Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

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

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

Informe sobre la Seguridad Social en América 2005

Mercados de Trabajo y la Fragmentación de la Seguridad Social

Financiamiento para VIH-SIDA por los Seguros Sociales

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Informe sobre la Seguridad Social en América 2005

D.R.©2004. Conferencia Interamericana de Seguridad Social
Calle San Ramón s/n • Col. San Jerónimo Lídice
C.P. 10100 México, D.F.
Tel: (5255) 5595 0011
Fax: (5255) 5683 8524
ciss@ciss.org.mx
http://www.ciss.org.mx

ISBN: 968-7346-94-9
Primera Edición: octubre de 2004
Diseño de Cubierta: Manuel Valle Muciño
Diseño Editorial: Lucero Durán/Tobias Camba
Impreso y hecho en México

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) es un organismo internacional técnico y especializado, de carácter permanente, constituido en 1942 por los dirigentes de la seguridad social del continente americano, reunidos en Santiago de Chile.

La CISS tiene como objetivo el desarrollo de la seguridad social en los países de América, por lo cual fomenta la difusión de los avances de la seguridad social y la cooperación e intercambio de experiencias entre las instituciones y administraciones de seguridad social.

Por medio de sus publicaciones, la CISS recopila y difunde los avances de la seguridad social en América y a su vez formula recomendaciones para que se consideren en las políticas y programas de planificación de los países.

AUTORIDADES
DE LA CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL
(CISS)

Presidente

Santiago Levy

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Vicepresidentes

Helmut Schwarzer

Ministerio da Previdência Social, Brasil (2002)

Rogelio Gómez

Social Security Administration, Estados Unidos de América (2003)

Orlando Peñate

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Cuba (2004)

Contralor

Ian Carrington

Secretario General

Gabriel Martínez

Director del CIESS

Luis José Martínez Villalba

Presidentes de las Comisiones Americanas de Seguridad Social

Actuaría y Financiamiento (CAAF)

Elsebir Ducreux

Caja del Seguro Social, Panamá

Adultos Mayores (CADAM)

Jorge D´Angelo

Asociación Mutual de los Agentes de los Organismos
para la Tercera Edad, Argentina

Jurídico Social (CAJS)

Benjamín González Roaro

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los
Trabajadores del Estado, México

Médico Social (CAMS)

Onofre Muñoz

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Organización y Sistemas Administrativos (CAOSA)

Rogelio Gómez

Social Security Administration, Estados Unidos de América

Prevención de Riesgos en el Trabajo (CAPRT)

Victor Hugo Borja Aburto (P.I.)

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Coordinadores de las Subregiones

I. Andina

Néstor Ricardo Rodríguez

Caja de Compensación Familiar COMPENSAR, Colombia

II. Centroamericana

Richard Zablah

Instituto Hondureño de Seguro Social, Honduras

III. Cono Sur

Miguel Ángel Fernández

Administración Nacional de la Seguridad Social, Argentina

IV. Norteamérica y el Caribe Anglo

Reginald Thomas

National Insurance Scheme, San Vicente y Granadinas

V. México y el Caribe Latino

Jesús Martín Rojas Sánchez

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, México

Junta Directiva del Centro Interamericano de Estudios sobre Seguridad Social (CIESS)

Presidente

Santiago Levy

Sergio T. Massa

Administración Nacional de la Seguridad Social, Argentina

Fernando Peña

Instituto Nacional de Seguros de Salud, Bolivia

Patricio Merino

Caja de Compensación de los Andes, Chile

Jorge Mariano Pinto

Instituto Salvadoreño del Seguro Social, El Salvador

Richard Zablah

Instituto Hondureño de Seguridad Social, Honduras

Sephlin Lawrence

Social Security Board, San Cristóbal y Nevis

Índice

Página

Presentación xv

I. Un Período de Reforma Económica 1

I.1 Introducción 3

I.2 El Movimiento de Reforma Económica y el Seguro Social 7

II. Seguridad Social, Trabajo y Población 17

II.1 Introducción 17

II.2 El "Boom" Laboral 18

II.2.1 Crecimiento Poblacional 18

II.2.2 Envejecimiento Poblacional 21

II.2.3 Cambio en la Fuerza Laboral 26

II.3 Migración: Nacional e Internacional 30

II.3.1 Tendencias Migratorias 30

II.3.2 Efectos de la Migración en el Mercado Laboral 33

II.4. Conclusiones 37

III. La Informalidad en el Mercado Laboral y la Seguridad Social 39

III.1 El Enfoque Cambiante de la Economía Informal 41

III.2 Los Principales Enfoques Económicos de las Causas de la Informalidad 44

III.2.1 El Enfoque de Mercados Laborales Duales 44

III.2.2 Nuevos Desarrollos 46

III.3 El Efecto de las Instituciones y la Liberalización en los Resultados del Mercado Laboral 60

III.3.1 Las Instituciones del Mercado Laboral y la Informalidad 60

III.3.2 Liberalización Comercial, Privatización y la Informalidad 70

III.4 Conclusiones 72

IV. El Entorno de la Informalidad: Impuestos, Regulación y Modernización Administrativa 77

IV.1 Introducción 79

IV.2 Niveles de Impuestos 81

IV.3 Incentivos Fiscales para el Ahorro 91

IV.3.1 Pensiones 92

IV.3.2 Salud 93

IV.4 Regulación General 98

IV.5 Administración de la Seguridad Social en un Mercado Laboral Dinámico 104

V. Coexistencia de Regímenes de Pensiones 109

V.1 Introducción 111

V.2 Los Modelos Históricos 112

V.3 Procesos Recientes de Consolidación 114

V.3.1 Sistemas Reformados 114

V.3.2 Sistemas Públicos 115

V.3.3 Alcance de las Reformas en la Homologación del Trato en Contribuciones y Beneficios 116

V.3.4 Trato en Contribuciones y Beneficios en Sistemas No Reformados 118

V.4 Casos de Países 119

V.4.1 Chile 120

V.4.2 Costa Rica 123

V.4.3 Argentina 124

V.4.4 República Dominicana 126

V.4.5 El Salvador 128

V.4.6 Paraguay 129

V.4.7 Colombia 130
V.4.8 Brasil 132
V.4.9 México 133
V.5 Problemas Generales y Soluciones 135

VI. Portabilidad del Seguro de Salud, Oferta Laboral y Movilidad del Trabajo 141
VI.1 Introducción 143
VI.2 Seguro de Salud y Mercado Laboral en Estados Unidos 146
VI.2.1 Introducción y Motivación 146
VI.2.2 Instituciones del Seguro de Salud en Estados Unidos 147
VI.2.3 Evidencia Empírica del Seguro de Salud y los Resultados en el Mercado Laboral 149
VI.2.4 Conclusión de la Interacción entre el Seguro de Salud y los Mercados Laborales 157
VI.3. América Latina 157
VI.3.1 Evolución en las Últimas Dos Décadas 157
VI.3.2 Fragmentación y Alternativas para Aumentar la Cobertura del Seguro de Salud 162
VI.3.3 Factores que Han Facilitado o Permitido las Reformas 165

VII. Seguridad Social Dirigida a Tratar el VIH/SIDA en los Países de América. Financiamiento de Enfermedades de Alto Costo y Tratamiento 169
VII.1 Introducción 171
VII.2 Perfil Epidemiológico 172
VII.3 El Impacto Económico del VIH/SIDA 174
VII.4 Cobertura del Sector Salud 176
VII.5 Gasto en VIH/SIDA 177
VII.5.1 Gasto de Seguridad Social en VIH/SIDA 178
VII.5.2 Gasto Federal Estadounidense en VIH/SIDA 180
VII.5.3 Gasto de Donantes 181
VII.6 La Terapia Antirretroviral (ARV) en el Continente Americano y el Papel de los Sistemas de Seguridad Social 181
VII.6.1 Acceso a Terapia ARV 181
VII.6.2 Costo de Terapia ARV 185
VII.6.3 Efectos de la Terapia ARV y Prevención 188
VII.7 La Experiencia en Algunos Países 189
VII.7.1 Brasil 189
VII.7.2 Haití 190
VII.7.3 Caribe-Anglo 190
VII.7.4 Poblaciones Específicas 191
VII.8 Conclusiones 191

VIII. Resumen 195
VIII.1 Un Período de Reforma Económica 197
VIII.2 Seguridad Social, Trabajo y Población 199
VIII.3 La Informalidad en el Mercado Laboral y la Seguridad Social 200
VIII.4 El Entorno de la Informalidad: Impuestos, Regulación y Modernización Administrativa 202
VIII.5 Coexistencia de Regímenes de Pensiones 204
VIII.6 Portabilidad del Seguro de Salud, Oferta Laboral y Movilidad del Trabajo 206
VIII.7 Seguridad Social Dirigida a Tratar el VIH/SIDA en los Países de América. Financiamiento de Enfermedades de Alto Costo y Tratamiento 208

Referencias Bibliográficas 215

Cuadros

II.1 Clasificación de Países de Acuerdo con la Magnitud del Crecimiento Anual en Población 18
II.2 Clasificación de Países con Población de Mayor Edad 22
II.3 Tasas de Participación de la Fuerza Laboral por Década en América, 1950-2025 27
II.4 Países con Mayores Flujos Netos de Migración, 2002 31
II.5 Trabajadores Temporales en Canadá, 2002-2003 32
II.6 Trabajadores Temporales por Categorías en Estados Unidos, 1992-2000 33
III.1 Índice de Regulación Laboral 62
III.2 Posibles Efectos de la Privatización sobre el Empleo 72
IV.1 Ingresos Totales y Estructura Tributaria del Gobierno Central, 2001 y 2002 83
IV.2 Tasas del Impuesto al Valor Agregado, 2003 83
IV.3 Tasas de Impuesto al Ingreso de las Personas, 1985-2003 88
IV.4 Tasas del Impuesto al Ingreso de las Personas y Contribuciones de Seguridad Social en 2003 90
IV.5 Tratamiento Fiscal a Planes de Pensiones Individuales en Países Desarrollados 94
IV.6 Tratamiento Fiscal a Planes de Pensiones Individuales en Países en Vías de Desarrollo 95
IV.7 Regulaciones Fiscales para Gastos de Salud Realizados por Individuos 97
IV.8 Economía Informal en Países en Vías de Desarrollo 100
V.1 Unidad y Multiplicidad en los Países con Reforma Estructural, 2003-2004 114
V.2 Unidad y Multiplicidad en los Sistemas Públicos, 2003-2004 116
V.3 Condiciones de Acceso para la Pensión por Vejez, Después de la Reforma, 2004 117
V.4 Condiciones de Acceso a la Pensión por Vejez en el Sistema General, 2004 118
VII.1 Número de Niños y Adultos con VIH/SIDA en Norte América y América Latina 173
VII.2 Número Estimado de las Personas que Viven con VIH/SIDA en el Caribe-Anglo, 2003 174
VII.3 Resumen del Gasto en VIH/SIDA por País y Fuente, 2000 179
VII.4 Gasto de los Sistemas de Seguridad Social en VIH/SIDA, 1999-2000 180
VII.5 Demanda Antirretroviral (ARV) en América Latina por Subsectores, 2002-2003 182
VII.6 Pacientes que Están Siendo Tratados con Antirretrovirales como Porcentaje de la Demanda, América Central, 2003 183
VII.7 Adultos de 14 a 49 Años Infectados con VIH Avanzado Recibiendo Terapia ARV en el Caribe-Anglo, Junio 2004 183
VII.8 Precio Promedio por Persona por Año para el Régimen del Tratamiento de Primera Línea, 2004 185

Gráficas

I.1 Liberalización de Tarifas en América Latina, 1985-2000 9
I.2 Reducción de Tarifas en América Latina, 1986 y 1999 9
I.3 Tasa del Impuesto al Valor Agregado en América Latina y el Caribe, 1985 y 1999 11
I.4 Productividad del IVA en los Países de América Latina y el Caribe, 1999 12
I.5 Contribuciones de Empleados y Empleadores a la Seguridad Social, 1985 y 1999 12
I.6 Costo Esperado de Despedir a un Trabajador, 1999 14
II.1 Contribución de los Países al Crecimiento de la Población Mundial, 2002 y 2050 19
II.2 Tiempo para Alcanzar un Aumento de 150 Millones de Personas en la Población de América, 1800-2050 19
II.3 Tasas de Fertilidad en América 20
II.4 Expectativa de Vida al Nacer por País y Regiones Seleccionadas, 2002 y 2050 21
II.5 Población por Región y País, 1950-2050 22

II.6 Estructura de la Población por Edades en América, 1975, 2000, 2025 y 2050 23
II.7 Vía para el Retiro de Hombres en Alemania, 1960-2000 26
II.8 Evolución de la Participación Durante los Noventa, Mujeres y Hombres de 15 a 64 Años de Edad 28
II.9 Tasa de Participación de la Fuerza Laboral por Género y Región, 1960-2002 28
II.10 Tasas de Participación de la Fuerza Laboral Femenina por Región 29
II.11 Trabajadores Temporales en Estados Unidos, 2002 33
II.12 Países de América con Mayor Número de Emigrantes, 1990 35
II.13 Países de América con Mayor Número de Inmigrantes, 1990 36
III.1 América Latina: Cambios en la Composición de los Trabajadores Informales por Posición de Empleo, 1980-1998 48
III.2 Auto-empleo por Género y Grupo Edad en México, 1984-1998 49
III.3 Razón del Salario Mínimo al Salario Promedio 53
III.4 Costo de la Seguridad del Empleo, 1988 y 1999 64
III.5 Tasas de Sindicalismo en los Ochenta y Noventa 65
III.6 Número de Sistemas de Seguro de Desempleo por Región 66
III.7 Salario Mínimo/Salario Promedio en países de la OCDE y en América Latina y el Caribe 69
III.8 Composición de Nuevos Empleos Asalariados en Actividades Terciarias por Nivel Educativo y por Rama de Actividad en Ocho Países de ALC, 1990s 71
IV.1 Ingresos Totales del Gobierno Central e Ingresos por Impuestos en Relación con el PIB, 2001 y 2002 82
IV.2 Tasas Máximas del Impuesto al Ingreso de las Personas y de las Empresas, 1986-2004 . 84
IV.3 Tasas Máximas del Impuesto al Ingreso de las Personas en Algunos Países de América, 1986-2003 85
IV.4 Tasas Máximas del Impuesto al Ingreso de las Empresas en Algunos Países de América, 1986-2004 86
IV.5 Ingreso Requerido para Estar Exento o Pagar la Tasa Máxima de Impuesto al Ingreso de las Personas 87
IV.6 Contribuciones a la Seguridad Social en Algunos Países de América 89
VI.1 Gasto en Salud y PIB Per Capita, 2001 165
VI.2 Participación del Gasto Público en el Gasto Total en Salud y Nivel de Ingreso, 2001 166
VI.3 Gasto de Bolsillo en Salud como Porcentaje del Gasto Total en Salud y PIB Per Capita, 2001 166
VII.1 Concesiones de Pagos por Invalidez por Enfermedades Infecciosas y Parasitarias para Personas de 50 Años o Menores. Estados Unidos, 1975-2002 175
VII.2 Gasto Total en Salud como Porcentaje del PIB y Per Capita, 1998 177
VII.3 Gasto Nacional en VIH/SIDA como Porcentaje del Gasto en Salud y Per Capita, 2000 178
VII.4 Costos de Seguridad Social en VIH/SIDA como Porcentaje del Gasto Nacional en VIH/SIDA y Per Capita, 2000 178
VII.5 Gasto Federal en VIH/SIDA por Categorías en Estados Unidos, 1999-2002 180
VII.6 Mortandad en Personas con SIDA y Casos de SIDA en Estados Unidos, 1981-2001 188
VII.7 Casos de SIDA, Casos de VIH y Muertes en Personas con SIDA en Estados Unidos 188

Recuadros

II.1 Las Políticas de Migración 36
III.1 Tendencias de Desempleo en las Regiones del Continente Americano 55
III.2 Tendencia de los Salarios en América Latina 58
III.3 Regulación del Mercado Laboral: ¿La Prohibición del Trabajo Infantil? 60
III.4 Regulaciones Laborales y Salario Mínimo en el Caribe Anglo 68
IV.1 ¿Cómo Deben Representarse las Pensiones de Reparto en las Cuentas Públicas? 96

IV.2 Opciones para el Financiamiento del Cuidado para la Salud 99
V.1 Coexistencia de Regímenes de Seguridad Social en América 119
V.2 Contribuciones al Sistema de Pensiones 129
V.3 Portabilidad de Pensiones en Europa: el Caso de Francia 137
VI.1 El Sistema de Salud en Canadá 145
VI.2 El Sistema de Salud en Chile 159
VI.3 El Sistema de Salud en Argentina 164

