país miembro con el correr del tiempo. A largo plazo, se espera que el IPPS contribuya al logro de una globalización más justa e inclusiva.

1 | DEL CONCEPTO DE PISO DE PROTECCIÓN SOCIAL AL ÍNDICE PARA LOS PISOS DE PROTECCIÓN SOCIAL

La Conferencia Internacional del Trabajo (CIT) adoptó en 2008 la Declaración sobre la justicia social para una globalización equitativa. Esta declaración institucionalizó el concepto de trabajo digno, que la OIT desarrolla desde 1999 para promover una globalización equitativa mediante un enfoque global e integrado cuyos objetivos estratégicos son el empleo, el diálogo social, los derechos laborales y la protección social, que a su vez incluye “la ampliación de la seguridad social a todas las personas” (OIT, 2008b: 9–10). Como secuela de la declaración, la 100ª CIT debatió en 2011 sobre el objetivo de la protección social y encomendó a la OIT que elaborara una recomendación sobre pisos nacionales de protección social. La Recomendación 202 sobre los pisos de protección social fue adoptada unánimemente por 184 países miembros en la 101ª CIT un año más tarde.² Esta recomendación orienta a los miembros en la tarea de establecer y mantener un PPS como elemento central de su sistema de protección social, así como garantizar el progreso continuo hacia niveles más altos de seguridad social, hasta alcanzar la meta de proteger a todas las personas contra la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión (OIT, 2012).

El PPS consiste en cuatro garantías básicas de seguridad social, definidas a escala nacional, que los miembros deben instaurar por ley y –de acuerdo con sus obligaciones internacionales vigentes– poner al servicio de todos los residentes y niños. Las **cuatro garantías de seguridad social** que deben formar parte del PPS son las siguientes:

- ✓ acceso a un conjunto de bienes y servicios para la atención esencial de salud –incluida la atención de maternidad–, definido a escala nacional, que satisfaga los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad;
- ✓ seguridad básica del ingreso infantil, en un nivel mínimo definido a escala nacional, que asegure el acceso a alimentación, educación, cuidados y cualesquiera otros bienes y servicios necesarios;
- ✓ seguridad básica del ingreso, en un nivel mínimo definido a escala nacional, para las personas en edad activa que no puedan obtener

- ✓ ingresos suficientes, en particular en casos de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez; seguridad del ingreso básico para personas de edad, en un nivel mínimo definido a escala nacional.

La Recomendación 202 formula con claridad un objetivo de protección: según el Artículo 4, “Estas garantías deben asegurar como mínimo que, durante el ciclo de vida, todas las personas necesitadas tengan acceso a una atención de salud esencial y a una seguridad básica del ingreso que permitan conjuntamente un acceso efectivo a los bienes y servicios definidos como necesarios a nivel nacional”. La R202 también establece una serie de principios fundamentales que los miembros deben aplicar al implementarla, como la universalidad de la protección, beneficios adecuados y predecibles, no discriminación, seguimiento regular y evaluación periódica de la puesta en práctica (ibíd.).

En respaldo al principio de seguimiento regular se ha elaborado el Índice para los pisos de protección social (IPPS), un indicador compuesto que mide la implementación de las cuatro garantías de seguridad social en dos dimensiones. Por un lado, la seguridad del ingreso garantiza un ingreso básico durante la niñez, la adultez y la vejez. Por el otro, la seguridad de salud implica el acceso universal a la atención esencial de salud. La implementación de las cuatro garantías no se mide por logros sino por detección de brechas o lagunas de protección en las dimensiones de ingresos y salud, respectivamente. Estas deficiencias se expresan como la porción del Producto Interno Bruto (PIB) que se requiere para cerrar las brechas y se suman en un guarismo final que abarca ambas dimensiones. Aquí presentamos los resultados para el año de referencia 2012—año de la Recomendación 202—, que pueden servir de base para seguimientos futuros.

El IPPS permite que los miembros y otros interesados pertinentes—como los sindicatos y la sociedad civil— midan la implementación del PPS nacional mediante la detección de deficiencias; usen esa información para profundizar el análisis e iniciar una acción correctiva; comparen la puesta en práctica de los PPS en todos los países miembros y los clasifiquen por el tamaño de sus brechas, en lo posible diferenciando los niveles de desarrollo económico o las regiones geográficas; y, en el futuro, sigan el progreso de los miembros con el transcurso del tiempo. A largo plazo, se espera que el IPPS contribuya a una globalización más justa e inclusiva.

La próxima sección especifica la construcción del IPPS y las fuentes de los datos. En las dos subsiguientes, se presentan los resultados del IPPS para 2012, y se evalúan sus puntos fuertes y débiles. Por último, se analizan los recursos financieros necesarios para poner en práctica las políticas del PPS.

2 Cichon (2013) cuenta en detalle cómo surgió el concepto de los pisos de protección social.

2 | METODOLOGÍA Y DATOS

El marco conceptual para la construcción del IPPS es la Recomendación 202 sobre los PPS. La metodología principal para estimar los costos potenciales que entraña el cierre de las brechas en la protección social proviene de Cichon y Cichon (2015: 24).

A continuación enumeramos los criterios de calidad que guiaron el desarrollo del índice, explicamos cómo se miden las brechas en la seguridad del ingreso y la salud, y presentamos las fuentes de los datos. Por último, consideramos la manera de agregar ambas dimensiones en un índice único —el IPPS— y las posibles interpretaciones de ese índice.

2.1 Criterios del Índice

Con miras a garantizar la calidad del índice, se tomaron en cuenta varios criterios, tanto para la selección de los datos subyacentes como para la construcción del índice compuesto (cf. OCDE/JRC, 2008: 44–46). El primer criterio es la interpretabilidad, es decir, la creación de un índice que sea fácilmente interpretable y viable para servir a un amplio espectro de usuarios, desde los funcionarios gubernamentales hasta los sindicatos o las organizaciones de la sociedad civil. Este fue el criterio que guió, entre otras cosas, el enfoque en las deficiencias de protección —que pueden medirse con mayor claridad y son más pasibles de acuerdo que los logros en materia de salud e ingresos seguros— y la idea de expresar las deficiencias como porcentaje del PIB nacional.

El segundo criterio, la accesibilidad, entraña el uso de datos que sean de acceso público irrestricto y que puedan recabarse de manera directa. Esto también asegura la reproductibilidad de los datos, que es el

tercer criterio, y la consecuente transparencia para todos los interesados. El cuarto criterio, la oportunidad, se garantiza con el uso de los datos más recientes obtenibles, que además contribuye al quinto criterio, la pertinencia del IPPS en lo que respecta a su función de seguimiento. El sexto criterio, la coherencia a lo largo del tiempo y entre países, requiere el uso de datos basados en definiciones comunes, necesarias para mejorar la comparabilidad temporal y espacial, así como para lograr una clasificación ecúanime de los países en el contexto mundial.

2.2 Medir deficiencias en la seguridad del ingreso

La Recomendación 202 estipula que el PPS debe garantizar un ingreso básico seguro durante toda la vida. Como ya se ha explicado, el índice no apunta a medir logros sino a detectar deficiencias de protección en las garantías básicas de seguridad social. Hay una brecha si el ingreso de alguien es inseguro, es decir, si es inferior al nivel definido como ingreso mínimo. Estos niveles definidos del ingreso suelen expresarse como líneas de pobreza, equivalentes al nivel de bienestar que traza el límite entre pobres y no pobres (Ravallion, 1998: 3) o entre ingreso seguro e ingreso inseguro.