Acrónonimos y Abreviaturas

AAI	Iniciativa de Aceleramiento del Acceso (Accelerating Access Initiative)
ADAP	Programas de Asistencia de Drogas de SIDA (AIDS Drug Assistance Programs)
AFJP	Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (Argentina)
AFP	Administradoras de Fondos de Pensiones (República Dominicana)
AFP	Administradoras de Fondos Privados (Chile)
AGIRC	Association Genérale des Institutuion de Retraite des Cadres
AL	América Latina
ALC	América Latina y el Caribe
ANSES	Administración Nacional de Seguridad Social (Argentina)
ARRCO	Association des Régimes de Retraite Complémentaire
ARS	Administradoras de Riesgos de Salud (República Dominicana)
ARV	Drogas Antirretrovirales (Antiretroviral Drugs)
AZT	Zidovudine
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CAPREDENA	Caja de Previsión de la Defensa Nacional (Chile)
CAREC	Centro Epidemiológico del Caribe (Caribbean Epidemological Center)
CARICOM	Secretaría de la Comunidad Caribeña
CBSS	Convenio Bilateral de Seguridad Social
CCAF	Cajas de Compensación de Asignación Familiar
CCSS	Caja Costarricense de Seguridad Social
CDC	Centros para el Control de las Enfermedades (Centers for Disease Control)
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA en México
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIC	Cuenta Individual de Cesantía (Chile)
CIEDESS	Corporación de Investigación y Desarrollo de la Seguridad Social en Colombia
CISS	Conferencia Interamericana de Seguridad Social
CNSS	Consejo Nacional de Seguridad Social (República Dominicana)
COBRA	Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (EUA)
CONASIDA	Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA en México
CSS	Caja de Seguridad Social (Panamá)
DIDA	Dirección de Información y Defensa de los Asegurados (República Dominicana)
DIPRECA	División de Previsión de Carabineros de Chile
DOT	Terapia Directamente Observada (Directly Observed Therapy)
EUA	Estados Unidos de América
FCS	Fondo de Cesantía Solidario (Chile)
FMI	Fondo Monetario Internacional
FONASA	Fondo Nacional de Salud (Chile)
FONSIDA	Fondo Nacional para las Personas que Viven con VIH/SIDA
GATS	Acuerdo General sobre Comercio en Servicios
HAART	Terapia de Antirretrovirales Activos Altos (Highly Active Anti-Retroviral Therapy)
HCSUS	Estudio de Costos y Utilización de Servicios (HIV Cost and Services Utilization Study)
HIPAA	Health Insurance Portability and Accountability Act (EUA)
IDSS	Instituto Dominicano de Seguros Sociales
IDU	Usuarios de Drogas Infectados (Injected Drug Users)
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social

IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INAVI	Instituto Nacional de Viviendas (República Dominicana)
INP	Instituto de Normalización Previsional (Chile)
INPEP	Instituto Nacional de Pensiones de Empleados Públicos (El Salvador)
INSS	Instituto del Seguro Social (Brasil)
IPS	Instituto de Previsión Social (Paraguay)
IRPA	Ley de Protección de Inmigración y Refugiados (Immigration and Refugee Protection Act)
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional (Chile)
ISSFAM	Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México
ISSFFAA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (República Dominicana)
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (República Dominicana)
ISSS	Instituto Salvadoreño de Seguridad Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (México)
IVA	Impuesto al Valor Agregado
IVM	Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (Costa Rica)
IVS	Invalidez, Vejez y Supervivencia (Paraguay)
IVSS	Instituto Venezolano de los Seguros Sociales
KFF	Fundación Kaiser (Kaiser Foundation Family)
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
MTSS	Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (Argentina)
MTSS	Ministerio del Trabajo y Seguridad Social (Cuba)
NAFTA	Tratado de Libre Comercio de América del Norte
NHA	Cuentas Nacionales de Salud (National Health Accounts)
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OS	Obras Sociales (Argentina)
PAMI	Programa de Asistencia Médica Integral (Argentina)
PANCAP	Sociedad Panamericana contra VIH/SIDA (Pan Caribbean Partnership against HIV/AIDS)
PASIS	Pensiones Asistenciales (Chile)
PEA	Población Económicamente Activa
PIB	Producto Interno Bruto
PLHA	Personas que Viven con VIH/SIDA (People Living with HIV/AIDS)
PNB	Producto Nacional Bruto
PSS	Proveedoras de Servicios de Salud (República Dominicana)
RGPS	Régimen General de Previsión Social (Brasil)
RPPS	Regímenes Propios del Seguro Social (Brasil)
SAFJP	Superintendencia de AFJP (Argentina)
SAP	Sistema de Ahorro para Pensiones (El Salvador)
SAWP	Programa de Trabajadores Temporales de la Agricultura (Seasonal Agricultural Worker Program)
SDSS	Sistema Dominicano de Seguridad Social
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
SIDALAC	Regional AIDS Initiative for Latin America and the Caribbean
SISP	Superintendencia de ISAPRE (Chile)
SPP	Sistema Público de Pensiones (El Salvador)
SSA	Secretaría de Salud de México
SSI	Supplemental Security Income (EUA)

SSSP	Sistema de Seguridad Social de Paraguay
STI	Infecciones de Transmisión Sexual (Sexually Transmitted Infection)
SUF	Subsidios Únicos Familiares (Chile)
TLCAN	Tratado de Libre Comercio de América del Norte (NAFTA)
UNAIDS	Programa de las Naciones Unidas contra el SIDA (United Nations Program on HIV/AIDS)
UNCTAD	Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Comercio y el Desarrollo
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas (United Nations Population Fund)
UNGASS	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (United Nations General Assembly Special Session on HIV/AID)
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations Children's Fund)
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (United States Agency for International Development)
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WHR	Reportes de Salud (World Health Reports CCSS)

Equipo de trabajo

El Informe sobre la Seguridad Social en América 2005, "Mercados de Trabajo y la Fragmentación de la Seguridad Social con un Informe sobre el Financiamiento para VIH-SIDA por los Seguros Sociales", fue dirigido por Gabriel Martínez, Secretario General de la CISS, coordinado por Martha Miranda Muñoz, investigadora del CIESS, y editado por ambos. En vista de que el Reporte es publicado usualmente hacia el final del año (Noviembre en este caso), el Comité Permanente de la CISS acordó referir el título a 2005, saltando 2004 en la secuencia de Reportes.

El Capítulo I fue elaborado por Gabriel Martínez y Martha Miranda. El Capítulo II, por María Luisa Galicia Luna, Gabriel Martínez y Martha Miranda. El Capítulo III, por Nora Garro, Gabriel Martínez y Martha Miranda. El Capítulo IV, por Gabriel Martínez y Adriana Valle Muciño. Algunas secciones de estos Capítulos hacen referencia a artículos comisionados para este Informe a José Pagán y Eduardo Rodríguez-Oreggia (Centroamérica), Fabio Bertranou, María Gabriela Loyo y Mario Velásquez (Cono Sur) y Karl Theodore, Ewan Scott y Althea Lafourcade (Caribe Anglo). El material utilizado en el Capítulo V fue obtenido gracias a la coordinación de Antonio Ruezga. Este Capítulo contiene las contribuciones de Carmelo Mesa Lago (coexistencia de sistemas e instituciones múltiples), Hugo Cifuentes Lilo (Chile), Oscar Luis Santos Basso (Costa Rica), Jorge Isaac D'Angelo y Alfredo Jorge Gamietea (Argentina), Arismendi Díaz Santana de la Gerencia General del Consejo Nacional de Seguridad Social (República Dominicana), Fabio Bertranou, María Gabriela Loyo y Mario Velásquez (Paraguay), Juan Carlos Cortés (Colombia) y Joao Donadon y Zanita De Marco (Brasil). El Capítulo VI contiene artículos escritos para este informe por Brigitte Madrian (Estados Unidos) y por Eduardo González-Pier y Mariana Barraza (Latinoamérica). El Capítulo VII se elaboró a partir de artículos escritos por Kely Rely (América Latina, Estados Unidos y Canadá) y Karl Theodore, Ewan Scott y Althea Lafourcade (Caribe-Anglo).

Este informe se benefició de los valiosos comentarios y sugerencias de Nelly Aguilera, Liliana Charles, Blanca Conesa, Elsebir Ducreux, Nora Garro, David Kaplan, Luis José Martínez Villalba y Joyce Sadka. Se agradece el apoyo de Jacqueline Arzoz.

El proceso editorial estuvo a cargo de María Luisa Galicia Luna, Lucero Durán Rodríguez y Tobias Camba. Para la elaboración de este informe se contó con la excelente asistencia de investigación de Gabriela Calderón, Silke Fontanot, Lilia Cortez Martínez, Gabriela García Salazar, Jorge Huerta Muñoz, Mónica Morales Campos y Mishelle Seguí. La elaboración de la sección bibliográfica estuvo a cargo de Susana Martínez Marín.

Presentación

Los programas de seguridad social se han convertido en un foco de interés principal en los debates sobre política económica y social a lo largo del Continente Americano. Desde diferentes perspectivas, la cantidad y calidad de la investigación sobre el funcionamiento y desempeño de la seguridad social se han incrementado desde los noventa. Hoy en día se sabe cada vez más acerca de la forma en la que está funcionando la seguridad social; sin embargo, este conocimiento no siempre es igual entre los diferentes programas de aseguramiento social y tampoco es tan profundo como sería deseable para fines de política. La declaración de Beijing en 2004 de los miembros de la Asociación Internacional de Seguridad Social pone de manifiesto que "la discusión pública está dominada por el costo de la seguridad social mientras que los beneficios económicos y sociales de la seguridad social en un mundo globalizado han sido ignorados en su mayoría". De ese modo, es útil analizar a la seguridad social con una perspectiva integral, considerando las diferentes circunstancias y políticas públicas que interactúan con ella, y manteniendo a las metas originales del sistema como el principal estándar de evaluación.

El Informe sobre la Seguridad Social en América es preparado por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) con el fin de discutir temas de interés común para la ciudadanía en general del Continente. El análisis en este Informe puede ser útil para los gobiernos, autoridades e instituciones de seguridad social (Superintendencias, Comisiones Reguladoras, Instituciones Nacionales y Estatales de Seguridad Social que administran programas de pensiones, salud, guarderías y otros, Fondos de Pensión y otras instituciones públicas), agentes privados y asociaciones público-privadas operando o financiando parte de los programas de seguridad social (administradoras de fondos, organizaciones administradoras de salud, cajas de compensación familiar, centros de cuidado infantil, aseguradoras, gobiernos locales), e investigadores sociales. Para el público en general esta publicación provee información actualizada sobre el que quizá es uno de los programas de beneficio social más altamente valorados por los ciudadanos en las sociedades modernas.

Los temas de este Informe 2005, que fueron aprobados por el Comité Permanente Interamericano sobre Seguridad Social durante su Reunión XLVII en Saint Michel, Barbados, son: la relación entre el mercado de trabajo y la seguridad social, los problemas que surgen de la segmentación de los regímenes de seguridad social y el financiamiento a los tratamientos de VIH/SIDA por la seguridad social. Para la preparación de este Informe, la CISS comisionó estudios con expertos a lo largo del continente y desarrolló investigación interna con el equipo de trabajo de la CISS.

Durante los últimos veinte años se han visto importantes cambios para la seguridad social en el Continente. Sin embargo, también es cierto que la agenda de temas pendientes es todavía considerable. La falta de aseguramiento para pensiones de incapacidad y de vejez así como en salud es una preocupación importante de política para la mayoría de los países de América. El aseguramiento social está estrechamente relacionado con el estado del empleo de los individuos y en su mayoría muchos individuos no cuentan con un empleo que les proporcione en forma conjunta seguro de salud, ahorros para el retiro o beneficios de guarderías, por lo que se dan problemas de riesgo para familias y de productividad para la economía en general.

Sobre el tema de segmentación de los sistemas de seguridad social, las reformas que se llevaron a cabo en los ochenta y noventa han logrado un grado de avance favorable y algunos países han alcanzado soluciones de largo plazo; sin embargo, en otros casos las reformas han sido incompletas. Por esta razón, los trabajadores enfrentan una condición desventajosa cuando necesitan cambiar de trabajo, debido a la falta de portabilidad de beneficios.

Sobre el tema del papel del financiamiento de los tratamientos de VIH/SIDA por la seguridad social se puede decir que los últimos años son prometedores ya que se ha mejorado la cobertura y la tecnología está comenzando a permitir tratamientos más efectivos para combatir la enfermedad. Sin embargo, también se informa que en algunos países existen grandes brechas en cuanto a cobertura y que la mayor eficiencia de los medicamentos está paradójicamente debilitando el comportamiento preventivo de la población enferma y de la población en riesgo. Las mejores perspectivas para el tratamiento significarán una presión creciente sobre las finanzas de los fondos de la seguridad social.

Una meta de la CISS con este Informe 2005 es promover el conocimiento de los temas entre la comunidad de la seguridad social incluyendo en ésta a los gobiernos, organismos, grupos sociales, empleadores, usuarios y cualquiera interesado en la mejora de la protección social en una sociedad contemporánea.

Gabriel Martínez

Secretario General de la CISS

CAPÍTULO I
UN PERÍODO DE REFORMA ECONÓMICA

CAPÍTULO I
UN PERÍODO DE REFORMA ECONÓMICA

I.1 Introducción

La primera parte del Informe sobre la Seguridad Social en el Continente Americano 2005 se centra en las relaciones que existen entre el mercado laboral, la cobertura de la seguridad social y la segmentación de regímenes para la protección social. El análisis de estos temas requiere la revisión de políticas económicas generales—que afectan el desempeño de los mercados laborales y del seguro social—y de los últimos desarrollos en investigación para entender el funcionamiento de los mercados laborales y las regulaciones en el Continente Americano. La segunda parte tratará el tema de financiamiento de la seguridad social para tratamientos de VIH/SIDA.

Es útil señalar que los problemas de aseguramiento de poblaciones rurales y grupos rurales y urbanos en condiciones de pobreza no son discutidos aquí. Mientras que estos temas son de primera importancia, no están directamente asociados con los problemas de fragmentación del sistema de seguridad social o con los temas de las fallas del mercado laboral del que se ocupan estas páginas. Ciertamente, lograr asegurar a estos grupos es una prioridad para la agenda histórica de las instituciones de seguridad social, y la Conferencia Interamericana de Seguridad Social está comprometida en su investigación. Sin embargo, este Informe se enfocará principalmente en los grandes grupos urbanos que generalmente no se encuentran en condiciones de pobreza extrema y que se pueden clasificar como de clase media o baja, pero que siguen permaneciendo al margen del seguro social.

El último cuarto de siglo ha sido caracterizado por ser un periodo de reformas económicas en el Continente. El mercado laboral es el mercado más grande en cualquier país, y el sistema de seguridad social es la institución más grande en el mercado laboral en la mayoría de los países del Continente Americano. Es natural entonces comenzar este Informe con un breve resumen de las principales reformas económicas que han ocurrido a nivel continental, y éste es el principal objetivo del Capítulo I. Aunque existe una gran discusión de la estructura óptima de los programas de seguridad social, siempre será cierto que los beneficios financiados en un cierto año han provenido del valor de la producción nacional. Las acciones de reforma económica tienen un efecto directo en la capacidad del sistema de seguridad social para cumplir sus obligaciones en dos principales rubros: primero, a través de su impacto en el ambiente económico general, en la productividad y en los salarios; segundo, algunas acciones de reforma relacionan directamente la forma en que el sistema de seguridad social recauda los impuestos, afilia a los trabajadores y paga o financia los beneficios.

La definición más básica de seguridad social se refiere a un programa (o un conjunto de programas)

financiado con contribuciones obligatorias (en proporciones que varían entre países y programas, tripartitas pero predominantemente pagadas por los trabajadores y los empleadores), que garantizan un nivel de ingresos a los individuos o a las familias en los eventos de retiro, incapacidad o muerte, y que les proveen un seguro o subsidios para los gastos en salud, cuidado infantil y otros beneficios (como las asignaciones familiares o el seguro de desempleo).[1] En décadas recientes, los programas de seguridad social han requerido en muchos casos transferencias gubernamentales crecientes para enfrentar sus obligaciones y cubrir déficits financieros, tanto en áreas de pensiones como de salud, un movimiento que es reflejado en el crecimiento de programas no contributivos y reformas sustanciales para financiar las estructuras.[2] Pero la seguridad social también se ha convertido en un factor para la transformación de las sociedades. Actualmente, a través del Continente, los investigadores y los encargados de las políticas públicas no ven a la seguridad social como un programa pasivo, sino que han llegado a pensar que es un elemento básico para definir los incentivos para el trabajo y el ahorro de las familias, para el desarrollo del sistema financiero y definitivamente para proveer a las familias con una herramienta para lograr una visión de estabilidad contra eventos inciertos que están fuera de su control. Después de dos décadas de reforma económica, uno de los puntos de vista más comunes dentro y entre países es que el sistema de seguridad social se tiene que fortalecer si el ambiente económico de globalización ha de ser sostenible.

Para comentar el entorno del mercado laboral en el cual los programas de seguridad social operan, el Capítulo II resume las grandes tendencias en el crecimiento de la fuerza laboral en el Continente. Un mensaje importante es que a pesar del descenso en las tasas de fertilidad en el último cuarto de siglo, el Continente Americano aún tendrá por lo menos medio siglo de crecimiento considerable de la fuerza laboral. Los países se tendrán que enfrentar al reto de proveer empleo a estas grandes oleadas de jóvenes para mejorar sus salarios y proporcionarles una red de seguridad que con una alta probabilidad tendrá al sistema de seguridad social como su fundamento mayor. El mayor crecimiento experimentado en la fuerza laboral desde los años ochenta puede ser por sí misma parte de una explicación en la incapacidad de las economías nacionales para asegurar a todos o a un mayor número de miembros de los nuevos grupos de trabajadores.

Este Capítulo también describe los grandes flujos migratorios que ocurrieron en el Continente durante las dos últimas décadas, y postula la posibilidad de que estos flujos continúen debido a las grandes diferencias en fertilidad y mortandad entre los países. Para el primer tema designado en este Informe, una pregunta inicial es la siguiente: ¿cuál es la relación entre seguridad social e informalidad en el mercado laboral? El Capítulo III describe los argumentos que tratan este tema, y se muestra evidencia. Una consideración importante es que cuando las contribuciones a la seguridad social no

[1] Este enfoque concuerda con las definiciones académicas dadas por Lucas (1987): "...con información privada, los acuerdos determinados competitivamente estarán lejos de lograr una mezcla completa del riesgo. Esta clase de modelos también originan la cuestión del seguro social: acuerdos para compartir riesgos que no son actuarialmente sólidos, y por lo tanto requieren de apoyo de la tributación obligatoria..."; y Barr (2001): "Las instituciones de seguro social son modeladas en instituciones privadas. Los beneficios están condicionados en un registro de contribuciones y en la ocurrencia de un evento específico, frecuentemente relacionado con el estado de empleo, ya que uno de sus mayores propósitos es reemplazar los salarios perdidos".

[2] El término de seguridad social es convencionalmente utilizado para incluir un grupo diferente de programas en diversos países. En tanto que para algunos países (como Estados Unidos) el término de seguridad social se refiere principalmente a programas de pensiones, para otros países (la mayoría en Europa y el Continente Americano) los programas de pensiones son sólo algunos de los diferentes programas incluidos en la seguridad social. Por lo tanto, no todos los países identifican a los programas de salud y cuidado infantil como parte de la seguridad social. No obstante, para el propósito de este Informe, es necesario abstraerse de las prácticas nacionales, y definir como seguridad social el extenso grupo de programas. Por ejemplo, el programa Medicare para financiar el cuidado de salud para los adultos mayores en Estados Unidos es considerado un programa de seguridad social, aunque el programa es administrado por una agencia diferente de la Administración de Seguridad Social (principalmente, la Administración Financiera de Cuidado de Salud -Health Care Finance Administration-).

son obligatorias ni se exige adecuadamente su cumplimiento, los trabajadores y los auto-empleados escogen si desean pagarlas o no. Esto resulta en una cobertura baja de seguridad social. Como un hecho empírico, los trabajadores que no están cubiertos obligatoriamente se afilian voluntariamente a tasas muy bajas en la mayoría de los países. Esto explica por qué es práctica común definir el mercado laboral informal como aquél que no tiene acceso al seguro social. Si los trabajadores perciben las contribuciones de la seguridad social como otro impuesto sobre la nómina en vez de considerarlo un servicio de seguro, se espera que la oferta laboral y las decisiones de ahorro se vean afectadas por el sistema de seguridad social.

Una cobertura baja de seguridad social no sólo se debe a una baja conformidad en obligaciones tributarias y otros estatutos regulatorios, y puede ser de preocupación incluso en países en donde la evasión fiscal no es un gran asunto de política, como en los Estados Unidos.[3] Igualmente, cuando las familias no aseguradas tienen opciones competitivas de servicio a un bajo costo (incluyendo otros programas públicos no contributivos), las ventajas de participar en un esquema de seguro disminuyen. Cuando los trabajadores y los empleadores se pueden salir sin hacer ninguna contribución y aún así seguir recibiendo los beneficios de los programas públicos, esto resulta en un difícil problema de incentivos, y el problema de informalidad tiende a acentuarse.

Una baja credibilidad en las instituciones de seguridad social también se relaciona a la informalidad del mercado laboral. En algunos países de América Latina y el Caribe (ALC), por ejemplo, esto puede ser el resultado de beneficios de pensiones decrecientes como una consecuencia de la inestabilidad macroeconómica, un evento que fue muy común en los años setenta y ochenta y que aún está presente en años más recientes. Si en el pasado las pensiones han resultado ser significativamente menores que las esperadas, y los servicios de salud se han otorgado con incertidumbre, los trabajadores no asegurados pueden no estar tan fácilmente convencidos de la conveniencia de contribuir a los fondos de la seguridad social.

Las estructuras impositivas y regulatorias son ambas determinantes del comportamiento del mercado laboral y son constantemente modificadas por los gobiernos para lograr mejores resultados. El Capitulo IV muestra que desde los años ochenta, el Continente Americano ha tenido un cambio muy significativo en sus estructuras fiscales, reduciendo el impuesto al ingreso de los individuos y de las corporaciones y ampliando el alcance de otras fuentes de recaudación, especialmente el impuesto al valor agregado. Este cambio fue motivado por la búsqueda de mejores incentivos para la participación de la fuerza laboral y las actividades empresariales. El Capítulo también reporta la amplia discusión que se ha venido desarrollando alrededor del impacto de la regulación de la actividad económica en los incentivos para ahorrar y para trabajar en la economía formal, y la necesidad de mejorar la gobernabilidad y la administración de las instituciones de la seguridad social para hacer los servicios y los beneficios más atractivos para el auto-empleado y los micro-empresarios. Parece que aumentar la cobertura de la seguridad social hacia la economía informal requiere atención en una variedad de políticas, muchas de ellas fuera del alcance de las agencias especializadas.

El segundo gran tema que motiva este Informe es la coexistencia de diversos esquemas o instituciones de seguridad social en un sistema nacional de seguridad social, cada uno con sus propias reglas de elegibilidad, contribuciones y beneficios, brindando seguro contra los mismos riesgos. Esta coexistencia a menudo trae como consecuencia la falta de derechos de portabilidad

[3] Véase Madrian (1998) y Gruber y Madrian (1995).

entre diferentes programas y las familias pueden perder los beneficios si cambian de trabajo. La falta de portabilidad es una falla institucional, la cual también afecta los resultados del mercado laboral porque, como se verá posteriormente, los trabajadores se preocupan por su seguro de salud para ellos y por el de sus familias cuando escogen un trabajo o cuando deciden cambiar de trabajo, y también les preocupan sus derechos de pensiones y el seguro de salud en la vejez cuando deciden retirarse de la fuerza laboral. Este tema se estudia en los Capítulos V (pensiones) y VI (salud).

El desempleo, así como el empleo en actividades de bajos ingresos y alta rotación laboral han tenido repercusiones en la provisión de seguridad social. La ausencia de contratos laborales estables hace que el costo de la administración de la seguridad social sea muy caro en muchas partes de la región. Los costos administrativos de la seguridad social son particularmente grandes para los auto-empleados, empresas pequeñas y para individuos que viven en áreas rurales. Como la mayoría de las personas no aseguradas tienden a ser pobres, algunos países han implementado programas no contributivos. Por ejemplo Brasil, Argentina y Uruguay tienen programas de pensiones no contributivos, lo cual significa que los adultos mayores reciben un flujo de ingresos aún si no contribuyeron al sistema. Este tipo de programas suplementarios existe en los países ricos del Continente, Canadá y Estados Unidos, cubriendo una proporción relativamente pequeña de los adultos mayores. Para el resto de la región, el crecimiento de los programas de pensiones no contributivas puede significar que una fracción más grande de los adultos mayores estaría cubierta a través de estas vías suplementarias. Una pregunta de política que surge del análisis en varios Capítulos, y que toca resolverla en cada país, se refiere a cuál va a ser la mejor combinación de programas no contributivos y contributivos que se ofrecerán a la población en un futuro. Muchos grandes programas suplementarios combinados con bajos niveles de beneficios para los trabajadores que pagan sus impuestos pueden definir un incentivo muy fuerte para el crecimiento en la economía informal.

En la mayoría de los países de ALC los mercados de trabajo no han sido capaces de crear empleo en la economía formal a una tasa considerada satisfactoria, desde los años noventa en algunos casos y en otros desde 2000. Es necesario, sin embargo, reconocer que para la mayoría de los países de la región, los años noventa permitieron un ambiente favorable para la creación de trabajo. Los países del Tratado de Libre Comercio en América del Norte (TLCAN o NAFTA) experimentaron en general un alto crecimiento del empleo y así sucedió en varios países en el resto del Continente. La década actual no ha sido tan positiva aún, y con ella vino la llamada "recuperación económica sin crecimiento del empleo", porque la economía ha venido creciendo después de la recesión de 2000 a 2001 pero no se han creado trabajos tan rápido como se hubiera esperado de la experiencia histórica. Aún cuando la experiencia del crecimiento económico de los noventa era una mejora general con respecto a los años ochenta en la mayoría del Continente (y ahora se sabe que en Norteamérica la segunda parte de la década incluyó un aumento extraordinariamente grande en la productividad), aún existe un sentimiento de que las economías nacionales pueden no estar verdaderamente en el camino correcto para alcanzar las expectativas de la población. Es muy probable que el crecimiento en el número de trabajos con una adecuada relación con el sistema de seguro social tenga un papel muy importante para generar esta percepción. Esto significa que las sociedades esperan no sólo tener la capacidad para crear nuevos trabajos, sino que estos trabajos estén vinculados a un seguro de salud, incapacidad, vejez y desempleo, al cuidado de niños y otros servicios sociales y beneficios.

El mercado laboral informal se define comúnmente para propósitos de política como el conjunto de trabajos sin una protección social. Para los sistemas de seguro social, el crecimiento de la economía informal es más que un tema importante; es verdaderamente una cuestión definitoria. La

seguridad social tiene un papel fundamental para proveer una red general de seguridad, y en el grado en que los prospectos de largo plazo de beneficios garantizados a toda la población se volvieron débiles, los logros básicos de las agencias de seguridad social se empezaron a cuestionar.

I.2 El Movimiento de Reforma Económica y el Seguro Social

Muchos países en el Continente han experimentado reformas estructurales desde los años ochenta hacia la liberalización del comercio nacional e internacional, la desregulación y la privatización de industrias para facilitar a la nueva inversión y para lograr un ambiente de competencia fuerte. Además, han reformado sus códigos de impuestos con lo cual han disminuido las tasas impositivas del ingreso y se han movido hacia impuestos de valor agregado, ya que éstos parecen ser una forma más eficiente de recaudar pues minimiza los incentivos negativos para trabajar y ahorrar.

Lora (2001) construye una medida de cambio estructural, y encuentra que desde 1985 hasta finales de los noventa, los países de ALC se han movido de un índice de 0.34 a 0.58, y que el periodo más activo de reformas fue de 1989 a 1994. Mientras que un ejercicio de este tipo está sujeto a calificaciones, es útil resumir una serie de cambios políticos complejos. Según el índice de Lora, las reformas fueron más profundas en Bolivia, Jamaica, Perú, Trinidad y Tobago y Argentina, mientras que avances más cortos ocurrieron en Uruguay, México, Venezuela, Ecuador y Costa Rica. La clasificación de países puede ser controversial si se introducen argumentos cualitativos, pero es más importante notar que las reformas fueron relevantes a través del área.

Por sector, los cambios más intensivos de acuerdo al índice de Lora ocurrieron en el comercio, seguidos por reformas financieras, fiscales, de privatización y laborales.[4] Actualmente, en las áreas del mercado de trabajo el índice promedio de las reformas oscila alrededor de cero, y una pregunta natural en relación al tema de este Informe es cuán importante fue esto para los sistemas de seguridad social. Por otro lado, el ambiente para las relaciones laborales ha cambiado debido a que los códigos laborales son un determinante importante pero muy lejos de ser el único. La liberalización del comercio impone competencia a las empresas que rápidamente se refleja en la manera en que demandan servicios laborales, en qué tan rápido despiden y contratan trabajadores, y cambian la estructura de los salarios. Similarmente, la reforma fiscal es un determinante crucial de incentivos para trabajar y ahorrar. En este debate, es útil distinguir entre el efecto de las regulaciones laborales en el crecimiento del empleo del efecto en la importancia relativa de los sectores socialmente asegurados y no asegurados. La evolución del debate en los determinantes de la economía informal sugiere que el mercado laboral informal puede no ser un lugar deficiente en términos de nivel salarial y crecimiento salarial y otras amenidades de los trabajos, excepto por la falta de cobertura de seguro social.

Liberalización del Comercio

En algunas áreas del Continente, los años setenta y principios de los ochenta vieron un repunte del proteccionismo en los tiempos modernos, posiblemente como una combinación de una larga maduración de políticas de sustitución de importaciones, respuestas de corto plazo a las crisis de la balanza de pagos, la recesión mundial y la convulsión bancaria mundial del inicio de esa década. Para finales de la misma, el Continente ya había comenzado a mostrar un cambio sustancial en la política, y el Tratado de Libre Comercio entre Canadá y Estados Unidos, que después se extendió

[4] Lora (2001) combina información en cuatro aspectos del contrato laboral: legislación para contratar (¿se permiten contratos temporales?), costo de despido, flexibilidad de la jornada trabajada (costo de vacaciones, tiempo extra), y costo de contribuciones del seguro social. En el índice de Lora, Jamaica, Trinidad y Tobago, Nicaragua, Colombia, y Brasil tienen los mercados de trabajo más flexibles, mientras que los más rígidos están en Honduras, El Salvador, México, Uruguay y Bolivia.

a México para crear el TLCAN (usualmente conocido como NAFTA), el MERCOSUR en el Cono Sur, y el CARICOM en el Caribe, son parte de un amplio movimiento de integración comercial que aún no ha visto su fin. Actualmente, América Central y la región de los Andes tienen negociaciones con Estados Unidos en el área de comercio, y básicamente todos los países del Continente tienen algún tipo de negociación en comercio, para mejorar los instrumentos existentes y crear nuevos. Aún cuando no existe un tratado de comercio amplio y general en el Continente, los avances bilaterales y multilaterales significan que el flujo de bienes, servicios e inversión es sustancialmente más libre ahora que hace dos décadas.

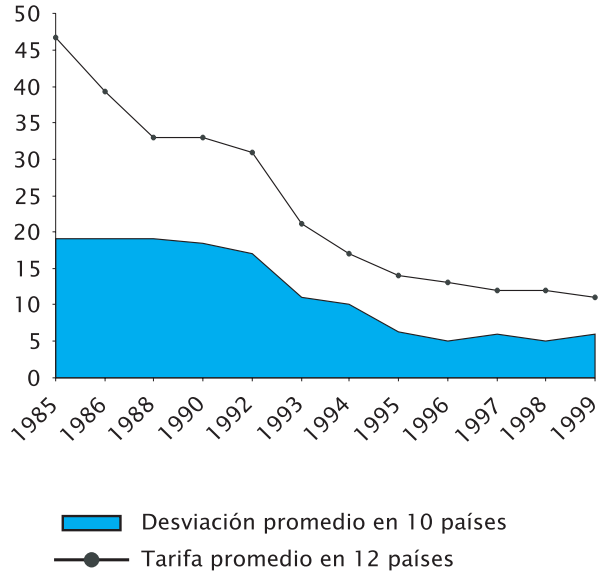
Mientras que la liberalización del comercio es a veces vista como una amenaza de corto plazo para el empleo y los salarios en las industrias protegidas, se espera una contraparte natural de promoción de los sectores cuando un país es competitivo, y grandes ganancias permanentes en la productividad. La evidencia sugiere que las provisiones de inversión en los tratados de comercio juegan un papel clave para permitir una rápida transferencia en tecnología. En la opinión de algunos observadores, estos efectos no sólo son útiles, sino que son indispensables para alcanzar la competencia de la economía nacional (Lewis 2004).

La liberalización del comercio no tiene que ser amenazada por los sistemas de protección social y en casos importantes puede beneficiarlos a través de la creación de mejores trabajos. Por ejemplo, la seguridad social mexicana se estancó desde finales de los años ochenta y hasta mediados de los noventa, pero después del TLCAN ha alcanzado altas tasas de crecimiento de afiliación y salarios, concentradas en estados exportadores. Aparentemente, parte de este efecto viene del relativamente alto crecimiento de grandes compañías generado por el libre comercio, incluyendo aquellas con inversión extranjera. Sin embargo, el auge de creación de empleo post-TLCAN en México no fue la regla, y los años noventa no fueron particularmente un período con ganancias en términos de crecimiento de cobertura para la seguridad social a través del Continente Americano en general. Según Gill, Montenegro y Dömeland (2002) mientras las ganancias derivadas de las reformas macroeconómicas se transformaron en aumentos de productividad en muchos países, parece que no generaron el tipo de trabajo que la gente tenía en mente. Siguiendo a estos autores, la proporción del mercado laboral informal en total pasó de 52 por ciento en 1990 a 57 por ciento en 1996. Dada la baja tasa de crecimiento de afiliación a la seguridad social en la nueva década, es poco probable que en muchos países esté cambiando esta tendencia.