Debido a cuestiones de coherencia y accesibilidad de los datos, no es posible medir por separado la seguridad del ingreso para la niñez, la edad activa y la vejez. Por eso las respectivas garantías básicas de seguridad social se subsumen en una sola dimensión: la seguridad del ingreso, un guarismo que representa el total de los ingresos seguros durante todas las etapas de la vida. Las brechas en la seguridad del ingreso de un país j se miden por la cantidad de recursos financieros que se requieren para garantizar que todo individuo i acceda al nivel definido como ingreso mínimo z (es decir, la línea de pobreza) y se expresan como brecha de pobreza agregada (BP):

$$BP_j = \sum_{i=1}^N (b_i) \quad (1)$$

$$\text{donde } b_i = \begin{cases} z - y_i & \text{si } y_i < z \\ 0 & \text{si } y_i \geq z \end{cases}$$

La brecha de pobreza agregada de un país j es la suma de todas las deficiencias en los ingresos individuales (N es el número total de individuos); ello implica calcular la brecha b_i entre ingreso y línea de pobreza de cada ingreso individual y_i que sea infe-

rior a z y sumar las deficiencias de todos los ingresos individuales. Con miras a la interpretabilidad y la posterior agregación de ambas dimensiones, la brecha en el ingreso BI se define como la brecha de pobreza sobre el PBI total. La brecha en el ingreso provee entonces una estimación de los recursos financieros que necesita un país para cerrar la brecha de pobreza agregada en relación con su capacidad económica:

$$BI_j = \frac{BP_j}{PIB_j} \times 100 \quad (2)$$

La base de datos PovcalNet (Banco Mundial, 2015a) satisface los criterios de actualidad y accesibilidad como fuente para medir brechas en el ingreso de numerosos países en desarrollo y algunos de altos ingresos. No arroja la brecha de pobreza agregada, sino el coeficiente de la brecha de pobreza CBP , que es la brecha de pobreza individual promedio b_i , expresada como porcentaje de la línea de pobreza:

$$CBP_j = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N \left(\frac{b_i}{z} \right) \times 100 \quad (3)$$

$$\text{donde } b_i = \begin{cases} z - y_i & \text{si } y_i < z \\ 0 & \text{si } y_i \geq z \end{cases}$$

La BI de un país j se calcula entonces con la ecuación:

$$BI_j = \frac{CBP_j \times z}{PIB_{pcj}} \quad (4)$$

donde PIB_{pcj} denota el PIB per cápita del país j .

Una fuente complementaria para los países de la OCDE es la base de datos sobre distribución del ingreso (IDD por su sigla en inglés) (OCDE, 2015). Esta base ofrece el coeficiente de la brecha de pobreza media, que se calcula como diferencia entre la línea de pobreza y el ingreso medio de los pobres (P es la cantidad de pobres), expresada como porcentaje de la línea de pobreza:

$$CBPM_j = \frac{1}{P} \sum_{i=1}^P \left(\frac{b_i}{z} \right) \quad (5)$$

$$\text{donde } b_i = \begin{cases} z - y_i & \text{si } y_i < z \\ 0 & \text{si } y_i \geq z \end{cases}$$

En los países de la OCDE, el coeficiente de la brecha de pobreza se calcula entonces con la ecuación:

$$CBP_j = CBPM_j \times \frac{P}{N} \times 100 \quad (6)$$

Es importante y necesario definir qué constituye el nivel de ingreso básico; es decir, qué nivel de bienestar marca el límite entre ingreso seguro e inseguro, o bien entre pobres y no pobres.

La R202 se refiere a niveles mínimos definidos a escala nacional, pero el IPPS debe satisfacer el criterio esencial de “coherencia a lo largo del tiempo y entre países” para que la clasificación mundial sea ecuánime. En la línea de pobreza nacional también pueden incidir consideraciones políticas que limitan aún más la comparabilidad internacional. De ahí que no se usen líneas de pobreza nacionales sino internacionales para determinar qué constituye un nivel de ingreso mínimo.

La elección entre líneas de pobreza relativas y absolutas también es controvertida (cf. Chen y Ravallion 2013). Las líneas de pobreza absoluta suelen trazarse estipulando un paquete de alimentos y otros bienes cuyo consumo se juzga necesario para satisfacer las necesidades básicas, y luego estimando su costo total (cf. Ravallion, 1998). Por eso las líneas nacionales de pobreza absoluta pueden variar de país a país, según el concepto de necesidades básicas que se haya consensuado en cada uno. Las líneas internacionales de pobreza absoluta (US\$1,90 por día y US\$3,10 por día en paridad del poder adquisitivo [PPA] de 2011)³, en cambio, proveen un valor real fijo en el tiempo y el espacio que permite hacer comparaciones dentro de un país a lo largo del tiempo y también entre países en el mismo punto temporal. Sin embargo, en vista de que esas líneas se establecieron sobre la base de las líneas nacionales de pobreza de los 15 países más pobres, en general se aplican a los países en desarrollo. Los países de ingreso alto suelen preferir las líneas relativas antes que las absolutas.

La línea de pobreza relativa se establece como proporción constante del ingreso medio o mediano vigente en un país. En la Unión Europea, por ejemplo, un hogar se considera en riesgo de pobreza si su ingreso familiar disponible ajustado según tamaño y composición después de las transferencias sociales es inferior al 60% del ingreso nacional mediano disponible ajustado por tamaño y composición después de las transferencias sociales (Eurostat, 2015). Las líneas relativas no se basan entonces en requisitos alimenticios u otras necesidades sustanciales, sino en determinantes relativos del bienestar que están ligados a la idiosincrasia de sociedades o contextos específicos y también reflejan los costos del funcionamiento social o la inclusión social (Atkinson y Bourguignon, 2001; Chen y Ravallion, 2013).

Tomando en cuenta este análisis, así como los criterios de interpretabilidad y coherencia, aplicamos tres

diferentes líneas de pobreza para poder comparar los resultados que arrojan las distintas nociones de pobreza y seguridad del ingreso en el IPPS, y además ofrecer a los usuarios la posibilidad de optar por la definición que mejor se ajuste a su uso del índice. Primero hicimos sendos cálculos basados en las dos líneas de pobreza absoluta consensuadas internacionalmente, de US\$1,90 por día y US\$3,10 por día en PPA de 2011. Dado que los países de alto ingreso no utilizan dichos parámetros, estas mediciones de la pobreza solo pueden hacerse para 127 países. En el tercer caso, usamos una línea de pobreza relativa fijada en el 50% del ingreso medio vigente. Esta opción reconoce determinantes relativos del bienestar que difieren entre las sociedades y permite hacer un cálculo más significativo de la brecha en los países de alto ingreso. Sin embargo, en el caso de ciertos países donde el 50% del ingreso medio arroja una línea de pobreza inferior a US\$1,90 por día en PPA de 2011, es preciso hacer una salvedad. Dado que este es un ingreso mínimo absoluto consensuado internacionalmente, para 30 países aplicamos un piso de pobreza relativa fijado en US\$1,90 por día según PPA de 2011.⁴ Esta solución también está en línea con la idea del marco unificador para medir la pobreza en países desarrollados y en desarrollo que proponen Atkinson y Bourguignon (2001).

Tal como ya se ha señalado, los datos proceden de dos fuentes internacionales. En el caso de los países que no son de la OCDE, tomamos los coeficientes de la brecha de pobreza que arroja PovcalNet, del Banco Mundial (Banco Mundial, 2015a), para el año de referencia 2012. PovcalNet es una herramienta online que permite calcular coeficientes de la brecha de pobreza mediante cualquier línea de pobreza que fije el usuario, sobre la base de los censos nacionales más recientes disponibles con datos para medir la pobreza. Según el censo que se realice en cada país, se usa el ingreso o el consumo para medir el bienestar. PovcalNet también arroja la distribución media del ingreso o el consumo, de modo tal que es posible anclar la línea de pobreza relativa a estos datos censales. Las encuestas subyacentes son de diversos años, pero la herramienta permite calcular coeficientes de la brecha de pobreza para diferentes años de referencia, de los cuales el más reciente es 2012 (el que usamos aquí).⁵ Respecto de la comparabilidad entre países, rigen las salvedades y limitaciones delineadas en Ferreira *et al.* (2015), como la variación en las mediciones del bienestar, las diferencias entre los

cuestionarios que se usan para censar hogares y las dificultades que entrañan los ajustes de precios por tiempo y espacio.

En lo que concierne a los países de la OCDE se tomaron las estimaciones que arroja la base IDD para 2012. En este caso, todos los datos censales corresponden al mismo año. El indicador para calcular el bienestar es el ingreso, de uso consistente en todos los países de la OCDE. Esta base de datos no ofrece al usuario la posibilidad de variar las líneas de pobreza. La comparabilidad se ve entonces adicionalmente restringida por el hecho de que la línea de pobreza relativa no se establece en el 50% del ingreso medio sino en el 50% del ingreso mediano, factor que es preciso tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados.

Por último, en vista de que las líneas de pobreza se expresan en PPA de 2011, calculamos la brecha en el ingreso de los países en desarrollo aplicando las estimaciones del PIB per cápita de 2012 en PPA de 2011 que provee el Banco Mundial en su base de Indicadores del Desarrollo Mundial (WDI por su sigla en inglés) (Banco Mundial, 2015c). En el caso de aquellos países de la OCDE que solo medimos de acuerdo con una línea de pobreza relativa, tomamos el ingreso disponible mediano en monedas locales de 2012 y el PIB per cápita en monedas locales del mismo año para expresar la brecha en el ingreso como porción del PIB. Todos los cálculos se hicieron sobre una base anual.

3 En octubre de 2015, el Banco Mundial corrigió sus estimaciones de pobreza sobre la base de las líneas internacionales revisadas luego de que el Programa de Comparaciones Internacionales publicara la nuevas PPA de 2011 (Ferreira et al., 2015; Banco Mundial, 2015b).