Rodrik (1997) argumenta que la integración económica internacional reduce la capacidad de los gobiernos para financiar a la seguridad social a través de debilitar la base fiscal. Este autor señala que el comercio expone a las poblaciones a riesgos externos mayores, y que los gobiernos compensan esto aumentando el nivel de gasto en protección social. Por lo tanto, para países desarrollados, aquellos con una participación más alta del comercio en relación al PIB tienen niveles más altos de protección social. El autor cree que es posible que la capacidad de los gobiernos para financiar a las redes de protección social sea aminorada por el libre comercio, y que se tienen que encontrar nuevos sistemas para poder financiar este tipo de herramientas si se quiere que la economía globalizada sea sostenible.

Para medir las diferencias en el grado de reforma entre países, Lora (2001) resume las reformas del comercio en las siguientes: entre principios de los ochenta y finales de los noventa la desviación promedio en las tarifas se redujo por lo menos 15 puntos porcentuales, y el promedio general disminuyó de 48.9 a 10.7 por ciento; las restricciones no-tarifarias afectaban a 37 por ciento de los bienes, antes de que comenzara la liberalización, pero para mediados de los noventa sólo el 6.3 por ciento estaba sujeto a estas restricciones (Gráficas I.1 y I.2).

Gráfica I.1
Liberalización de Tarifas en América Latina, 1985-2000

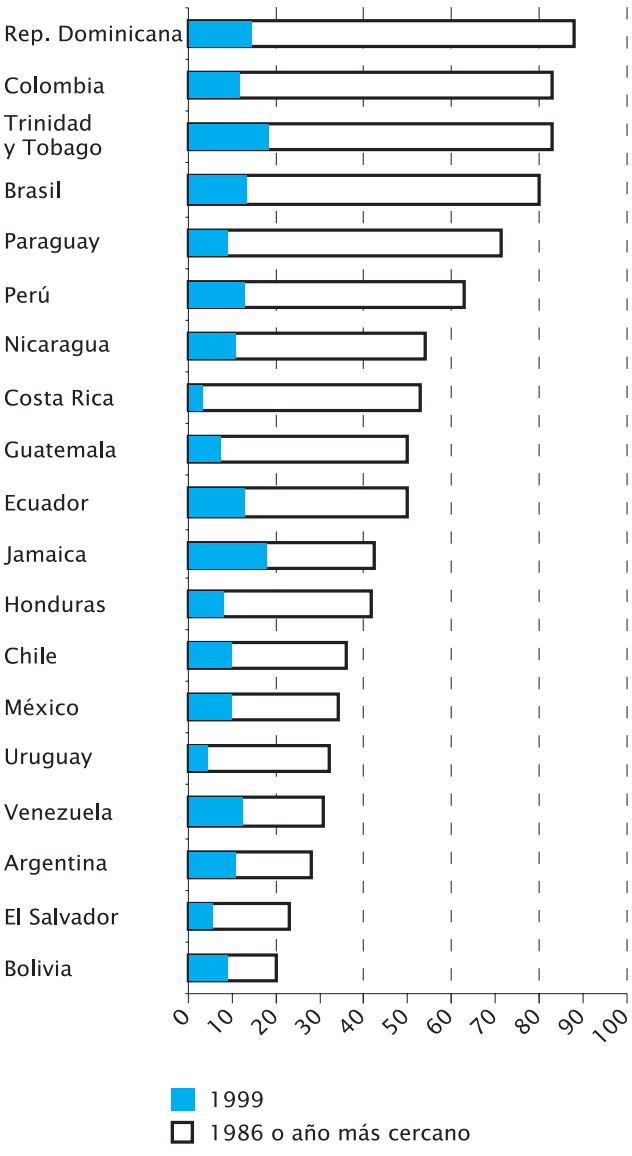


Fuente: Lora (2001).
Nota: El promedio de los doce países incluye a Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Perú, Uruguay y Venezuela. En el cálculo de la desviación se excluyen a Costa Rica y Guatemala por falta de información. El valor de la desviación de la tarifa en 1985 supone que es la misma que la del año siguiente.

Dado que se observan a través del Continente regímenes de comercio más liberales, es natural preguntarse acerca del vínculo entre el comercio y los mercados laborales informales. Goldberg y Pavcnik (2003) investigaron el tema para Colombia y Brasil, dos países que liberalizaron el comercio en los ochenta y noventa. En general, encontraron una relación débil entre la liberalización del comercio y el crecimiento de mercados laborales informales. Para Colombia, encontraron que la liberalización comercial tuvo algunos efectos en la informalidad, pero la reforma comercial tuvo lugar después de la reforma a las leyes de trabajo.

En teoría, no es claro si la reforma comercial llevará a un incremento o a un decremento en las relaciones del mercado laboral formal, pero una hipótesis tratada en debates de comercio internacional es que la liberalización comercial lleva a una presión competitiva en establecimientos formales, los cuales reaccionan recortando costos, incluyendo aquellos asociados a la protección social. Siguiendo este argumento, a veces se argumenta que los empleadores pueden reducir las condiciones de salud y seguridad, las contribuciones a la seguridad social y en algunos casos, incluso hasta mudar puestos de trabajo al mercado laboral informal. Según el argumento, esto podría darse directamente o a través de subcontratar partes del proceso productivo a empleados domésticos y pequeñas empresas en el sector informal. El término dumping

Gráfica I.2
Reducción de Tarifas en América Latina, 1986 y 1999 (porcentaje)



Fuente: Lora (2001).

social es a veces utilizado para referirse a esta hipótesis, y las implicaciones de política son que el comercio de países con mercados laborales informales (los cuales son usualmente países de salarios bajos) debe ser restringido para evitar un deterioro de beneficios sociales en los países ricos (una "carrera al fondo", una tendencia a un mínimo común denominador de protección social).

Desde un punto de vista teórico, el principal argumento contra la hipótesis del dumping social reside en que los empleadores que ofrecen a sus trabajadores puestos con cobertura de la seguridad social podrían haber hecho esas cosas indeseables para reducir los costos antes de la liberalización comercial, y no hay alguna razón por la cual la aplicación de la ley por los gobiernos se vuelva más laxa después de la liberalización comercial; actualmente, la aplicación de la ley puede mejorarse debido a que la presión de los socios comerciales y la comunidad internacional en general ha crecido, y los países enfrentan una mayor responsabilidad en hacer cumplir las regulaciones. Otro argumento en contra de la hipótesis del dumping social es que la liberalización comercial está a menudo acompañada de liberalización de la inversión, y esto permite una transferencia más rápida de la tecnología, lo cual significa la adopción de tecnologías más limpias, saludables y seguras en países de salarios bajos. Un mayor flujo de inversión también puede significar el crecimiento de grandes empresas, las cuales operan más frecuentemente en el sector formal. La evidencia señala que las grandes empresas son las que menos evaden las contribuciones a la seguridad social y que sus sub-contratistas también operan más frecuentemente en el sector formal.

La evaluación de estos argumentos es de gran relevancia para las políticas comerciales y sociales. Los gobiernos de países que están entrando en tratados para liberalizar el comercio lo hacen para mejorar el bienestar de sus trabajadores nacionales, y esperan preservar por lo menos el nivel de protección social disponible antes de que entre en vigor un tratado.

Es conveniente distinguir entre la discusión alrededor de la hipótesis del dumping social y los movimientos para la protección de los derechos humanos básicos. El punto de vista de la comunidad internacional en asuntos sobre el trabajo infantil y los derechos de los niños a la educación, salud y nutrición, los derechos de las mujeres, los derechos de los inmigrantes y otros asuntos considerados inalienables no deben ser sujetos a ninguna negociación o debate para promover alguna degradación de estos derechos.

La privatización y la desregulación parecen trabajar en formas similares al comercio libre. Al generar nuevas oportunidades han permitido el crecimiento de algunas industrias y de la productividad en general. Algunas declaraciones condenan estas políticas porque pueden tener efectos negativos en el empleo en algunas industrias sujetas a mayor competencia, pero empíricamente ello parece injustificado, pues además los efectos de crecimiento general de la economía y de menores precios para el consumidor resultan en beneficios para el público en general. Por otro lado, también es cierto que estas reformas no han resultado en un proceso de crecimiento sostenido en la cobertura de la protección social. Esto significa que la mayor productividad no necesariamente lleva a mayores niveles de cobertura de seguro social, por lo menos por algunos años, por lo cual los países no pueden confiar en que sólo logrando un mejor ambiente para la inversión e incluso para la creación de empleos crecerá la cobertura.

Descenso en las Tasas Marginales de Impuestos Personales

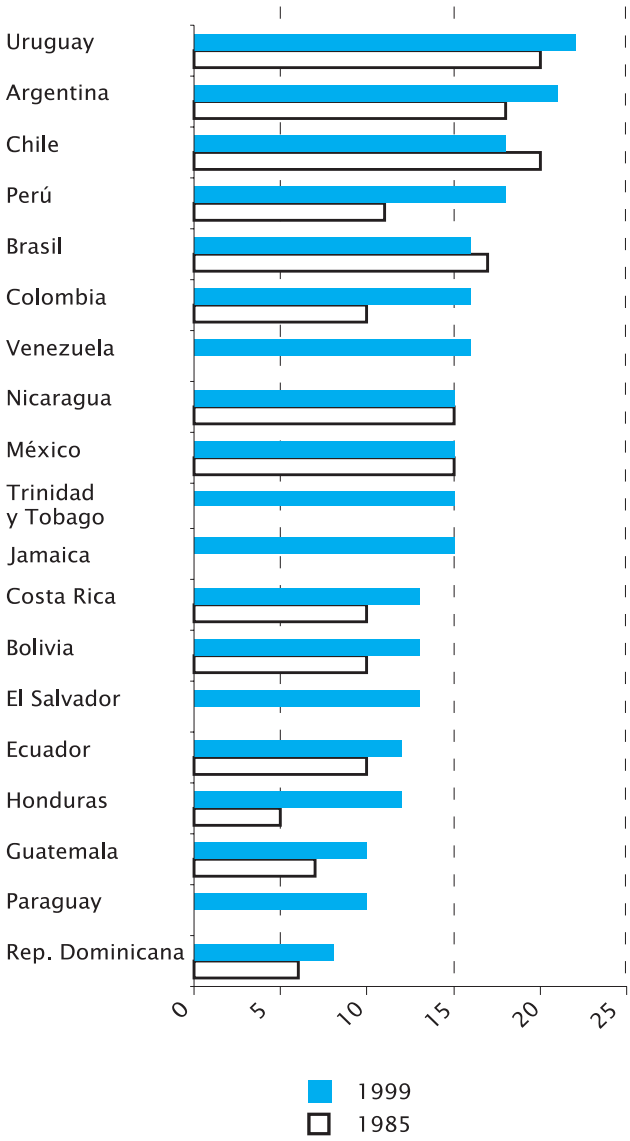
La estructura impositiva es otra área de política de incidencia en el costo laboral y la protección social donde se han observado reformas significativas. Los países del Continente Americano decidieron reducir los impuestos al trabajo desde los años ochenta, bajo la hipótesis de que altas tasas marginales reducían la demanda laboral en un grado significativo, e incluso a veces podrían llevar a menores recaudaciones, una predicción que se asoció a la

"curva de Laffer". La curva de Laffer lleva el nombre del economista que propuso que a altas tasas impositivas hay un impacto negativo en la recaudación total. Estados Unidos fue un líder en reducir impuestos al ingreso y muchos países de ALC le siguieron posiblemente, en parte; debido a la gran influencia de dicho país en la competencia relativa de países y, en parte, debido a su propia experiencia en las dificultades enfrentadas por la estrategia de mejorar la recaudación a través de aumentar los impuestos a una población que se había venido moviendo hacia el mercado laboral informal.

El movimiento a tasas impositivas significativamente menores se inició en Estados Unidos en los años ochenta, cuando las tasas marginales impositivas en el grupo con ingresos más altos pasaron de 50 a 28 por ciento entre 1982 y 1988. Mientras que ha habido una reducción parcial en este aspecto, con un incremento de la tasa impositiva de la categoría más alta pasando de 31 por ciento en 1991 a 39.6 por ciento en 1994, para 2004 las tasas impositivas al trabajo estadounidenses son significativamente menores que a principios de los años ochenta—Moore (2003) evalúa el impacto de estos cambios en el autoempleo. Canadá y México le siguieron, probablemente debido a que la proximidad y tamaño de Estados Unidos hicieron difícil mantener altas tasas sin perder ingresos y competitividad. Este Informe muestra en el Capítulo IV que el movimiento se generalizó a la mayoría de los países del Continente. Europa, el mayor socio comercial de la región de ALC después de América del Norte, especialmente para los países del sur, siguió un camino diferente, con políticas para proveer flexibilidad a los mercados laborales que han sufrido un alto desempleo desde los años setenta, pero han mantenido altas tasas impositivas en los individuos y las transacciones (principalmente a través de impuestos al valor agregado).

Otro cambio que ocurrió en ALC ha sido hacia el uso de Impuestos al Valor Agregado (IVA), con al menos 23 países adoptando este mecanismo. Una ausencia significativa es Estados Unidos, país que no tiene un impuesto a las ventas nacional o un IVA nacional (Gráfica I.3). El IVA ha probado ser un impuesto más consistente que el impuesto al ingreso, porque el recaudar impuestos al consumo es más fácil, y el IVA tiene que ser pagado por todas las personas en varias transacciones, aún cuando no estén pagando un impuesto al ingreso. De este modo, incluso a pesar del creciente papel de la economía informal, el IVA se ha convertido en una fuente más estable de ingresos. Para los programas de

Gráfica I.3
Tasa del Impuesto al Valor Agregado en América Latina y el Caribe, 1985 y 1999



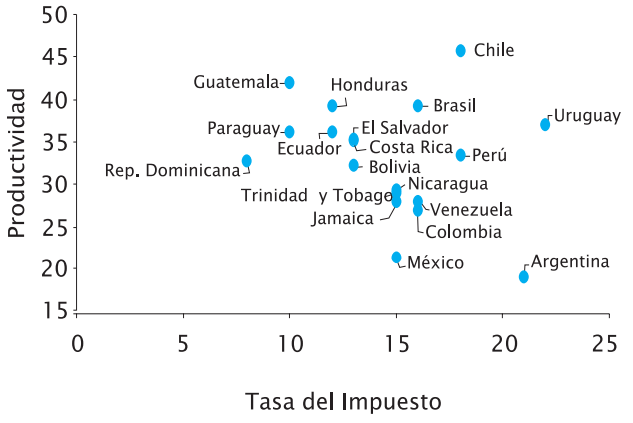
Fuente: Lora (2001).

seguridad social esto ha sido un desarrollo muy importante, porque los gobiernos han estado dependiendo crecientemente en el IVA para financiar los gastos en pensiones y salud.

Los programas de seguridad social generan un gasto obligatorio permanente a los gobiernos, y la alta variabilidad de las ganancias en impuestos al ingreso, así como la importancia del sector informal son parte de las motivaciones para el movimiento hacia una mayor dependencia en el IVA. Sin embargo, un cambio de los impuestos al ingreso y sobre la nómina hacia el IVA, no necesariamente garantiza una fuente de recursos presupuestales para los programas de seguridad social. Como cualquier otro instrumento, el IVA tiene problemas en materia de administración y está sujeto a las presiones políticas que generan excepciones y tratamientos especiales. Como Lora (2001) muestra en la Gráfica I.4, la productividad del sistema del IVA varía considerablemente. De acuerdo con sus cálculos, la eficiencia del IVA, medida como la relación entre las recaudación como proporción del gasto máximo gravable por la tasa del impuesto, es muy baja para los casos de México y Argentina siendo la más alta para Chile.

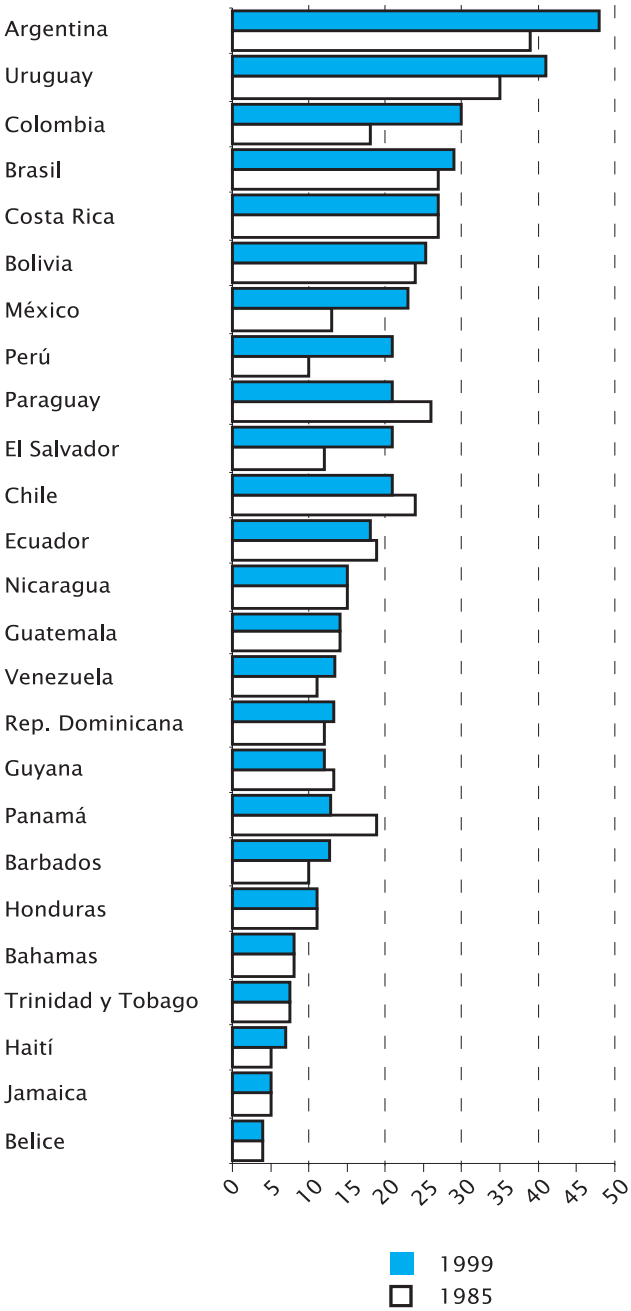
Las cuotas a la seguridad social no muestran claramente la tendencia de los impuestos al ingreso, y la relación es de tres a uno en el número de países

Gráfica I.4
Productividad del IVA en los Países de América Latina y el Caribe, 1999 (porcentajes)



Fuente: Lora (2001).
Notas: La recaudación en Uruguay también incluye impuestos selectivos al consumo.
La Productividad del IVA está definida como (ingresos del IVA/ PIB+importaciones – exportaciones)/Tasa del impuesto.

Gráfica I.5
Contribuciones de Empleados y Empleadores a la Seguridad Social, 1985 y 1999



Fuente: Lora (2001).

que muestran un incremento en las mismas entre los ochenta y los noventa y aquellos que muestra una caída (Gráfica I.5). Idealmente, los impuestos de la seguridad social están estrechamente relacionados al servicio recibido (más en los programas de pensiones que en los programas de salud). Por lo tanto, quizá esto implica que si el gobierno reduce los impuestos al ingreso, la población esté más dispuesta a votar a favor de mayores contribuciones a la seguridad social. De acuerdo con la investigación realizada por Heckman y Pagés (2004), la región de América Latina y el Caribe tiene un mayor nivel de regulaciones, induciendo contratos más inflexibles que Europa, aunque Europa tenga mayores costos sobre la nómina en los programas sociales. Es difícil predecir que ocurrirá en los siguientes años: ¿reducirán los países de ALC sus regulaciones y aumentarán las contribuciones basadas en la nómina? Esto por ejemplo, es lo qué ocurrirá si el éxito acompaña a las propuestas para sustituir las regulaciones de pago de indemnizaciones por separación del empleo por un seguro de desempleo.

El por qué Europa y el Continente Americano siguieron estos caminos divergentes en la política impositiva está fuera del alcance de este Informe, pero dado que la seguridad social es financiada principalmente por impuestos sobre la nómina y por transferencias gubernamentales que provienen de impuestos al ingresos o impuestos a las ventas (principalmente impuestos al valor agregado), es claro que los organismos de seguridad social pueden ganar mucho en sus funciones de planificación si estudian de cerca estas tendencias en el futuro, y piensan en cómo sus programas tienen que ajustarse a estas restricciones. Sin embargo, las causas de estas tendencias, por lo menos parcialmente, no están dentro de las herramientas de control de la seguridad social y quizá tampoco en las posibilidades de control de las políticas gubernamentales nacionales.

Parece que para las siguientes décadas la presión de la globalización no mostrará signos de contracción dado que el Lejano Este y el Sur de Asia se convirtieron en actores más importantes en competencia con países del Continente Americano por la inversión y en el comercio. China, el mayor de los jugadores en la economía global, ha hecho del desarrollo del sistema de seguridad social una marca distintiva de la estrategia de desarrollo nacional (AISS 2004).

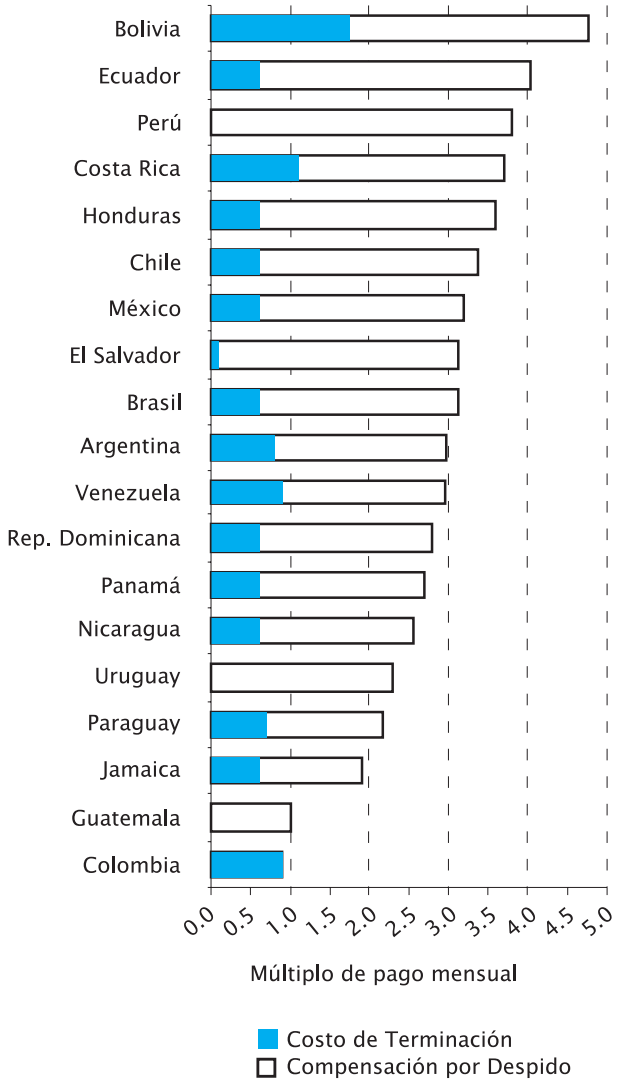
Reforma Laboral

La reforma a la legislación laboral es muchas veces señalada como un avance necesario en los debates de la modernización de las regulaciones económicas. Sin embargo, la evidencia muestra que éste es un espacio donde el cambio ha sido substancialmente menos común que en las áreas de comercio, inversión e impuestos. En el campo laboral, seis países son considerados por haber tenido las reformas más substanciales: Argentina (1991), Colombia (1991), Guatemala (1990), Panamá (1995), Perú (1991) y Venezuela (1998). Chile tuvo reformas más tempranas. Los dos principales temas en esta discusión han sido las restricciones legales en los contratos labores que afectan los costos de separación de los trabajadores y las restricciones en las contrataciones temporales. También han sido muy importantes las discusiones sobre los altos costos para resolver las controversias debido a la ineficiencia de los juzgados administrativos o judiciales que trata con temas laborales, así como la incertidumbre que envuelve la legislación en cuanto a los contratos colectivos.

La carga de regulaciones sobre los costos de separación no viene sobre todo de la cantidad que se tiene que pagar al trabajador, una variable que se puede calcular por el empleador y que puede ser incluída en los costos salariales, sino del alto riesgo que usualmente enfrentan tanto el empleador como el empleado debido a que la aplicación de la regulación es altamente discrecional. Una gran cantidad de trabajadores terminan no recibiendo indemnización debido a que después de la separación de su trabajo, pocos empleadores mantienen fondos para enfrentar dichas obligaciones y la aplicación es laxa (después de todo, numerosos empleos están en la economía informal y, por lo tanto, se encuentran

básicamente fuera del alcance de cualquier autoridad laboral). Las regulaciones por sí mismas generan un alto nivel de litigiosidad, en parte debido a los altos costos del sistema judicial, y en parte debido a un error de diseño de la regulación. El error es que el forzar altos pagos a los empleadores que despiden a un trabajador significa que el costo del trabajo se incremente precisamente cuando la empresa pueda estar en la peor posición para realizar los pagos. En un caso extremo, la regulación implica que los trabajadores de una empresa en quiebra no recibirán algo cuando el empleo se termine. La regulación impone costos máximos en la economía durantes las recesiones, lo cual significa que los objetivos de protección social no se prestan adecuadamente.

Gráfica I.6
Costo Esperado de Despedir a un Trabajador, 1999



Fuente: Lora (2001).

Conclusiones

Este Capítulo muestra un breve resumen de los grandes cambios en el ambiente económico en el Continente Americano durante los últimos 20 años. La tonalidad general ha sido de cambio, y si bien la seguridad social no ha observado la caída que algunos pronosticaron que ocurriría a raíz de la profunda liberalización del comercio, la desregulación y la privatización que tuvieron lugar en los años ochenta y noventa, también es cierto que las ganancias en productividad no se han traducido en altas tasa de protección social. La economía informal realmente se incrementó, y en los Capítulos II al IV se discutirán estos temas con mayor detalle. Los Capítulos V y VI tratarán los problemas de segmentación de los sistemas de seguridad social, un problema que existía antes del movimiento de liberalización y en el que se reportan importantes avances hacia soluciones definitivas al problema de pensiones en varios países. Sin embargo, la principal conclusión en estos Capítulos será que de no darse los cambios necesarios, la combinación de economías nacionales con altos niveles de informalidad, sistemas de pensiones segmentados y sectores de salud deficientemente regulados será muy desfavorable para el desarrollo de la red de protección social.

CAPÍTULO II
SEGURIDAD SOCIAL, TRABAJO Y POBLACIÓN

CAPÍTULO II
SEGURIDAD SOCIAL, TRABAJO Y POBLACIÓN

II.1 Introducción

La segunda mitad del siglo XX fue un extraordinario momento para muchas regiones del mundo en términos de crecimiento poblacional. A su vez, este crecimiento fue parcialmente un reflejo de las grandes mejoras en salud pública, tecnología médica y, en general, en la habilidad de las sociedades para generar un excedente. Las tasas de fertilidad en el Continente empezaron a aumentar después de la Segunda Guerra Mundial y, combinadas con altas tasas de matrimonio, condujeron al fenómeno frecuentemente llamado el "baby boom". El favorable desarrollo de las medidas de salud pública, los avances tecnológicos en la medicina y estilos de vida más saludables han tenido como consecuencia la tendencia hacia una menor mortalidad, la cual aún no concluye.

La mayoría de los países de América tuvieron los niveles más altos de fertilidad entre los cincuenta y los sesenta, y la mayoría de ellos también experimentaron una disminución en la fertilidad entre los sesenta y los setenta. Para el continente como un todo, la tasa de fertilidad estuvo todavía en un nivel lo suficientemente alto para sostener el sustancial crecimiento poblacional durante los ochenta y los noventa. A principios del siglo XXI, sólo Norteamérica, una buena parte del Caribe y unos cuantos países de Sudamérica tuvieron tasas de natalidad iguales o menores a los niveles de reemplazo. La mayor parte de la región (medida por el tamaño de la población de los países) mantuvo su inercia de crecimiento hasta finales de la década de los noventa.

Desde la perspectiva de la seguridad social, existen al menos dos principales implicaciones de estas tendencias en el crecimiento poblacional. Primero, desde los ochenta, el crecimiento de la fuerza laboral ha sido alto, lo cual representa una fuerte presión sobre las economías nacionales para absorber un gran número de trabajadores. El crecimiento de la población en edad de trabajar permanecerá alto por lo menos los siguientes 25 años. Por sí misma, esta tendencia puede ser parcialmente responsable del crecimiento de la economía informal urbana, debido a que el crecimiento poblacional generó una expansión explosiva de las ciudades y grandes dificultades para el mantenimiento del suministro de servicios públicos.

Una segunda implicación es que el crecimiento relativo de las poblaciones nacionales ha sido desigual desde los setenta y los ochenta, tiempo en el cual el diferencial en tasas de fertilidad entre países empezó a ser mayor. Esta tendencia no ha causado un incremento en el tamaño relativo de las poblaciones nacionales de la magnitud de la diferencia entre las tasas de fertilidad y mortalidad; sin embargo, sí ha causado un resurgimiento de los grandes flujos migratorios internacionales entre los países del Continente Americano. Este movimiento de trabajadores individuales o de sus familias a través

del continente representa un gran reto para los sistemas de seguridad social que persistirá en el futuro previsible. Aun si los flujos migratorios empezaran a ser menores en el futuro, las decenas de millones de migrantes actuales constituyen un evento social significativo entre el Pacífico y el Atlántico.

II.2. El "Boom" Laboral

II.2.1 Crecimiento Poblacional

De acuerdo con el Departamento de Censos de Estados Unidos, la población mundial alcanzó los 6 mil millones en junio de 1999. Este número es 3.5 veces más que el tamaño de la población mundial a inicios del siglo XX y casi duplicó el tamaño correspondiente en 1960. Asimismo, se estima que la tasa de crecimiento disminuya en los próximos cincuenta años.

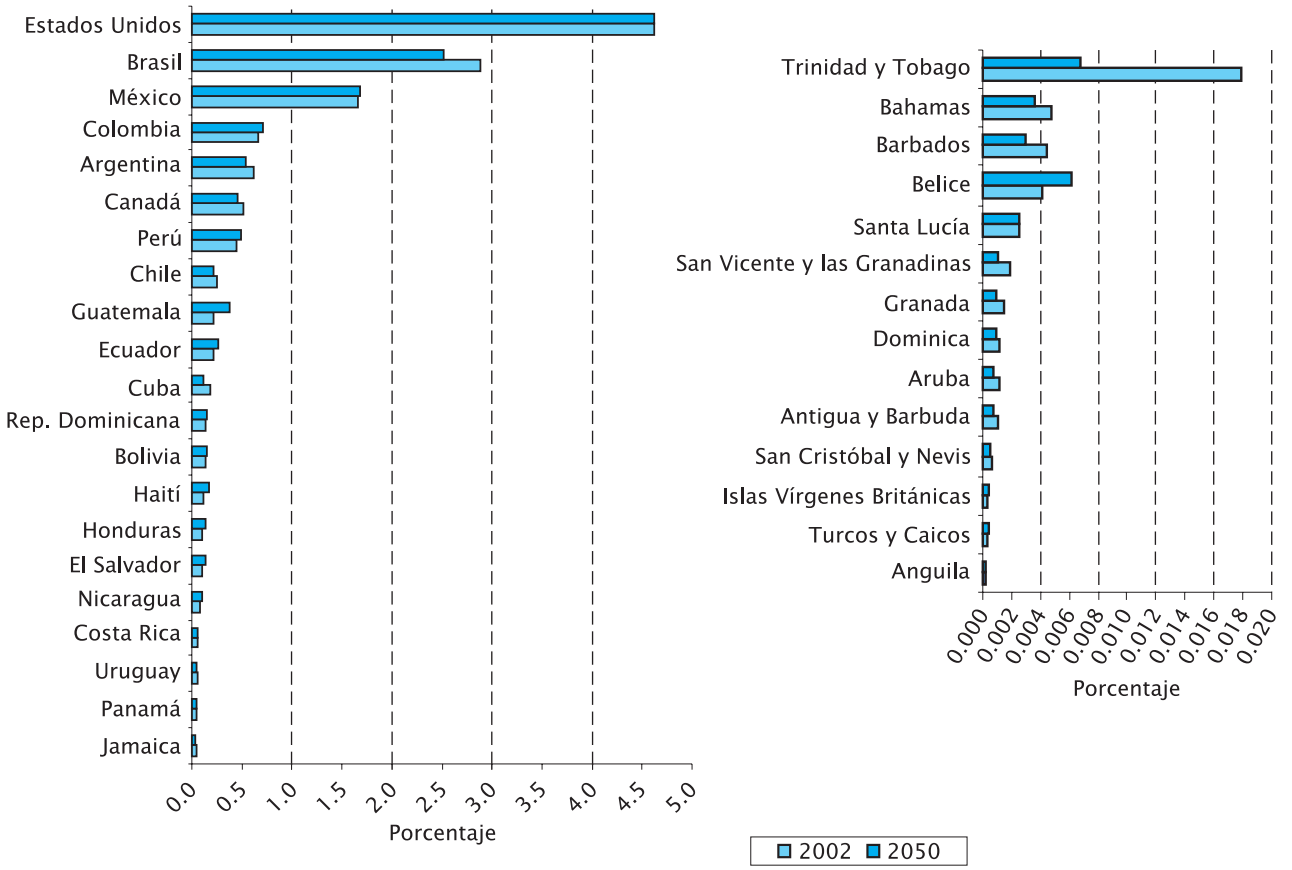
Se espera que el crecimiento poblacional en las próximas cinco décadas sea particularmente bajo en el Continente Americano, con excepción posiblemente de Estados Unidos. Esto es ilustrado en el Cuadro II.1. En el año 2002, Brasil se ubicó en el 11º lugar en tasas de crecimiento poblacional, mientras que México ocupó el 12º lugar. Sin embargo, los pronósticos para el año 2050 son un poco diferentes. Se espera que México ocupe la 26 tasa de crecimiento poblacional más alta, mientras se estima que Brasil tenga una tasa de crecimiento poblacional negativa. Como se muestra en la Gráfica II.1 estas tendencias en tasas de crecimiento tendrán un impacto significativo en la distribución de los niveles de población a través del mundo.