4 Estos países son Benín, Burkina Faso, Burundi, Chad, Congo (RD del), Etiopía, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haití, Lesoto, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Níger, Nigeria, Papúa Nueva Guinea, República Centroafricana, Ruanda, Santo Tomé, Senegal, Sierra Leona, Tanzania, Timor Oriental, Togo, Uganda, Uzbekistán y Zambia.

5 En el caso de los países sin datos censales correspondientes al año 2012, las mediciones de la pobreza se calcularon aplicando índices de crecimiento (ajustados) de las cuentas nacionales para extrapolar el consumo o el ingreso. Este cálculo presupone un crecimiento neutro en materia de distribución. En Ferreira et al. (2015) se ofrecen más detalles y referencias bibliográficas para ampliar la lectura.

2.3 Medir deficiencias en la seguridad de salud

La R202 determina que los países miembros deben brindar “acceso a un conjunto de bienes y servicios definido a nivel nacional para la atención de salud esencial, incluida la atención de maternidad, que cumpla los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad” (OIT, 2012: 3). No disponemos de un indicador general que mida y combine esos criterios de manera adecuada y apta para hacer comparaciones internacionales. Ese indicador es muy difícil de establecer por diversas razones. Por ejemplo, aunque sea factible hallar un indicador que refleje la disponibilidad física de la infraestructura para el sistema de salud, la accesibilidad real de esos servicios para la población de todos los grupos etarios o todas las regiones es mucho más difícil de medir. En otras palabras, un país puede disponer legalmente el acceso universal a la atención de salud, mientras que en la práctica hay un amplio sector de la población que se ve privado de usar esos servicios por barreras físicas o financieras, o bien por discriminación directa o indirecta.

En consecuencia, estimamos aproximadamente el grado de acceso a la atención esencial de salud y medimos las brechas en la seguridad de salud por medio de un indicador parcial que se calcula en dos etapas. Nuestro indicador toma en cuenta tanto la suficiencia de los recursos totales destinados a la salud como el reparto adecuado de las asignaciones dentro del sistema de salud. A grandes rasgos, la suficiencia de los recursos se mide cotejando el gasto en salud pública del país expresado como porcentaje del PIB con un parámetro normativo, a fin de identificar si hay una brecha en el gasto de salud: BS_{gj} . Asimismo, se fija un parámetro normativo para dilucidar si hay una brecha en la asignación de los recursos disponibles: BS_{aj} . La mayor de estas dos brechas —si las hay— constituye la brecha de salud pública BS_j en un país j :

$$BS_j = \max\{BS_{gj}, BS_{aj}\} \quad (7)$$

A continuación explicamos en detalle los procedimientos para medir la suficiencia del gasto y la adecuación de las asignaciones, así como para fijar ambos parámetros normativos. En primer lugar, la brecha en el gasto de salud pública BS_{gj} de un país j se calcula de la siguiente manera:

$$BS_{gj} = \begin{cases} G_P - G_j, & \text{si } G_j < G_P \\ 0, & \text{si } G_j \geq G_P \end{cases} \quad (8)$$

G_j denota el gasto de salud pública como porcentaje del PIB en un país particular j , mientras que G_P representa el parámetro normativo. Si el gasto de un país en salud pública es igual o superior al parámetro normativo de gasto suficiente, la brecha es igual a cero. Si el gasto es inferior al parámetro, la diferencia entre el gasto real en salud pública y el parámetro se toma como brecha del gasto en salud.

El parámetro normativo define cuál es el porcentaje mínimo del PIB que debe destinar un país al gasto en salud pública para ser teóricamente capaz de brindar atención esencial de salud a toda la población. Este parámetro se calculó empíricamente en relación con el porcentaje del PIB que los países con un coeficiente promedio de personal médico destinan en promedio al sistema de salud, en vista de que los costos laborales constituyen una porción sustancial del presupuesto para la salud pública (OMS, 2006: 7). La cantidad de médicos, enfermeros y parteras por cada mil personas de cada país se extrajo de la base WDI (Banco Mundial, 2015c), que toma estas cifras del Atlas mundial de la fuerza sanitaria de la OMS, la OCDE y datos complementarios de los países. Aquí usamos las estimaciones más recientes disponibles desde 2005. El promedio mundial sin ponderaciones para los 167 países con datos disponibles asciende a 5,9 médicos, enfermeros y parteras por cada mil personas.

Para calcular el gasto promedio en salud pública, consideramos todos los países con un coeficiente de personal dentro de las desviaciones típicas de 0,5 respecto del promedio —es decir, los que empleaban de 3,2 a 8,6 médicos, enfermeros y parteras cada mil personas—, que eran 50 en total. Según los datos sobre el gasto en salud pública de 2012 que provee WDI, basados en los datos sobre cuentas nacionales de salud de la OMS (Banco Mundial, 2015c), estos países destinaron en promedio (sin ponderaciones) el 4,3% de su PIB a la salud pública, guarismo que se toma en consecuencia como parámetro normativo. Si un país destina un monto menor a la salud pública, se presume imposible —incluso en teoría— que garantice un acceso universal a la atención esencial de salud. Si el país destina este porcentaje o uno mayor, aún queda por ver si asigna eficazmente esos recursos para juzgar que garantiza un acceso universal a los servicios esenciales de salud.

En la segunda etapa, consideramos si la asignación de los recursos se repartía adecuadamente entre los

diversos tipos de atención y grupos de la población. Con este propósito nos enfocamos en la medición de un servicio específico que se brinda durante un suceso crítico del ciclo vital al que la Recomendación 202 hace referencia explícita: la maternidad. El indicador elegido es el de los partos atendidos por personal de salud calificado (en forma de porcentaje), que se define como “cantidad de partos atendidos por personal de salud calificado (médicos, enfermeros o parteras), capacitado para brindar resucitación de emergencia obstétrica” (OMS, 2015b: 24). Esta medición sirve como indicador sustituto de la mortalidad materna y se usó como indicador para la quinta Meta de Desarrollo del Milenio sobre mejora de la salud materna (OMS, 2015b: 24), además de aportar información sobre la igualdad de género en el acceso a la salud. Si el resultado es inferior a cierto umbral, cabe inferir que el país no asigna recursos suficientes a la atención primaria de salud, o bien que no todos los sectores de la población la usan o acceden a ella. La brecha en atención del parto, denotada BAP , se calcula de la siguiente manera:

$$BAP_j = \begin{cases} AP_P - AP_j, & \text{si } AP_j < AP_P \\ 0, & \text{si } AP_j \geq AP_P \end{cases} \quad (9)$$

En la ecuación precedente, AP_j denota el porcentaje de partos atendidos por profesionales de la salud en un país particular j , mientras que AP_P es el parámetro normativo. La asignación de recursos se presume adecuada y exenta de brechas si al menos el 95% de los partos fueron atendidos por personal de salud calificado. Si el índice de atención al parto en un país es inferior a este parámetro, la brecha en asignación de recursos BS_a se calcula de la siguiente manera:

$$BS_{aj} = BAP_j * G_P \quad (10)$$

Como ya se ha señalado, la brecha más grande (BS_{gj} o BS_{aj}) se toma como indicador final de la deficiencia en seguridad de la salud. Entonces, si un país excede el parámetro de gasto suficiente con los recursos que destina a la salud pública, pero es deficiente en materia de asignación adecuada, ello no implica necesariamente que el gobierno deba recaudar nuevos impuestos: también puede considerar la reasignación de los recursos existentes para la salud a fin de cerrar la brecha en materia de asignaciones.

Los datos para el seguimiento mundial de este indicador están disponibles en el Fondo de las Naciones

Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OMS, y suelen provenir de encuestas por hogares, como las Encuestas agrupadas de indicadores múltiples (MICS por su sigla en inglés) o las Encuestas demográficas y de salud (OMS, 2015b: 25). La información se extrajo de la base de datos sobre asistencia a los partos que compila UNICEF (2015), donde se hallaron los datos más recientes para el indicador. Esta información se cotejó y complementó con datos del Observatorio Mundial de la Salud (OMS, 2015a), que es el repositorio más exhaustivo en lo concerniente a cobertura de países, en particular desarrollados. Treinta países de alto ingreso no figuraban en ninguna de las dos bases. Dado que todos los países de alto ingreso con datos disponibles para hacer la estimación satisfacían el criterio de atención al parto, se dio por sentado que esos países faltantes también lo cumplían.