Cuadro II.1
Clasificación de Países de Acuerdo con la Magnitud del Crecimiento Anual en Población

1950	2002	2050
1.-India	1.-India	1.-India
2.-China	2.-China	2.-Nigeria
3.-Estados Unidos	3.-Indonesia	3.-Etiopía
4.-Rusia	4.-Nigeria	4.-Congo (Kinshasa)
5.-Brasil	5.-Pakistán	5.-Estados Unidos
6.-Japón	6.-Estados Unidos	6.-Arabia Saudita
7.-Indonesia	7.-Bangladesh	7.-Pakistán
8.-Pakistán	8.-Etiopía	8.-Madagascar
9.-México	9.-Filipinas	9.-Uganda
10.-Ucrania	10.-Congo (Kinshasa)	10.-Yemen
	Clasificación de Países Ubicados entre los Principales 10 en el Pasado o Futuro	
11.-Nigeria	11.-Brasil	12.-Filipinas
12.-Filipinas	12.-México	16.-Bangladesh
16.-Bangladesh	19.-Arabia Saudita	20.-Indonesia
23.-Etiopía	20.-Uganda	26.-México
31.-Congo (Kinshasa)	23.-Yemen	215.-Brasil (negativo)
48.-Uganda	29.-Madagascar	221.-Ucrania (negativo)
62.-Yemen	55.-Japón	225.-Japón (negativo)
69.-Arabia Saudita	226.-Ucrania (negativo)	226.-Rusia (negativo)
70.-Madagascar	227.-Rusia (negativo)	227.-China (negativo)

Fuente: U.S. Census Bureau (2004).

Gráfica II.1
Contribución de los Países al Crecimiento de la Población Mundial, 2002 y 2050



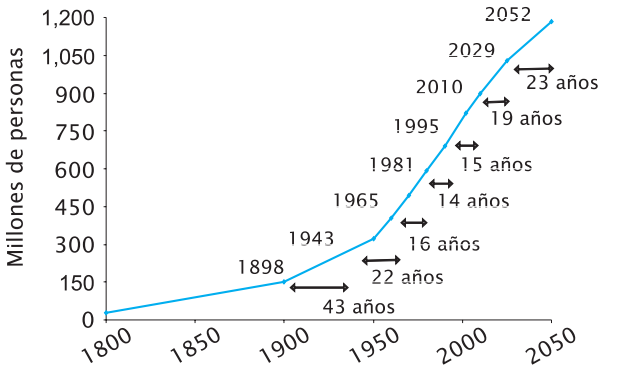
Fuente: Elaborado con base en datos de U.S. Census Bureau (2004).

Aunque la tasa de crecimiento poblacional está disminuyendo, sería un error concluir que el crecimiento poblacional no es un problema importante. Las proyecciones actuales indican que dicha tasa puede alcanzar la cúspide antes de llegar a los 10 mil millones (Naciones Unidas 2002).

En América, el tamaño de la población fue, a mediados de 1995, de alrededor de 750 millones de personas. En el Continente, el último período de crecimiento de 150 millones de personas tomó sólo 14 años, menos tiempo que los 16 años que se requirieron entre los 450 y 600 millones de personas. Para mediados de siglo, tomará 23 años para agregar 150 millones de personas a la población del Continente (Gráfica. II.2).

Si bien se espera que las tasas de fertilidad en algunas regiones del mundo permanezcan por arriba

Gráfica II.2
Tiempo para Alcanzar un Aumento de 150 Millones de Personas en la Población de América, 1800-2050



Fuente: Elaborado con base en datos de U.S. Census Bureau (2004) y Population Reference Bureau (2004).

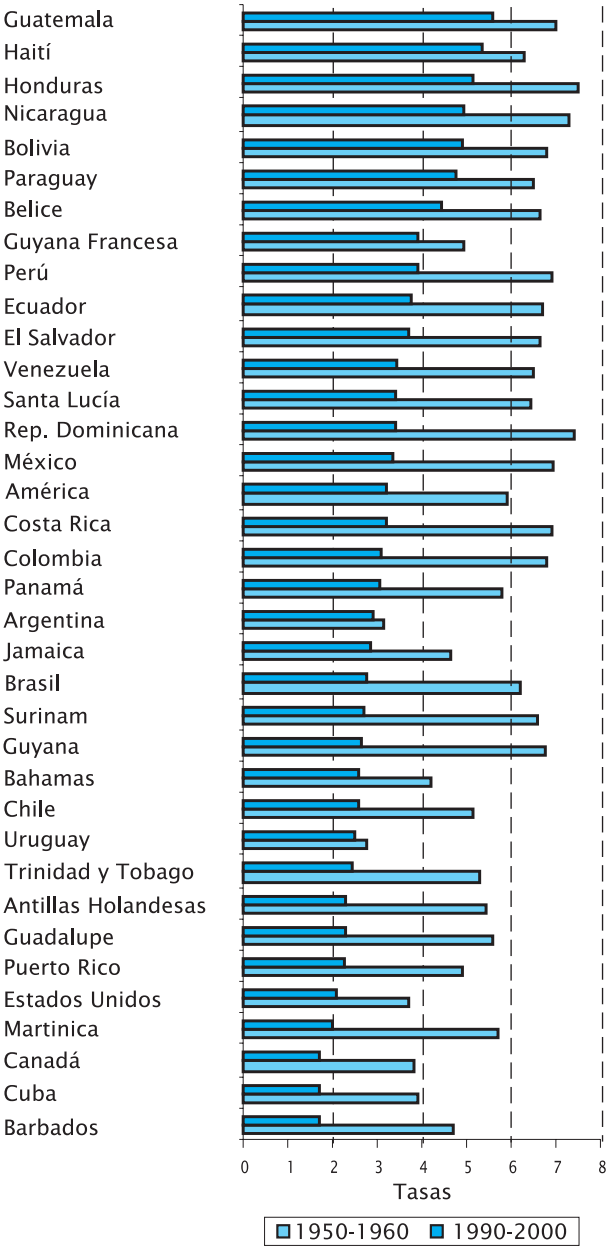
del nivel de reemplazo por algún tiempo más (ejemplo, Africa Sub-Sahara), las proyecciones del Departamento de Censos de Estados Unidos sugieren que la tasa de fertilidad mundial como un todo caerá por debajo del nivel de reemplazo antes de 2050. Es importante notar que esta disminución en fertilidad no se reflejará directamente en una disminución equivalente en el crecimiento de la población, debido a que el número de mujeres en edad de procrear está creciendo en términos relativos respecto al resto de la población. Este incremento fue responsable de cerca de tres cuartas partes del crecimiento poblacional global en 2002. Las proyecciones también sugieren que para 2050 la población global se incrementará debido al efecto de su composición edad-sexo.

En 2002, la tasa de fertilidad estuvo por debajo del nivel de reemplazo en la mayor parte del mundo desarrollado y en algunos países menos desarrollados. Sin embargo, la mayoría de los países menos desarrollados tuvieron tasas de fertilidad superiores a la tasa de reemplazo. En las próximas cinco décadas, las proyecciones indican que el nivel mundial de fertilidad de reemplazo disminuirá gradualmente hasta alcanzar 2.1 niños por mujer en 2050. A nivel nacional, se espera que muchos países se acerquen a la tasa de reemplazo de poco más de 2 niños por mujer, mientras que se estima que el promedio nacional máximo disminuya a aproximadamente 2.5 niños por mujer. Sin embargo, si la historia es una guía, estas proyecciones están sujetas a errores sustanciales en el largo plazo.

En América, las tasas de fertilidad disminuyeron en proporciones significativas durante la última década (Gráfica II.3). En Argentina y Uruguay, esta disminución fue menor debido a que sus niveles de fertilidad eran ya bajos desde la década de los cincuenta y sesenta. Por otra parte, las tasas de fertilidad de Estados Unidos, Canadá, Cuba y Barbados cayeron por debajo de la tasa de reemplazo.

La disminución de la mortalidad influyó en el crecimiento de la población, principalmente a finales del siglo XIX y principios del siglo XX (Bongaarts y Bulatao 1999). Actualmente, la gran mayoría de los países está experimentando sólo disminuciones graduales en la mortalidad. Durante 2002, la expectativa de vida al nacer mantuvo en general una tendencia gradual a la alza, ubicándose a nivel mundial en 63.8 años. Los países con los niveles más altos de expectativa de vida al nacer en 2002 fueron predominantemente de Europa y Norte América (Estados Unidos 77 años y Canadá 80 años). Las

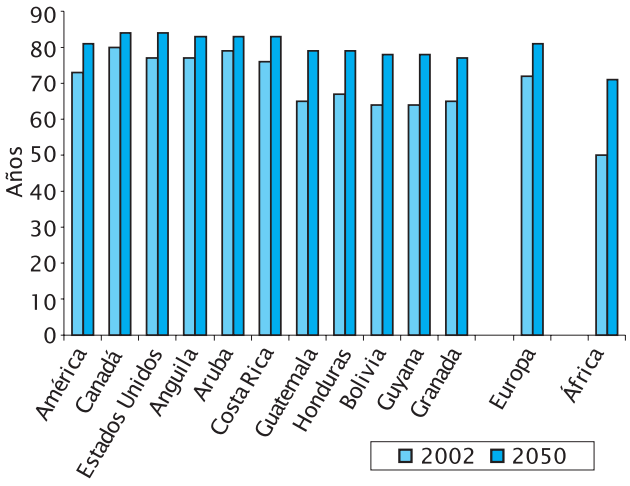
Gráfica II.3
Tasas de Fertilidad en América



Fuente: CEPAL (2002) y U.S. Census Bureau (2004).

proyecciones del Departamento de Censos de Estados Unidos indican que la expectativa de vida al nacer en el Continente Americano se incrementará de forma lenta hasta alcanzar 81 años en 2050, nivel más alto que el mundial estimado (76.6 años). Los cinco niveles más altos de expectativa de vida al nacer en 2050 en América serán para Canadá, Estados Unidos, Anguila, Aruba y Costa Rica, y los más bajos se darán en Guatemala, Bolivia, Honduras, Guyana y Granada (Gráfica II.4).

Gráfica II.4
Expectativa de Vida al Nacer por País y Regiones Seleccionadas, 2002 y 2050



Fuente: Elaborado con base en datos de U.S. Census Bureau (2004).

La Gráfica II.5 presenta el crecimiento esperado de la población de los países del Continente y por región. Con el fin de mostrar el crecimiento relativo de los países, los valores iniciales son normalizados a uno en 1950. Se puede observar que las diferencias en el crecimiento de la población entre países pueden ser mayores para algunas regiones, lo cual tiene al menos dos implicaciones importantes para la seguridad social. Primero, el proceso de envejecimiento puede ser sustancialmente diferente entre países. Segundo, la migración puede ser una respuesta a las grandes diferencias que serán generadas en la distribución por edades de los países.

II.2.2 Envejecimiento Poblacional

Aunque existen diferencias entre regiones en el número y proporción de adultos mayores, la población mundial de 65 años y más está creciendo rápidamente en todos los países. Esta tendencia es un resultado de la transición de altos a bajos niveles de fertilidad y mortalidad. En las regiones más desarrolladas, casi una quinta parte de la población era de 60 años o más en el año 2000; para 2050, se estima que esta proporción llegue a un tercio. En las regiones menos desarrolladas, sólo 8 por ciento de la población tiene actualmente más de 60 años de edad; sin embargo, para 2050, este porcentaje se incrementará a casi 20 por ciento de la población.

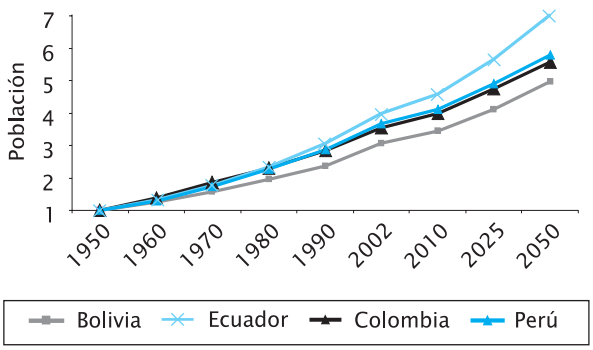
El envejecimiento en el Continente Americano se está llevando a cabo con mayor rapidez que la experiencia histórica de Europa. La población de mayor edad crecerá a una tasa de 3.5 por ciento en el período 2000-2025, tres veces más rápido que el índice de crecimiento de la población total. Los incrementos más pronunciados de este segmento de la población ocurrirán en países que actualmente no muestran los mayores porcentajes de personas mayores de 65 años. Será en países como Honduras y Paraguay, los cuales actualmente no presentan altos porcentajes de personas de 65 años y más, donde esta población crecerá a tasas superiores al 4 por ciento entre 2000 y 2025.

La mayoría de los adultos mayores son mujeres, debido a que la expectativa de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres. En 2000, había 10.8 millones más mujeres que hombres de 60 años o más en el Continente Americano, y en edades mayores hay de dos a cinco veces más mujeres que hombres.

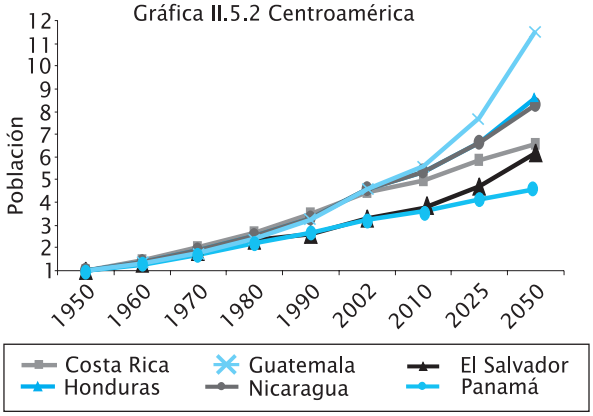
Además de los cambios que se observan en el porcentaje de personas de 65 años y más, también se esperan cambios en otros aspectos de la distribución por edades. Como se muestra en las pirámides de edades de la Gráfica II.6, hay una tendencia a que se incremente la proporción de las personas de 65 años y más, mientras la proporción de niños y adolescentes disminuye. De acuerdo con diversas proyecciones disponibles, la pirámide

Gráfica II.5
Población por Región y País, 1950-2050
(valor inicial normalizado a uno)

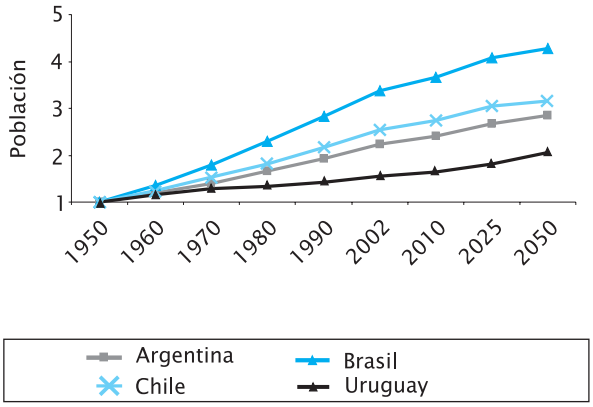
Gráfica II.5.1 Andina



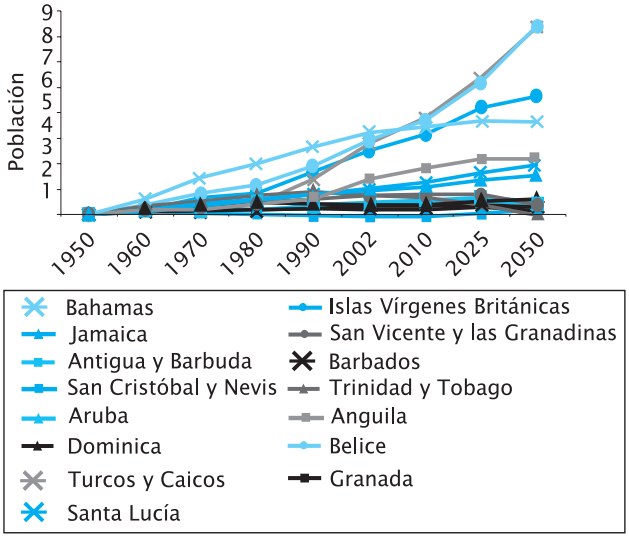
Gráfica II.5.2 Centroamérica



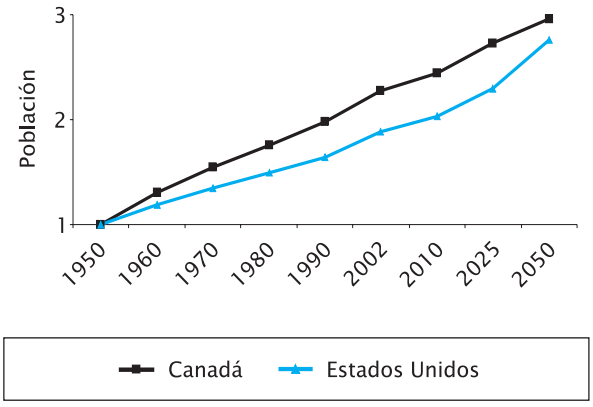
Gráfica II.5.3 Cono Sur



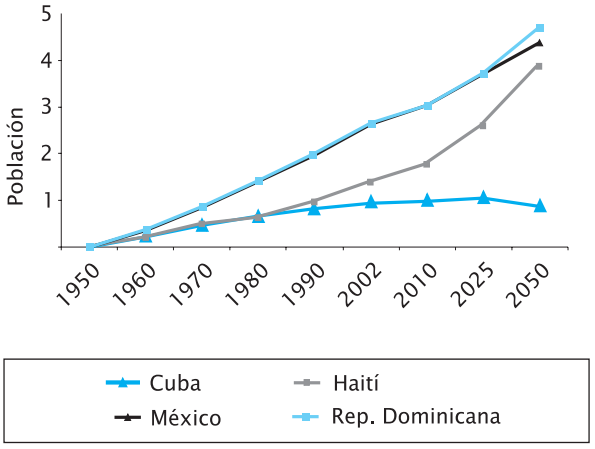
Gráfica II.5.4 Caribe Anglo



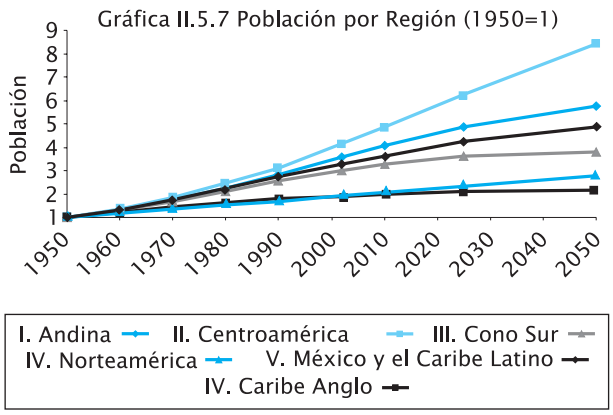
Gráfica II.5.5 Canadá y Estados Unidos

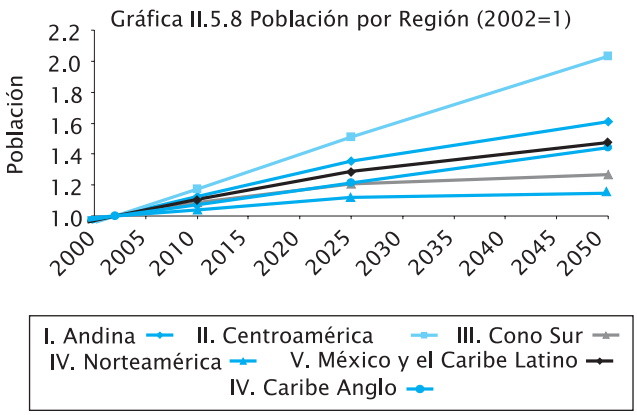


Gráfica II.5.6 México y Caribe Latino



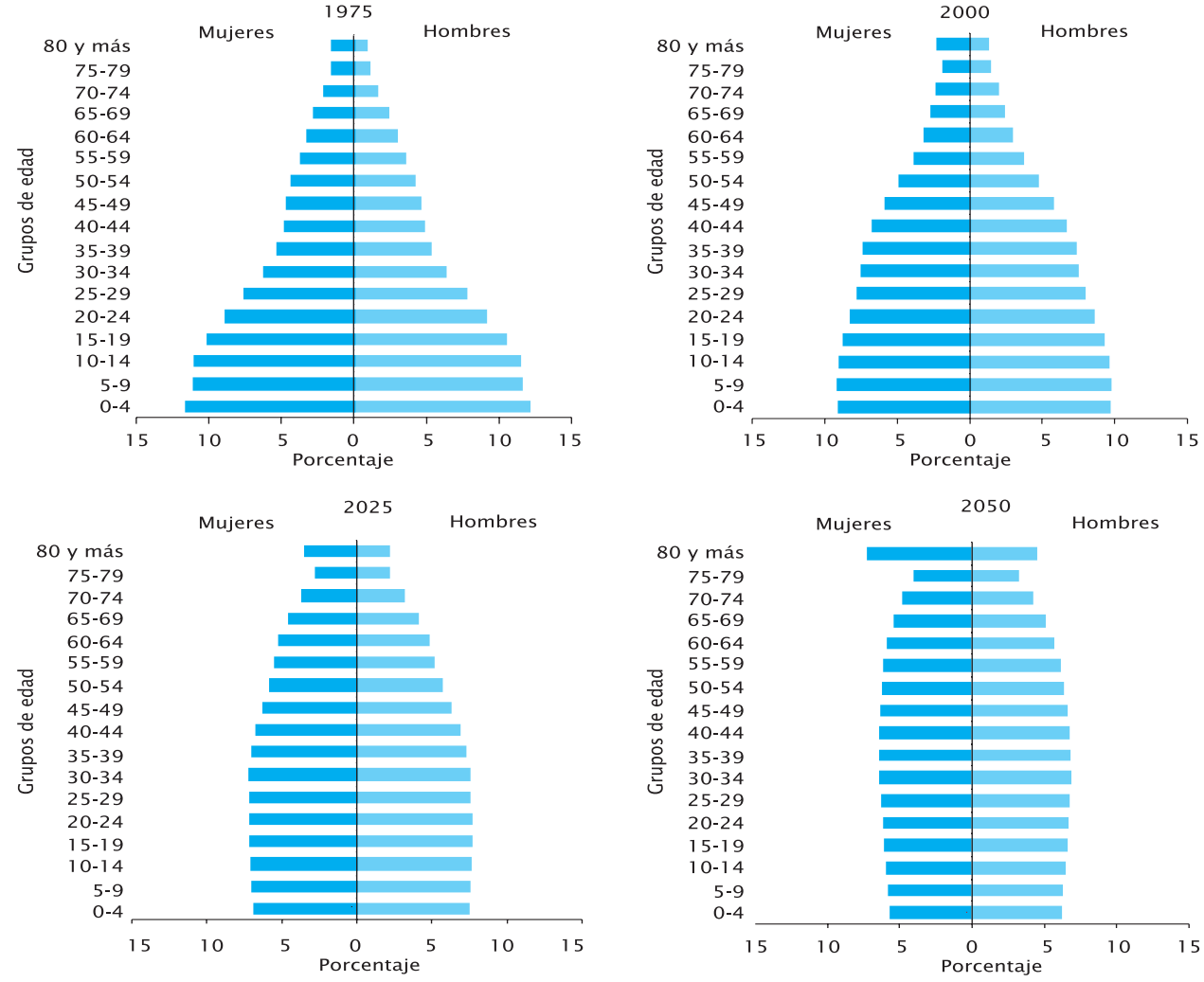
Gráfica II.5 (Cont.)
Población por Región y País, 1950-2050
(valor inicial normalizado a uno)





Fuente: Elaborado con base en datos de U.S. Census Bureau (2004).

Gráfica II.6
Estructura de la Población por Edades en América, 1975, 2000, 2025 y 2050



Fuente: Elaborado con base en datos de Naciones Unidas (2004).

de población para 2050 será más rectangular en la cúspide.

La salud de las personas mayores típicamente se deteriora con la edad, lo cual produce una mayor demanda por cuidados de largo plazo. Dada la fragilidad asociada con el envejecimiento, éste se convierte en un factor que genera necesidades de servicios de soporte. Adicionalmente, muchas enfermedades crónicas tales como artritis, diabetes y enfermedades pulmonares también están asociadas con el envejecimiento. Así, la discapacidad y necesidades de servicios de cuidados de largo plazo son problemas típicos de este segmento de la población de 65 años y más (Cuadro II.2).

Los adultos mayores participan en una mayor proporción en los mercados laborales en las regiones menos desarrolladas, lo cual se relaciona principalmente con la cobertura limitada de los sistemas de retiro y el relativamente bajo ingreso por pensiones. Cuando más personas viven más tiempo, el retiro, las pensiones y otros beneficios sociales tienden a prolongarse por periodos más largos de tiempo. De esta forma, los cambios demográficos están empeorando los problemas de desarrollo viable de los programas nacionales de retiro. Lo anterior hace necesario que los sistemas de seguridad social cambien sustancialmente para mantener su efectividad (Creedy 1998 y Bravo 1999).

En la mayoría de las regiones desarrolladas, donde la cobertura de la seguridad social es casi universal, las disminuciones en la participación de la fuerza laboral de edades mayores son principalmente consecuencia de cambios en las políticas públicas sobre retiros tempranos (Gruber y Wise 1999). En muchos países de las regiones menos desarrolladas, por su parte, hay grandes concentraciones de trabajadores adultos mayores en la agricultura y otros sectores de la economía (notablemente en el sector informal), quienes tienen poca o ninguna cobertura de la seguridad social (Organización Internacional del Trabajo 2000).

Si bien los niveles más bajos de participación de la fuerza laboral a edades mayores generalmente están asociados a niveles más altos de cobertura de la seguridad social, la disminución de la participación en la fuerza laboral de la población de mayor edad en las regiones más y menos desarrolladas puede también estar relacionado, al menos en parte, con otros factores tales como oportunidades de empleo a temprana edad y a la obsolescencia de aptitudes y conocimientos (Drury 1994 y Taylor y Walker 1996).

Una de las ideas principales de este capítulo es que el "boom" laboral en América continuará por algunas décadas más. Una diferencia notable con la primera mitad del "boom", el cual tomó lugar en el siglo XX, es que la población que trabaja será de mayor edad. Es probablemente correcto afirmar que los gobiernos tienen poco margen para afectar en el corto y mediano plazo la evolución de la expectativa de vida. Cambios en la expectativa de vida serán el resultado del progreso tecnológico de largo plazo y mejoras en la salud pública.

Por otra parte, la seguridad social puede proveer a los gobiernos de América con un valioso conjunto de opciones para influir en la edad a la cual se producirá el retiro. Una discusión importante y actual en los países desarrollados es en qué medida la seguridad social ha afectado las estructuras de retiro tempranas en Europa en comparación con Norteamérica. El debate es relevante para todos los países del Continente Americano, ya que las políticas públicas sobre tributación, ahorro y seguridad social contienen, en general, herramientas que pueden ser usadas con resultados importantes.

¿Cuáles son los efectos de la seguridad social en la edad en que los trabajadores se retiran? Gruber y Wise (1999) examinan los sistemas de seguridad social en los países del G7 (Canadá, Francia, Alemania, Italia, Japón, Reino Unido y Estados Unidos) además de cuatro países europeos (Bélgica, Países Bajos, España y Suecia). La hipótesis clave en este campo de la literatura económica es que los trabajadores tienden a retirarse demasiado jóvenes bajo sistemas de seguridad social del tipo de beneficio definido. La razón es que después de cierta edad (definida por ley y no por las preferencias de los

trabajadores), los programas de beneficio definido frecuentemente proveen incrementos en pensiones que son demasiado pequeños con respecto a las contribuciones pagadas. Esto es, una persona que decide permanecer trabajando después de cierta edad gana muy poco en términos del valor de su pensión. Esta edad crítica tiende a ser definida en las legislaciones europeas en un nivel que está por debajo de la edad de retiro usual en el Continente Americano.

En los países estudiados por Gruber y Wise (1999), hasta principios de los setenta, las tasas de participación laboral del grupo de edad de 60 a 64 años estuvieron por arriba del 70 por ciento; sin embargo, para finales del siglo algunos países tuvieron niveles por debajo del 20 por ciento, y aún para países con cambios más pequeños, la evolución es notable (en Estados Unidos la tasa cambió de 82 a 53 por ciento; Japón registró la menor disminución, de 83 a 75 por ciento).

Alemania es un buen ejemplo de cómo una política puede afectar la edad de retiro. La Gráfica II.7 muestra que a mediados de los setentas, se llevó a cabo un gran cambio en la vía para el retiro en Alemania. Entre los sesenta y los setenta, la proporción de personas en retiro por edad normal se incrementó y la participación de los casos por discapacidad fue disminuyendo, como se puede esperar en un sistema de tal naturaleza. Sin embargo, la tendencia fue interrumpida por el aumento de opciones para discapacidad y desempleo después de los 60 años de edad, así como la opción para retirarse a la edad de 63 años si el trabajador ha estado empleado por 35 años. Estas opciones estuvieron vigentes a partir de las reformas de 1972. La Gráfica II.7 muestra un gran impacto de la reforma de pensiones en Alemania. No sólo la edad promedio de retiro cambió, sino que también se incrementó la opción de desempleo.

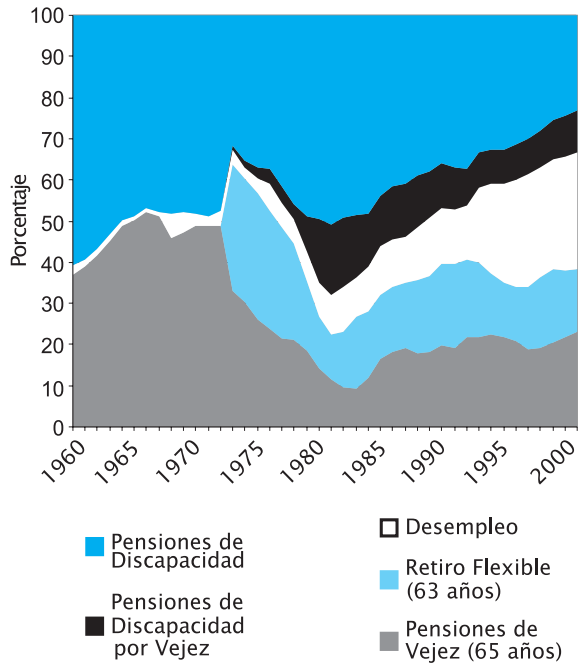
Cuadro II.2
Clasificación de Países con Población de Mayor Edad
(% de la población total)

2002		2025		2050	
Uruguay	13.0	Bermuda	22.5	Cuba	29.4
Canadá	12.9	Aruba	21.3	Barbados	29.3
Estados Unidos	12.4	Canadá	20.7	Puerto Rico	27.4
Puerto Rico	11.6	Puerto Rico	20.4	Canadá	25.7
Bermuda	10.9	Trinidad y Tobago	19.4	Trinidad y Tobago	25.0
Argentina	10.4	Estados Unidos	18.2	San Vicente y las Granadinas	22.0
Cuba	10.0	Cuba	17.1	Uruguay	20.5
Aruba	10.0	Barbados	17.0	México	20.0
Barbados	8.7	Uruguay	14.7	Estados Unidos	19.9
Anguila	8.3	Chile	14.3	Brasil	19.8
Antillas Holandesas	7.9	Argentina	13.8	Costa Rica	19.8
San Cristóbal y Nevis	7.7	Islas Vírgenes Británicas	12.9	Bahamas	19.0
Trinidad y Tobago	7.6	Anguila	12.5	Chile	18.9
Chile	7.5	Bahamas	12.2	Santa Lucía	18.9
Dominica	7.1	Antigua y Barbuda	12.0	Jamaica	18.8
San Vicente y las Granadinas	6.9	Brasil	11.0	Argentina	18.7
Jamaica	6.8	San Vicente y las Granadinas	11.0	Ecuador	17.3
Panamá	6.0	San Cristóbal y Nevis	10.9	Colombia	17.3
Antigua y Barbuda	6.0	Costa Rica	10.7	Panamá	17.3
Bahamas	5.7	Panamá	10.5	Perú	16.7

Fuente: Elaborado con base en datos de US Census Bureau (2002) y Naciones Unidas (2004).

El argumento principal contra la hipótesis que establece que los sistemas de beneficios definidos han promovido distorsiones en el mercado laboral, indica que las reglas de los sistemas de seguridad social están definidas en sí mismas (o endógenamente, como lo diría un economista). Esto significa que las sociedades pueden elegir entre un menú de edades de retiro, tasas de contribución, costos fiscales y niveles de pensión sin distorsionar el funcionamiento del mercado laboral. Este argumento representa un debate importante.

Gráfica II.7
Vía para el Retiro de Hombres en Alemania, 1960-2000



Fuente: Elaborado con base en datos de Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2004).

Este informe no puede entrar en un análisis más profundo sobre esta cuestión; sin embargo, es importante mencionar que todos los países tienen que enfrentarlo. Cualquier cambio en la política de seguridad social puede afectar los estilos de vida de sus poblaciones, especialmente entre las edades de 50 y 65 años (alrededor de las cuales las decisiones de política tienen el mayor impacto). Al tomar una decisión, los países deberán considerar en qué medida el retiro temprano es una decisión indebidamente afectada por el sistema de seguridad social, y en qué medida los individuos desean un retiro temprano.

La decisión de promover o no la edad de retiro temprano afectará el tamaño de la fuerza laboral. La forma de interpretar los estatutos poco rigurosos que regulan la discapacidad afectarán también el tamaño de la fuerza laboral. En ocasiones, un argumento reciente a favor del retiro temprano es que éste abre empleos para trabajadores más jóvenes. Sin embargo, la experiencia europea no apoya este argumento, porque el desempleo ha crecido cuando las edades de retiro han disminuido. En los países de América Latina y el Caribe esta cuestión surge con un nuevo enfoque: muchas personas llegarán a la edad de 60 años sin derecho a una pensión, debido a la baja cobertura de los sistemas de seguridad social y los gobiernos tendrán que decidir no sólo lo relacionado con las edades de retiro para los asegurados, sino también sobre la clase de la protección que les darán a los no asegurados.