Concluimos esta sección con dos ejemplos del procedimiento para calcular las brechas en el acceso a la salud esencial. En primer lugar, Ghana destinó el 3,6% de su PIB a la salud pública en 2012, de modo que su brecha en el gasto asciende a 0,7% del PBI. Solo el 68,4% de los partos fueron atendidos por personal profesional de salud, por lo que Ghana exhibe una deficiencia de 26,6 puntos porcentuales con respecto al parámetro de 95%. Esta deficiencia se multiplicó por el parámetro para el gasto en salud pública (26,6 puntos porcentuales x 4,3% = 1,1%) para determinar la **BSa**: Ghana tendría que (re)asignar al menos el 1,1% de su PBI a fin de asegurar que el 95% de los partos sean atendidos por personal calificado de salud. Dado que la brecha en la asignación es mayor que la brecha en el gasto, la brecha final en seguridad de la salud asciende a 1,1%. En segundo lugar, Armenia destinó el 1,9% de su presupuesto a la salud pública en 2012. Por consiguiente, tuvo una deficiencia de 2,4 puntos porcentuales con respecto al parámetro de 4,3%. En vista de que prácticamente todos los partos fueron atendidos por personal calificado de salud, la brecha en asignación es igual a cero. La brecha final de Armenia en la dimensión que mide la seguridad de salud asciende entonces al 2,4% de su PIB.

2.4 Agregación e interpretación

Puesto que ambas dimensiones del IPPS correspondiente a un país se expresan como porción de su PIB, hay que sumar los componentes individuales para establecer el indicador compuesto.

$$IPPS_j = BI_j + BS_j \quad (11)$$

El resultado final del índice se redondea a un decimal para evitar la falsa ilusión de una precisión en el cálculo que no está garantizada por los datos subyacentes. Luego se clasifican los países de menor a mayor sobre la base de ese resultado. En el caso de que dos o más países hayan obtenido el mismo resultado, los nombres se colocan por orden alfabético. Una de las ventajas que ofrece el IPPS es su facilidad de interpretación. Por un lado, permite clasificar y comparar los países. Por el otro lado, expresa un significado concreto; es decir, describe la porción mínima del PIB que un país necesita invertir o reasignar en políticas del PPS nacional a fin de cerrar la brecha existente, presuponiendo un universo sin gastos administrativos ni operativos, así como una selección perfecta de los objetivos o destinatarios.

3 | RESULTADOS DEL IPPS EN 2012

El IPPS se calculó para el año de referencia 2012, tal como se explica más arriba. Los indicadores resultantes y las consecuentes clasificaciones de los países se presentan de acuerdo con tres definiciones distintas de lo que constituye un ingreso mínimo. Las brechas en la seguridad de salud son iguales en los tres casos.

La Tabla A.1 exhibe los indicadores resultantes y la consiguiente clasificación de países si se toma como criterio de ingreso mínimo la línea internacional de pobreza absoluta fijada en US\$1,90 por día en PPA de 2011. Esta clasificación incluye 125 países. El monto mínimo que los países tendrían que asignar en teoría para asegurar el cumplimiento de las cuatro garantías básicas de seguridad social varía ampliamente, desde menos de 0,1% del PIB hasta 44,9% del PIB en la República Democrática del Congo. Los 18 países con una brecha inferior al 0,1% del PIB están casi exclusivamente situados en Europa o Asia Central, con la excepción de Costa Rica, Jordán, las

Maldivas y Uruguay. Otros 26 países tendrían que invertir 1,0% de su PIB o menos para cerrar las brechas existentes, cuyo monto no excede el 5,0% del PIB en 95 de los 125 países. A modo de ejemplo, Ecuador, que ocupa la posición 50 (junto con Albania y Trinidad y Tobago), tendría que invertir o reasignar el 1,5% de su PBI en función del PPS nacional. En su caso, el grueso de los fondos –el 1,3% del PIB– debería ir al sistema de salud, mientras que el criterio de ingreso mínimo requiere apenas un 0,2% del PIB (no se aclara en la tabla). En muchos países subsaharianos de bajo ingreso existen grandes lagunas en la implementación de políticas para el PPS nacional; 12 de esos países⁶ registran brechas de protección que exceden el 10% de su PIB. Malawi, por ejemplo, exhibe una brecha muy pequeña en seguridad de salud, pero necesita asignar al menos 30% de su PIB para que cada individuo reciba un ingreso mínimo durante toda la vida.

La clasificación de países no varía demasiado cuando se toma la línea de pobreza absoluta de US\$3,10 por día en PPA de 2011 como criterio para el ingreso mínimo, cuyos resultados se muestran en la Tabla A.2. Tanto las posiciones superiores como las inferiores son comparables a los resultados de la Tabla A.1; 18 países tendrían que invertir el 0,1% de su PIB o menos para satisfacer las cuatro garantías básicas de la seguridad social. Sin embargo, los recursos financieros que deben invertir los países en este caso son obviamente más cuantiosos. Para 72 países, la brecha no excede el 5,0% del PIB, mientras que otros 17 obtienen un resultado que oscila entre 5,0% y 10,0% del PIB. Aplicando este criterio para el ingreso mínimo, los 12 países de las posiciones inferiores registran brechas que van desde el 31,0% del PIB en Ruanda hasta más del 100,0% del PIB en la República Democrática del Congo.

Por último, el criterio de ingreso mínimo relativo, con costos de inclusión y funcionamiento social que exceden las necesidades básicas, permite ampliar la clasificación a 142 países de todo el mundo, tal como se ve en la Tabla A.3. A la cabeza de la clasificación quedan 26 países, que necesitan menos del 1,0% de su PIB para cerrar las brechas de protección existentes según este criterio de ingreso mínimo. La mayoría de estos países son de Europa y Asia Central, con la excepción de Santa Lucía y Nueva Zelanda. Otros 74 países deberían asignar entre el 1,0% y el 5,0% de su PIB a políticas que apuntalen las cuatro garantías

básicas de la seguridad social. Entre ellos se cuentan Estados Unidos de América y México, que necesitan reasignar, respectivamente, el 2,1% y el 2,4% de su PIB; estos son los montos más altos que se requieren entre los países de la OCDE. Por último, con la excepción de Comoras, los 12 países que ocupan las posiciones inferiores de la clasificación son los mismos de antes; en todos estos casos no se aplicó la línea de pobreza relativa, sino el piso de US\$1,90 por día en PPA de 2011 como piso de ingresos, por lo cual las brechas resultantes son idénticas a las de la Tabla A.1.

6 Ruanda, Níger, Togo, Liberia, Haití, Guinea-Bissau, Mozambique, Madagascar, República Centroafricana, Malawi, Burundi y la República Democrática del Congo.

4 | PUNTOS FUERTES Y DÉBILES DEL IPPS

La interpretación de los resultados agrega una serie de salvedades a las que se detallaron en la sección de metodología. En primer lugar, el uso del PIB como denominador puede llevar a conclusiones engañosas si los resultados no se examinan con atención. El incremento o la disminución de las brechas en el PPS, con el consecuente descenso o ascenso en la clasificación del IPPS, no necesariamente son atribuibles a deficiencias de las políticas relativas al PPS, sino que a veces son el resultado de la volatilidad económica. Dado que el índice se refiere en primer lugar a la puesta en práctica del PPS, cabría evaluar en un análisis posterior alguna manera de ajustar la metodología en función de este problema.

En segundo lugar, las definiciones del ingreso mínimo implican ciertas limitaciones conceptuales. Cuando usamos una línea de pobreza relativa para medir la pobreza –en este caso, el parámetro relativo de 50% del ingreso medio–, los recursos financieros indicados no suponen un cierre completo de la brecha en el ingreso. Si todos los ingresos inferiores al 50% de la media se incrementaran hasta el parámetro del 50%, el ingreso medio del país también aumentaría. Asimismo, si se elevara toda la distribución del ingreso, la brecha relativa permanecería constante o se ensancharía sin que las personas en cuestión hubieran mejorado en absoluto su situación en materia de ingresos. En consecuencia, al interpretar la mejora relativa de la brecha en el ingreso, también es impor-

tante analizar los cambios en la distribución del ingreso, tanto en su forma como en su valor promedio.

En tercer lugar, no es desdeñable el grado de arbitrariedad que encierra el cálculo de la brecha en materia de salud. El acceso a la atención de salud es un aspecto cuya medición conlleva dificultades inherentes debido a la complejidad del tema, que incluye variaciones en la geografía o la estructura poblacional, así como amplias diferencias estructurales entre los sistemas de salud de los países. El índice apunta a reducir esta complejidad mediante la definición de un doble parámetro normativo: recursos suficientes y asignación adecuada. Esta medición no informa sobre la calidad de los servicios, pero al menos indica si el gasto y la cobertura del país son adecuados. A fin de detectar problemas específicos de cada país, ya sea en relación con el acceso o con la calidad de los servicios, no hay un mecanismo que sustituya los estudios minuciosos y particularizados.

El análisis también está condicionado en parte por la disponibilidad de datos recientes. Algunos países quedan excluidos de la clasificación por falta de datos disponibles (véase la descripción detallada de los datos en el anexo); en otros, la antigüedad de los datos censales subyacentes excede los diez años. En ambos casos, hace falta que esos países actualicen regularmente sus estadísticas y las pongan a disposición del público para que resulte posible hacer un seguimiento de las políticas y evaluar su impacto (cf. Scott, 2005). Estos factores limitantes instan a proceder con cautela a la hora de hacer comparaciones entre países, en especial si los resultados de los indicadores se encuentran muy próximos entre sí. En cuanto al seguimiento del progreso a lo largo del tiempo, la actualización de los indicadores solo es posible y tiene sentido si hay nuevos datos censales disponibles en los países, circunstancia que en algunos casos restringe seriamente la posibilidad de hacer un monitoreo exhaustivo y regular. Además, dado que la clasificación de un país en el IPPS no solo depende de sus brechas en la protección, sino que también deriva de la comparación con las brechas de otros países, los ascensos o descensos de un país en clasificaciones posteriores no se limitan a reflejar cambios en sus políticas relativas al PPS, sino además su desempeño en relación con el progreso de otros países. Por último, el IPPS se enfoca en las deficiencias del PPS, pero la Recomendación 202 también requiere que los países miembros procuren elevar sus

niveles de protección más allá del PPS establecido en principio como punto de partida.

Este índice solo mide la primera etapa de la implementación horizontal del PPS; la segunda etapa de la expansión vertical aún no es evaluable por medio del IPPS.

Por otra parte, el IPPS también posee una serie de aspectos valiosos. La aplicación de un parámetro que trasciende las líneas internacionales de pobreza absoluta comúnmente utilizadas como medida del ingreso básico (de US\$1,90 por día y US\$ 3,10 por día en PPA de 2011) agrega considerable valor. La línea de pobreza relativa –con su consecuente definición relativa de lo que constituye un nivel de ingreso mínimo– nos permite incluir de manera significativa a los países de alto ingreso, así como reconocer los determinantes relativos del bienestar y los costos de la inclusión social. Al mismo tiempo, el IPPS también se basa en las líneas de pobreza absoluta comúnmente aceptadas a fin de que los interesados puedan utilizarlo en los debates internacionales, donde priman dichos parámetros de medición.

La construcción del índice se guió por los criterios de accesibilidad, reproductibilidad, transparencia, oportunidad, coherencia e interpretabilidad. El uso de bases de datos internacionales accesibles para el público asegura la satisfacción de estos criterios en la mayor medida posible. El hecho de que las posiciones en la clasificación del índice se expresen con un número de significado concreto entraña varias ventajas: facilita la interpretabilidad y ofrece un resultado intuitivamente comprensible para un amplio sector del público poco familiarizado con términos más técnicos del discurso sobre la pobreza y la seguridad social; también incrementa en inmensa medida la relevancia del IPPS para los interesados que aspiran a utilizarlo con fines activistas; además, el IPPS suministra prestamente una indicación concreta y conservadora de los recursos que un país necesita invertir para poner en práctica el PPS nacional en relación con su capacidad económica. Concluimos este artículo con algunas consideraciones finales sobre la cuestión de los recursos.

5 | CONCLUSIÓN

El panorama de la protección social que permite entrever el IPPS indica que la mayoría de los países no necesita invertir montos excesivos para ponerse al día con la Recomendación 202. Con escasas excepciones, el PPS parece un objetivo asequible, tal como indican los resultados de estudios previos (OIT, 2008a, 2011: 93–96). En la mayoría de los casos, los sindicatos, la sociedad civil y otros interesados pueden valerse del IPPS para convencer a los funcionarios gubernamentales de que su país cuenta con los recursos necesarios para poner en práctica el PPS. Además, si es posible determinar que la deficiencia de un país es relativamente grande en comparación con países de similar capacidad económica y un nivel semejante de desarrollo, ese parámetro sirve para demostrar que la incapacidad fiscal o económica no es a priori un argumento válido contra el PPS; lejos de ello, la voluntad política y las decisiones que se priorizan en materia de gasto nacional desempeñan un papel insoslayable.

Un simple vistazo a la región inferior de las clasificaciones indica cuáles son los países donde los recursos necesarios para implementar un PPS sólido superan el 10% del PIB, situación que demanda el apoyo de la comunidad internacional a fin de cumplir con esta meta. Un Fondo Mundial para la Protección Social podría financiar o cofinanciar las inversiones necesarias. Ya en octubre de 2012, los relatores de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la Alimentación y los Derechos Humanos hicieron un llamado conjunto a la creación de un Fondo Mundial para la Protección Social (De Schutter y Sepúlveda, 2012).

En resumen, el IPPS puede usarse para defender las inversiones en protección social a partir de un nivel mínimo, pero objetivo. No todas estas inversiones requieren que los gobiernos obtengan recursos “nuevos”; algunas pueden efectuarse mediante la reasignación de partidas presupuestarias existentes, sociales o de otro tipo, con el objetivo de financiar políticas que resulten más efectivas en aras de mitigar la pobreza y reducir las desigualdades. Más aún, las inversiones en protección social son una necesidad social y económica, reconfirmada en junio de 2015 por una declaración conjunta del Director General de la OIT, Guy Ryder, y el Presidente del Grupo del Banco Mundial, Jim Yong Kim:

“Los sistemas de protección social que parten de un plan bien concebido y se ponen en práctica correctamente pueden efectuar transformaciones extraordinarias en los países, elevar el capital humano y la productividad, erradicar la pobreza, reducir las desigualdades y contribuir al establecimiento de la paz social. Son un componente esencial de las estrategias nacionales en pos del crecimiento inclusivo y el desarrollo sostenible con resultados sociales equitativos”
(OIT/Banco Mundial, 2015: 1).

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

Atkinson, Anthony B. y François **Bourguignon**

(2001): "Poverty and inclusion from a world perspective", en: J. E. Stiglitz y P.-A. Muet (eds.), *Governance, Equity, and Global Markets*. Oxford: Oxford University Press: 151 y ss.

Banco Mundial (2015a,): PovcalNet:

Herramienta de análisis online para hacer un seguimiento de la pobreza en el mundo; disponible en: <http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/index.htm?0,0> (consultada por última vez el 4.12.2015).

(2015b): *Purchasing power parities and the real size of world economies: A comprehensive report of the 2011 International Comparison Program*. Washington, DC: Banco Mundial.

(2015c): Indicadores del Desarrollo Mundial (WDI por su sigla en inglés); disponible en: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators> (consultado por última vez el 19.11.2015).

Chen, Shaohua y Martin **Ravallion** (2013):

"More relatively-poor people in a less absolutely-poor world." *Review of Income and Wealth* 59(1): 1 y ss.

Cichon, Michael (2013): The Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202):

Can a six-page document change the course of social history? *International Social Security Review* 66(3-4): 21 y ss.

Cichon, Michael, y David Cichon (2015):

The financing of Social Protection for informal workers in Asia: Challenges and opportunities. A background paper for the Asian Development Bank. Manuscrito inédito, Instituto de Posgrado en Gobernabilidad, Universidad de Naciones Unidas, Maastricht y Trinity College, Dublín.

De Schutter, Olivier y Magdalena **Sepúlveda**

(2012): *A Global Fund for Social Protection (GFSP)*. Sinopsis (en inglés); disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Food/20121009_GFSP_ex-ecsummary_en.pdf (consultado por última vez el 18.11.2015).

Eurostat (2015): "Glossary: At-risk-of-poverty rate";

disponible en: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:At-risk-of-poverty_rate (consulta do por última vez el 20.11.2015).

Ferreira, Francisco H. G., et al. (2015): "A global count of the extreme poor in 2012. Data issues, methodology and initial results." *Artículo de investigación sobre Políticas del Banco Mundial, N° 7432*.

OECD/JRC. (2008). *Handbook on constructing composite indicators. Methodology and user guide*. Publicaciones de OCDE

OIT (2012). *Recomendación sobre los pisos de protección social (No. 202)*. 101st Session, inebra, 14 de junio de 2012: Conferencia Internacional del Trabajo.

(2008a). "Can low-income countries afford basic social security?" *Social Security Policy Briefings, Paper 3*, Instructivo sobre políticas de seguridad social, N° 3, Oficina Internacional del Trabajo, Departamento de Seguridad Social, Ginebra.

(2008b). *Declaración de la OIT sobre la justicia social para una globalización inclusiva*. 97th Sesión, Ginebra, 10 de junio de 2008: Organización Internacional del Trabajo.

(2011). *Seguridad social para la justicia social y una globalización inclusiva*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.

- OIT/Banco Mundial.** (2015): Iniciación conjunta del Presidente del Grupo del Banco Mundial, Jim Yong Kim, y del Director General de la OIT, Guy Ryder, sobre el lanzamiento de la Iniciativa para una protección social universal del Grupo del Banco Mundial y de la OIT para sensibilizar a los líderes del mundo acerca de la importancia que revisten las políticas de protección social universal y su financiación; documento en español disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/statement/wcms_380849.pdf; documento en inglés consultado por los autores disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/statement/wcms_378989.pdf (consultado por última vez el 18.11.2015).
- OECD** (2015): Base de datos sobre distribución del ingreso (Income Distribution Database, DDI); disponible en: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=IDD> (consultada por última vez el 6.12.2015).
- OMS** (2006): *Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- (2015a): Base de datos del Observatorio Mundial de la Salud, disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.531?lang=en> (consultada por última vez el 27.11.2015).
- (2015b): *World Health Statistics 2015. Indicator compendium: World Health Organization [Estadísticas Sanitarias Mundiales 2015. Indicadores sanitarios mundiales: Organización Mundial de la Salud]*.
- Ravallion, Martin** (1998): "Poverty lines in theory and practice." Estudios de medición del nivel de vida, Working Paper 133, Banco Mundial, Washington DC.
- Scott, Christopher** (2005): "Measuring up to the measurement problem. The role of statistics in evidence-based policy-making". *Paris 21. Partnership in Statistics for Development in the 21st century*; disponible en: <http://www.paris21.org/sites/default/files/MUMPS-full.pdf> (consultado por última vez el 9.12.2015).
- UNICEF** (junio de 2015): Delivery care database for Base de datos sobre asistencia al parto para todos los indicadores. Atención calificada de los partos – Porcentaje; disponible en inglés en: <http://data.unicef.org/maternal-health/delivery-care.html> (consultada por última vez el 27.11.2015).

ANEXO: RESULTADOS

1	Bosnia y Herzegovina Costa Rica Croacia Eslovenia Estonia Hungría Jordán Lituania Macedonia, FYR Maldivas Moldavia Montenegro Polonia Rep. Checa Rep. Eslovaca Rumania Serbia Uruguay	0,0	48	Cabo Verde China	1,4
19	Brasil Panamá Seychelles	0,1	50	Albania Ecuador Trinidad y Tobago	1,5
22	Bulgaria Colombia El Salvador Túnez Turquía Ucrania	0,2	53	República Dominicana Irán, Rep. Islámica de	1,6
28	Kirguistán Paraguay Sudáfrica	0,3	55	Bután Fiyi Surinam	1,7
31	Bielorrusia Mongolia	0,4	58	Vietnam	1,8
33	Guyana	0,5	59	Kazakstán Ghana	1,9
34	Namibia Tailandia Tonga	0,7	61	Honduras Mauricio Vanuatu	2,0
37	Chile Letonia Nicaragua Sta. Lucía	0,8	64	Malasia Marruecos	2,1
41	Bolivia Federación Rusa Jamaica Perú	1,0	66	Congo, RD. Kiribati Uzbekistán Yibuti	2,3
45	México	1,2	70	Gabón	2,4
46	Belice Botsuana	1,3	71	Armenia Guatemala	2,5
			73	Suazilandia	2,6
			74	Tayikistán	2,7
			75	Venezuela, RB	3,0
			76	Angola Azerbaiyán Camboya Mauritania Sri Lanka Turkmenistán	3,1
			83	Georgia Indonesia	3,2
			85	Filipinas	3,3
			86	Pakistán	3,4

ANEXO: RESULTADOS

87	India Santo Tomé y Príncipe Sudán	3,7
90	Comoras	3,8
91	Salomón, Islas	4,4
92	Camerún	4,6
93	Kenia	4,7
94	Costa de Marfil	4,8
95	Laos, RDP	4,9
96	Timor Oriental	5,0
97	Bangladés Micronesia, EF	5,4
99	Papúa Nueva Guinea Uganda	5,8
101	Nigeria	5,9
102	Senegal	6,2
103	Tanzania	6,3
104	Zambia	7,6
105	Etiopía	8,0
106	Chad Burkina Faso	8,1

108	Guinea	8,5
109	Benín	8,9
110	Sierra Leona	9,2
111	Gambia, RI	9,3
112	Lesoto	9,4
113	Malí	9,8
114	Ruanda	10,3
115	Níger	12,1
116	Togo	13,5
117	Liberia	15,8
118	Haití	16,1
119	Guinea-Bissau	17,0
120	Mozambique	20,2
121	Madagascar	23,2
122	Rep. Centroafricana	24,0
123	Malawi	31,0
124	Burundi	32,9
125	Congo, RD	44,9

Notas: Este IPPS se calculó para los 125 países que figuran en PovcalNet y poseen información disponible sobre gasto en salud y partos atendidos por personal calificado. Además de los países de alto ingreso, quedaron excluidos los siguientes países por falta de datos disponibles: Afganistán, Argelia, Cisjordania y Gaza, Corea (Rep. Dem. de), Cuba, Dominica, Egipto (Rep. Árabe de), Eritrea, Granada, Iraq, Islas Marshall, Kosovo, Libano, Liechtenstein, Myanmar, Palaos, Samoa Americana, San Marino, San Vicente y las Granadinas, Siria (Rep. Árabe), Somalia, Sudan del Sur, Tuvalu, Yemen (Rep. de), Zimbabue.

1	Bosnia y Herzegovina Croacia Eslovenia Hungría Jordán Lituania Polonia Rumania Serbia Rep. Checa Rep. Eslovaca Uruguay	0,0	45	República Dominicana	1,8
13	Costa Rica Estonia Maldivas Moldavia Montenegro Seychelles	0,1	46	Bolivia Botsuana China Ecuador Kazakstán	1,9
19	Bulgaria Macedonia, FYR Turquía Ucrania	0,2	51	Bután Malaysia Mauricio	2,1
23	Brasil Panamá	0,3	54	Fiji	2,2
25	Bielorrusia Mongolia Túnez	0,3	55	Belice Namibia Nicaragua Surinam	2,3
28	Colombia	0,6	59	Marruecos	2,5
29	El Salvador Paraguay Tailandia	0,7	60	Sta. Lucía Vietnam	2,6
32	Letonia	0,8	62	Gabón	2,8
33	Chile	0,9	63	Armenia	3,0
34	Federación Rusa	1,0	64	Azerbaiyán	3,1
35	Tonga	1,1	65	Cabo Verde Venezuela, RB	3,2
36	Jamaica Sudáfrica	1,2	67	Sri Lanka Turkmenistán	3,5
38	México Perú	1,3	69	Guatemala	3,7
40	Trinidad y Tobago	1,5	70	Indonesia	4,5
41	Guyana Irán, RI	1,6	71	Ghana	4,6
43	Albania Kirguistán	1,7	72	Georgia	4,8
			73	Filipinas Honduras Tayikistán	5,1
			76	Congo, RD	5,4
			77	Mauritania	5,6
			78	Angola Pakistán	5,8
			80	Vanuatu	6,0

ANEXO: RESULTADOS

81	Camboya Sudán	6,4
83	Yibuti	6,5
84	Suazilandia Uzbekistán	6,6
86	India	7,1
87	Kiribati	8,1
88	Nepal	8,2
89	Laos, RDP	9,7
90	Kenia	11,1
91	Santo Tomé y Príncipe Nigeria	11,2
93	Camerún Comoras	11,4
95	Costa de Marfil	11,5
96	Micronesia, EF	12,7
97	Papúa Nueva Guinea	14,0
98	Bangladés	14,7
99	Salomón, Islas	14,8
100	Timor Oriental	15,6
101	Zambia	16,5
102	Senegal	16,9
103	Tanzania	18,6

104	Uganda	18,9
105	Chad	19,1
106	Lesoto	21,8
107	Gambia, RI	25,3
108	Etiopía	25,7
109	Benín	25,8
110	Burkina Faso	26,1
111	Sierra Leona	27,9
112	Guinea	28,2
113	Malí	29,7
114	Ruanda	31,0
115	Haití	33,5
116	Togo	35,1
117	Guinea-Bissau	41,2
118	Níger	44,7
119	Madagascar	51,5
120	Liberia	51,6
121	Mozambique	53,0
122	Rep. Centroafricana	57,8
123	Malawi	78,3
124	Burundi	85,6
125	Congo, RD	103,2

Notas: Este IPPS se calculó para los 125 países que figuran en PovcalNet y poseen información disponible sobre gasto en salud y partos atendidos por personal calificado. Además de los países de alto ingreso, quedaron excluidos los siguientes países por falta de datos disponibles: Afganistán, Argelia, Cisjordania y Gaza, Corea (Rep. Dem. de), Cuba, Dominica, Egipto (Rep. Árabe de), Eritrea, Granada, Iraq, Islas Marshall, Kosovo, Libano, Liechtenstein, Myanmar, Palaos, Samoa Americana, San Marino, San Vicente y las Granadinas, Siria (Rep. Árabe), Somalia, Sudan del Sur, Tuvalu, Yemen (Rep. de), Zimbabue.

1	Rumania	0,3	46	Macedonia, Rep. de	2,0
2	Croacia Rep. Checa	0,4	47	Bosnia y Herzegovina El Salvador Estados Unidos Kazakstán Tailandia	2,1
4	Finlandia Luxemburgo Ucrania	0,5	52	Congo, RD Uzbekistán	2,3
7	Alemania Dinamarca Islandia	0,6	54	México Uruguay	2,4
10	Francia Irlanda Kirguistán Países Bajos Serbia Suecia	0,7	56	Suazilandia	2,6
16	Bélgica Bielorrusia Eslovenia Hungría Montenegro Polonia Rep. Eslovaca Sta. Lucía Suiza	0,8	57	Mauricio	2,7
25	Noruega N. Zelandia	0,9	58	Armenia China Federación Rusa Trinidad y Tobago	2,8
27	Estonia Moldavia	1,0	62	Bután Guyana	3,0
29	Austria Lituania Reino Unido	1,1	64	Azerbaiyán Gabón	3,1
32	Maldivas Mongolia Portugal Túnez	1,2	66	Irán, RI Vanuatu	3,2
36	Australia	1,3	68	Angola	3,3
37	Grecia	1,5	69	Tonga	3,4
38	Bulgaria	1,6	70	Fiyi Pakistán	3,5
39	Italia Seychelles Turquía	1,7	72	Chile	3,6
42	España	1,8	73	India Indonesia Panamá Santo Tomás y Príncipe	3,7
43	Albania Israel Letonia	1,9	77	Brasil Nepal	3,8
			79	Colombia Sri Lanka Tayikistán	3,9
			82	Marruecos Perú Vietnam	4,0
			85	Ecuador	4,1

ANEXO: RESULTADOS

86	Georgia Turkmenistán	4,2
88	Costa Rica República Dominicana	4,3
90	Ghana Surinam	4,4
92	Namibia	4,5
93	Jamaica Filipinas Sudán	4,6
96	Belice Botsuana Nicaragua Salomón, Islas	4,7
100	Yibuti Malasia Mauritania	4,8
103	Timor Oriental Venezuela, RB	5,0
105	Kiribati	5,1
106	Costa de Marfil Sudáfrica	5,2
108	Camerún	5,6
109	Paraguay	5,7
110	Papúa Nueva Guinea Uganda	5,8
112	Guatemala Micronesia, EF Nigeria	5,9
115	Senegal	6,2
116	Tanzania	6,3
117	Bolivia	6,6

118	Kenia	6,9
119	Zambia	7,6
120	Honduras	7,9
121	Etiopía	8,0
122	Burkina Faso Chad	8,1
124	Guinea	8,5
125	Benín	8,9
126	Sierra Leona	9,2
127	Gambia, RD	9,3
128	Lesoto	9,4
129	Malí	9,8
130	Ruanda	10,3
131	Níger	12,1
132	Togo	13,5
133	Liberia	15,8
134	Haití	16,1
135	Guinea-Bissau	17,0
136	Comoras	19,8
137	Mozambique	20,2
138	Madagascar	23,2
139	Rep. Centroafricana	24,0
140	Malawi	31,0
141	Burundi	32,9
142	Congo, RD	44,9

Notas: En los países de la OCDE, la línea de pobreza relativa se define en el 50% del ingreso mediano. En todos los restantes, la línea divisoria se traza en el 50% del ingreso medio. En los países donde esta línea de pobreza relativa arroja un valor inferior a la línea internacional absoluta fijada en \$1,90 por día en PPA de 2011, se toma dicha línea absoluta como piso de ingresos. Para los países de la OCDE que figuran tanto en PovcalNet como en IDD (Eslovenia, Estonia, Hungría, México, Polonia, República Checa, República Eslovaca, Turquía), se aplica el cálculo de la base IDD. Para el miembro de la OCDE Chile solo están disponibles los cálculos de PovcalNet. Además de los países mencionados en la Tabla A.1, se excluyen los siguientes países por falta de datos disponibles: Canadá, Japón y Corea (Rep. de). También quedan fuera Bangladés, Cabo Verde, Camboya, Jordán y Laos, debido a que no hay estimaciones disponibles basadas en una línea de pobreza relativa.

ANEXO: DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS

Partos atendidos por personal de salud calificado (en porcentajes)

Fuente: Base de datos sobre asistencia al parto para todos los indicadores. Atención calificada de los partos – Porcentaje (UNICEF, 2015) Base de datos del Observatorio Mundial de la Salud (OMS, 2015a).

Última actualización: UNICEF, junio de 2015; OMS, desconocida.

Extracción de datos: 27 de noviembre de 2015.

Definición: “Numerador: cantidad de partos atendidos por personal de salud calificado (médicos, enfermeros o parteras), capacitado en resucitación de emergencia obstétrica, que incluye suministro de atención, supervisión y consejos necesarios a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio; asistencia en partos sin ayuda y atención al recién nacido” (OMS, 2015b: 24).

Años: 2005–2014.

Notas: Los datos provienen de UNICEF (2015). Si no hay datos disponibles para 2012, se toma la estimación disponible más próxima, que se refiere a 2013/2014 en los siguientes países: Bulgaria, Congo (Rep. Dem. del), Egipto (Rep. Árabe de), El Salvador, Estonia, Gambia, Guatemala, Guyana, Kenia, Lesoto, Liberia, Malawi, Mongolia, Montenegro, Namibia, Noruega, Palaos, Polonia, República Dominicana, Ruanda, Sierra Leona, Singapur, Togo, Trinidad y Tobago, Turquía, Vanuatu, Yemen (Rep. de), Zambia.

Para los siguientes países, el indicador se toma de OMS (2015a), ya sea porque no está disponible en la base de datos de UNICEF o porque hay estimaciones disponibles para 2012 en la base de datos de la OMS: Alemania, Angola, Australia, Austria, Azerbaiyán, Bahréin, Botsuana, Brunei Darussalam, Cabo Verde, Congo (Rep. Dem. del), Corea (Rep. de), Croacia, Chipre, Dinamarca, El Salvador, Emiratos Árabes Unidos, Eslovenia, Estonia, Finlandia, Francia, India, Irlanda, Islas Marshall, Italia, Japón, Kuwait, Letonia, Libia, Luxemburgo, Malí, Malta, Mauricio, Noruega, Nueva Zelanda, Omán, Palaos,

Papúa Nueva Guinea, Paraguay, Polonia, República Checa, Seychelles, Singapur.

El indicador no está disponible para los siguientes países: Andorra, Aruba, Bélgica, Bermuda, Cisjordania y Gaza, Curazao, España, Grecia, Groenlandia, Guam, Hong Kong RAE (China), Islandia, Isla de Man, Islas del Canal, Islas Feroe, Islas Marianas del Norte, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (EE. UU.), Israel, Kosovo, Liechtenstein, Macao RAE (China), Mónaco, Nueva Caledonia, Polinesia Francesa, Puerto Rico, Samoa Americana, San Marino, San Martín (parte francesa), Sint Maarten (parte neerlandesa), Suecia, Suiza.

PIB Per Cápita, PPA (dólares internacionales constantes de 2011)

Fuente: Indicadores del desarrollo mundial (Banco Mundial, 2015c).

Última actualización: 12 de noviembre de 2015.

Extracción de datos: 19 de noviembre de 2015.

Definición: “PBI por PPA es el producto interno bruto convertido a dólares internacionales mediante las tasas de paridad del poder adquisitivo. Un dólar internacional tiene el mismo poder adquisitivo sobre el PIB que un dólar de Estados Unidos en ese país. El PIB es la suma del valor agregado bruto de todos los productores residentes en la economía más todo impuesto a los productos, menos todo subsidio no incluido en el valor de los productos. Se calcula sin hacer deducciones por depreciación de bienes fabricados ni por agotamiento y degradación de recursos naturales. Los datos se expresan en dólares internacionales constantes de 2011 (Banco Mundial, 2015c).

Año: 2012.

Notes: Este indicador no está disponible para los siguientes países: Andorra, Argentina, Aruba, Corea (Rep. Dem. de), Curazao, Grecia, Guam, Isla de Man, Islas Caimán, Islas del Canal, Islas Feroe, Islas Marianas del Norte, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (EE. UU.), Liechtenstein, Mónaco, Myanmar, Nueva Caledonia, Polinesia Francesa, Samoa Americana, San Marino, San Martín (parte francesa), Sint Maarten (parte neerlandesa), Siria (Rep. Árabe), Somalia.

Enfermeros y parteras (por cada 1.000 personas)

Fuente: Indicadores del Desarrollo Mundial (Banco Mundial, 2015c); basados en el Atlas mundial de la fuerza laboral sanitaria de la OMS, OCDE, complementados por datos de los países.

Última actualización: 12 de noviembre de 2015.

Extracción de datos: 19 de noviembre de 2015.

Definición: "Enfermeros y parteras incluyen enfermeros profesionales, parteras profesionales, enfermeros auxiliares, parteras auxiliares, enfermeros inscriptos, parteras inscriptas y demás personal relacionado, como enfermeros dentales y de atención primaria"
(Banco Mundial, 2015c).

Años: 2005–2012.

Notas: Este indicador no está disponible para los siguientes países: Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Bermuda, Burundi, Cisjordania y Gaza, Comoras, Congo (Rep. Dem. del), Corea (Rep. Dem. de), Costa Rica, Curazao, Dominica, Filipinas, Gabón, Groenlandia, Guinea Ecuatorial, Eritrea, Guam, Haití, Hong Kong RAE (China), Isla de Man, Islas Caimán, Islas del Canal, Islas Feroe, Islas Marianas del Norte, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (EE. UU.), Kosovo, Lesoto, Liechtenstein, Macao RAE (China), Madagascar, Mauricio, Nepal, Nicaragua, Nueva Caledonia, Polinesia Francesa, Puerto Rico, Samoa Americana, San Cristóbal y Nieves, San Martín (parte francesa), Santo Tomé y Príncipe, San Vicente y las Granadinas, Sint Maarten (parte neerlandesa), Sudán del Sur, Surinam, Venezuela (Rep. Bolivariana de).

Médicos (por cada 1.000 personas)

Fuente: Indicadores del Desarrollo Mundial (Banco Mundial, 2015c); basados en el Atlas mundial de la fuerza laboral sanitaria de la OMS, OCDE, complementados por datos de los países.

Última actualización: 12 de noviembre de 2015.

Extracción de datos: 19 de noviembre de 2015.

Definición: "Los médicos incluyen a profesionales de cabecera y especialistas" (Banco Mundial, 2015c).

Años: 2005–2012.

Notas: Este indicador no está disponible para los siguientes países: Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Bermuda, Burundi, Cisjordania y Gaza, Comoras, Congo (Rep. Dem. del), Corea (Rep. Dem. de), Costa Rica, Curazao, Dominica, Filipinas, Gabón, Groenlandia, Guinea Ecuatorial, Eritrea, Guam, Haití, Hong Kong RAE (China), Isla de Man, Islas Caimán, Islas del Canal, Islas Feroe, Islas Marianas del Norte, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (EE. UU.), Kosovo, Lesoto, Liechtenstein, Macao RAE (China), Madagascar, Mauricio, Nepal, Nicaragua, Nueva Caledonia, Polinesia Francesa, Puerto Rico, Samoa Americana, San Cristóbal y Nieves, San Martín (parte francesa), Santo Tomé y Príncipe, San Vicente y las Granadinas, Sint Maarten (parte neerlandesa), Sudán del Sur, Surinam, Venezuela (Rep. Bolivariana de).

Coefficiente de la brecha de pobreza

Fuente: PovcalNet.

Última actualización: 12 de noviembre de 2015.

Extracción de datos: 2–4 de diciembre de 2015.

Definición: La brecha de pobreza es la deficiencia media de ingreso o consumo desde la línea de pobreza (cuyo valor cero son los no pobres), expresada como porcentaje de la línea de pobreza (Banco Mundial 2015c).

Año: Todas las brechas de pobreza corresponden al año de referencia 2012. Los años de los datos subyacentes difieren.

Notas: En PovcalNet no se informan las brechas de pobreza de los siguientes países: Afganistán, Alemania, Andorra, Antigua y Barbuda, Arabia Saudí, Argelia, Aruba, Australia, Austria, Bahamas, Bahréin, Barbados, Bélgica, Bermuda, Brunei Darussalam, Canadá, Corea (Rep. Dem. de), Corea (Rep. de), Cuba, Curazao, Chipre, Dinamarca, Dominica, Egipto (Rep. Árabe), Emiratos Árabes Unidos, Eritrea, España, Estados Unidos, Finlandia, Francia,

Granada, Grecia, Groenlandia, Guam, Guinea Ecuatorial, Hong Kong RAE (China), Iraq, Irlanda, Isla de Man, Islandia, Islas Caimán, Islas del Canal, Islas Feroe, Islas Marianas del Norte, Islas Marshall, Islas Turcas and Caicos, Islas Vírgenes (EE. UU.), Israel, Italia, Japón, Kuwait, Líbano, Libia, Liechtenstein, Luxemburgo, Macao RAE (China), Malta, Mónaco, Myanmar, Noruega, Nueva

Caledonia, Nueva Zelanda, Omán, Países Bajos, Palaos, Polinesia Francesa, Portugal, Puerto Rico, Qatar, Reino Unido, Samoa, Samoa Americana, San Cristóbal y Nieves, San Marino, San Martín (parte francesa), San Vicente y las Granadinas, Singapur, Sint Maarten (parte neerlandesa), Siria (Rep. Árabe), Somalia, Sudán del Sur, Suecia, Suiza, Tuvalu, Yemen (Rep. de), Zimbabue.

Los cálculos se hacen en dólares diarios en PPA de 2011, excepto por Bangladés, Cabo Verde, Camboya, Jordán y Laos, que usan dólares diarios en PPA de 2005. Para estos países, el coeficiente de la brecha de pobreza solo puede calcularse en relación con las líneas de pobreza absoluta a escala internacional.

Gasto en salud pública como porcentaje del PIB

Fuente: Indicadores del Desarrollo Mundial (Banco Mundial, 2015c); basados en los datos de cuentas nacionales de salud de la OMS.

Última actualización: 12 de noviembre de 2015.
Extracción de datos: 19 de noviembre de 2015.

Definición: "El gasto en salud pública comprende el gasto recurrente y de capital que proviene de los presupuestos públicos (central y locales), el endeudamiento externo y las donaciones (incluidas las de organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales), así como los fondos de seguro de salud sociales (u obligatorios) (Banco Mundial, 2015c).

Año: 2012.

Notas: Este indicador no está disponible para los siguientes países: Aruba, Bermuda, Cisjordania y Gaza, Corea (Rep. Dem. de), Curazao, Groenlandia,

Guam, Isla de Man, Islas Caimán, Islas del Canal, Islas Feroe, Islas Marianas del Norte, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (EE. UU.), Hong Kong RAE (China), Kosovo, Liechtenstein, Macao RAE (China), Nueva Caledonia, Polinesia Francesa, Puerto Rico, Samoa Americana, San Martín (parte francesa), Sint Maarten (parte neerlandesa), Somalia, Zimbabue.

Coeficiente de la brecha de pobreza relativa

Fuente: Base de Datos sobre Distribución del Ingreso (OCDE, 2015).

Última actualización: Desconocida.

Extracción de datos: 6 de diciembre de 2015.

Definición: Caída del ingreso medio de los pobres por debajo de la línea de pobreza, expresada en porcentaje.

Año: 2012.

Notas: De los 34 países que conforman la OCDE, este indicador no está disponible para Canadá, Corea (Rep. de), Chile, Japón.

Impresión

Fundación Friedrich Ebert | Desarrollo y políticas globales
Hiroshimastr. 28 | 10785 Berlín | Alemania

Responsable:

Dra. Cäcilie Schildberg | Justicia Social y Género
Teléfono: +49-30-269-25-7461 | Fax: +49-30-269-35-9246
<http://www.fes.de/GPol/en>

Traducción: Lilia Mosconi

Contacto para solicitar publicaciones:
Christiane.Heun@fes.de

El uso comercial de todos los medios publicados por la
Fundación Friedrich Ebert (FES) no está permitido sin el
consentimiento por escrito de la FES.

ISBN 978-3-95861-650-9



Las opiniones expresadas en esta publicación no necesariamente coinciden con las de la Fundación Friedrich Ebert.

El papel de esta publicación se fabricó con recursos forestales sostenibles.

ISBN 978-3-95861-650-9