II.2.3 Cambio en la Fuerza Laboral

Los cambios demográficos afectan directamente el empleo a través del crecimiento poblacional. También hay un impacto a través de la fertilidad, la composición de la edad y la educación (Naciones Unidas 2003). Además de la magnitud y composición de la edad de los entrantes potenciales al mercado laboral, la mayoría de los debates sobre empleo, desempleo y desigualdad se han concentrado en el lado de la demanda, particularmente, en determinar en qué medida estos cambios están asociados con las políticas de estabilización y reforma económica. También ha estado creciendo el interés sobre el papel que juegan las instituciones de los mercados laborales. Abordar estas cuestiones es ciertamente necesario para entender los cambios en los resultados del mercado laboral en la región, pero hay otras importantes transformaciones que están tomando lugar en América, que no han sido parte de la discusión. Específicamente, no se ha dicho mucho

acerca del papel que juegan los cambios en los determinantes por el lado de la oferta. Estos determinantes han ocasionado reducciones en el crecimiento del empleo.

La disminución en el ritmo del crecimiento poblacional desde mediados de los sesenta ha provocado cambios agudos en la composición de la edad de la población en las décadas subsecuentes. Una consecuencia importante es que las nuevas generaciones son sucesivamente más pequeñas y de esta forma la tasa de crecimiento de la población en edad de trabajar está disminuyendo. Otra consecuencia es que la proporción relativa de los grupos de mayor edad está creciendo. No obstante, este crecimiento menor no implicará una reducción en la presión sobre los mercados laborales por varias décadas, pues aunque el crecimiento porcentual es más pequeño, el crecimiento absoluto es todavía grande.

Asimismo, entre 2002 y 2025, se espera que el segmento de la población en edad de trabajar crezca más rápidamente que la población como un todo en todas las regiones, excepto en el mundo desarrollado, Europa del Este, los Nuevos Estados Independientes (NIS por su sigla en inglés) y China. Como un resultado, se espera que el grupo de edad de 15 a 64 años como porcentaje de la población total se incremente en todas las regiones, excepto esas tres (Departamento de Censos de E.U. 2004). Se estima que la población en edad de trabajar también crezca más rápido que la población total en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. El Cuadro II.3 muestra, para varias décadas, la tasa de participación de la fuerza laboral, la cual se define como la proporción de la población de 15 a 64 años de edad que es económicamente activa. La fuerza laboral total incluye ambos, empleados y desempleados.

Cuadro II.3
Tasas de Participación de la Fuerza Laboral por Quinquenio en América, 1980-2025

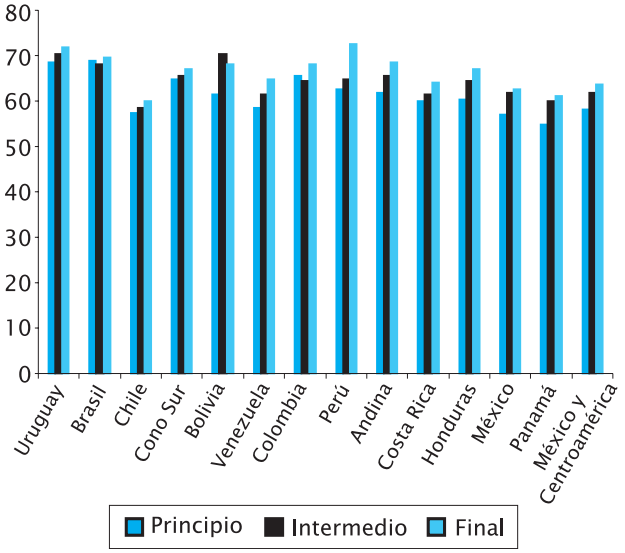
	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Argentina	53.02	55.54	57.97	58.20	59.20	60.12	60.87	61.49	61.97	62.39
Bolivia	56.70	56.27	57.91	59.48	60.43	61.41	62.36	64.10	65.71	67.28
Brasil	65.10	65.48	65.78	65.65	65.23	65.22	65.20	64.54	63.48	62.39
Canadá	64.90	65.90	67.30	64.90	65.90	63.12	62.12	60.30	58.25	56.42
Chile	47.83	49.20	50.41	52.52	53.52	54.12	54.91	56.40	57.82	58.89
Colombia	55.47	55.23	57.08	58.36	59.64	60.87	61.67	62.49	63.06	63.34
Costa Rica	53.17	53.60	56.29	59.53	60.25	60.53	61.01	61.73	62.59	63.48
Cuba	51.89	53.33	55.60	58.57	59.42	59.10	59.22	58.94	58.19	56.73
Ecuador	52.55	54.81	57.04	58.79	62.30	65.26	67.23	68.40	69.03	69.39
El Salvador	59.70	58.13	56.90	57.56	59.61	61.37	62.58	63.67	64.70	65.59
Estados Unidos	63.80	64.80	66.50	66.60	67.20	67.00	67.50	65.10	63.40	62.30
Guatemala	50.06	51.60	53.31	55.83	58.91	61.78	63.95	65.75	67.00	67.88
Haití	75.54	70.23	70.78	70.76	70.47	69.97	71.07	71.49	71.62	71.65
Honduras	57.84	59.72	61.89	62.84	63.68	64.68	65.53	66.56	67.59	68.48
México	59.33	59.38	58.99	60.08	61.43	62.49	63.32	63.96	64.35	64.36
Nicaragua	58.31	61.83	62.91	64.29	66.15	68.12	70.07	72.42	74.56	75.90
Panamá	53.40	54.22	55.10	56.31	57.17	57.70	58.15	57.96	57.23	56.13
Paraguay	57.96	58.18	58.99	59.81	60.03	60.44	60.86	60.80	60.43	59.82
Perú	59.01	60.00	60.41	61.32	63.38	65.21	66.27	66.85	67.21	67.31
República Dominicana	62.52	63.14	66.15	67.86	67.69	67.82	68.42	68.80	68.48	67.66
Uruguay	54.77	58.46	59.04	60.14	61.06	61.73	62.38	63.01	63.49	63.81
Venezuela	53.65	54.48	56.35	57.71	59.05	60.24	61.62	62.76	63.44	63.73

Fuente: Elaborado con base en datos de CELADE-CEPAL (2004), Denton, Feaver and Spencer (2000) y U.S. Department of Labor (2004).

Como se muestra en la Gráfica II.8, el incremento en la tasa de participación de la fuerza laboral ha llevado a los países de América Latina y el Caribe a niveles similares a los prevalecientes en Europa del Sur: Italia, España y Grecia (Duryea, Jaramillo y Pagés 2003). Estados Unidos tiene un nivel de participación más alto que Europa Occidental en general. Una pregunta de gran relevancia política para la seguridad social es si el resto de América evolucionará hacia esos niveles más altos de participación, o si permanecerá en los niveles observados actualmente. La respuesta a esta pregunta determinará en gran medida la evolución de los ingresos y gastos de los sistemas de seguridad social. Niveles más altos de participación pueden reducir la presión del envejecimiento sobre los sistemas de pensiones y sobre los sistemas para financiar el cuidado de la salud para los jubilados. Para el primer cuarto del siglo, las proyecciones muestran importantes incrementos en las tasas de participación de la fuerza laboral, debido al crecimiento en la participación de la mujer (Cuadro II.3). Las tasas para hombres han estado disminuyendo y no se espera que aumenten.

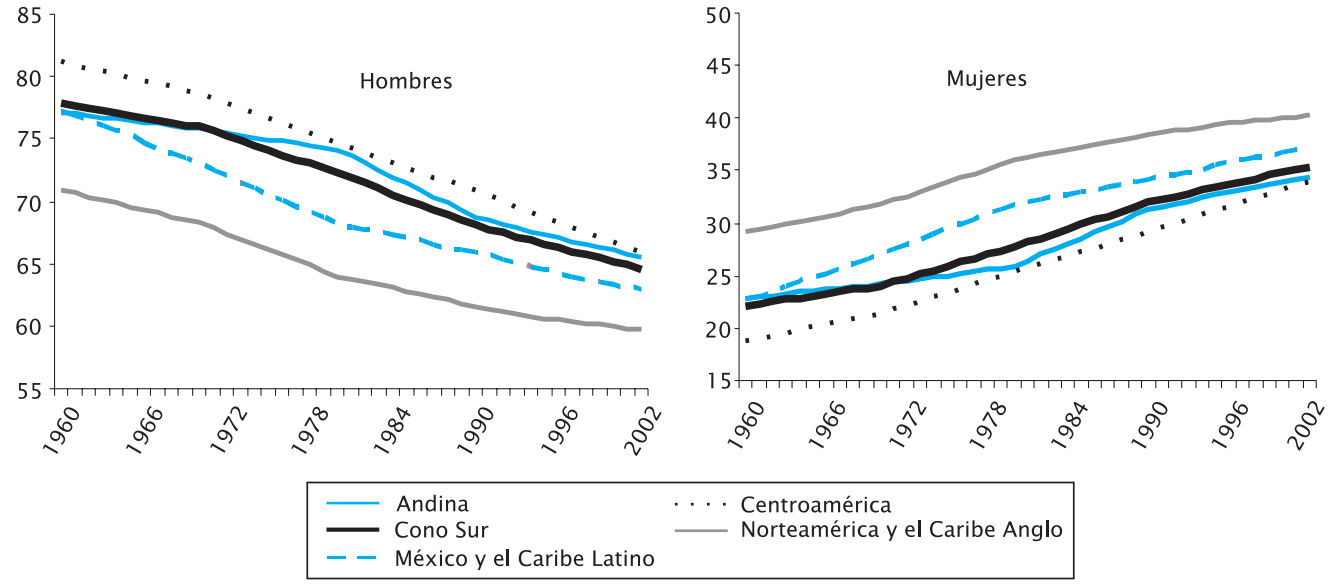
El cambio principal en la participación de la fuerza laboral durante los últimos 40 años ha sido un incremento permanente en la participación femenina a través de las regiones, como se muestra en las Gráficas II.9 y II.10. El incremento ha sido más

Gráfica II.8
Evolución de la Participación Durante los Noventa, Mujeres y Hombres de 15 a 64 años de Edad



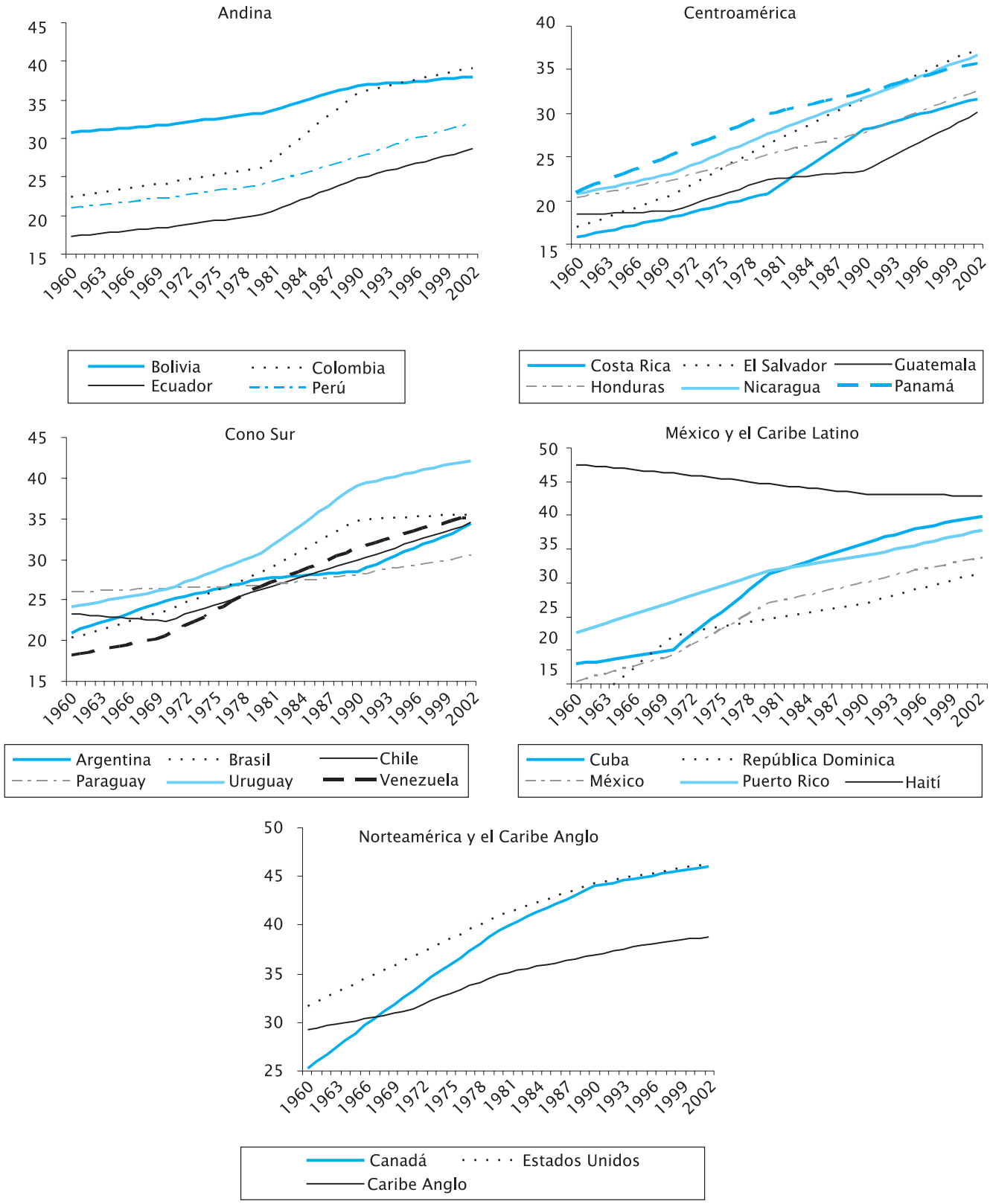
Fuente: Duryea, Jaramillo y Pagés (2003).

Gráfica II.9
Tasa de Participación de la Fuerza Laboral por Género y Región, 1960-2002
(% de la fuerza laboral total)



Fuente: Elaborado con base en datos de Banco Mundial (2004).

Gráfica II.10
Tasa de Participación de la Fuerza Laboral Femenina por Región
(% de la fuerza laboral total)



Fuente: Elaborado con base en datos de Banco Mundial (2004).

pronunciado en las regiones de Norteamérica y el Caribe Anglo, de 29 por ciento en 1960 a alrededor de 40 por ciento en 2002. México y el Caribe Latino han seguido una tendencia similar, pero con niveles de participación de alrededor de 6 a 7 puntos porcentuales menos que en Norteamérica durante este periodo. Las regiones del Cono Sur y Andina mostraron casi los mismos niveles de participación. Centroamérica es la región con la participación femenina más baja. Sin embargo, ha habido un incremento muy importante en la participación femenina en esta región (de 19 por ciento en 1960 a 34 por ciento en 2002).

En la región Andina, Bolivia, Ecuador y Perú han registrado incrementos estables a lo largo de las décadas. En contraste, Colombia mostró un incremento sustancial de cerca de 10 puntos porcentuales entre 1981 y 1992. Todos los países de Centroamérica empezaron en 1960 con niveles de participación femenina de entre 16 y 21 por ciento. La región como un todo tiene niveles de participación actuales entre 32 y 35 por ciento. En Costa Rica, el mayor incremento ocurrió durante los ochenta. En la región del Cono Sur, la participación femenina fluctuó entre 18 y 25 por ciento en los sesenta. La participación convergió a una tasa de alrededor del 27 por ciento para estos países en 1982 (sólo Uruguay registró una tasa de aproximadamente 32 por ciento) y finalizó con alrededor de 33 por ciento en 2002 (Uruguay alcanzó el 42 por ciento en 2002). En la región conformada por México y el Caribe Latino, es interesante notar el comportamiento de la oferta laboral femenina en Haití. Este es el único caso en el cual se observa una disminución en la oferta laboral femenina. Todos los otros países de esta región muestran incrementos permanentes, con tasas de entre 15 a 25 por ciento en 1965 a entre 31 y 40 por ciento en 2002. En particular, durante los setenta la participación femenina en Cuba creció en aproximadamente 10 por ciento. Las tasas más altas de participación femenina en el mercado laboral se registraron en Norteamérica y el Caribe Anglo, especialmente en Estados Unidos y Canadá.

II.3 Migración: Nacional e Internacional

II.3.1 Tendencias Migratorias

Las legislaciones y administraciones de seguridad social pueden operar más fácilmente en un ambiente de estabilidad de la fuerza laboral que en uno donde los trabajadores están continuamente cambiando de empleo, especialmente cuando los cambios traen consigo movimientos geográficos (Cuadro II.4). Esto es fácil de comprender para los especialistas de la seguridad social, porque los costos administrativos se elevan cuando el número de transacciones se incrementa y la población se dispersa. Es también el caso que en décadas pasadas la mayoría de las leyes sobre seguridad social tomaron un aspecto territorial para otorgar beneficios, los cuales no se podían pagar a personas que habían emigrado al extranjero. Ha habido avances substanciales en las décadas recientes para apoyar los derechos de los inmigrantes nacionales e internacionales con relación al seguro social, pero aún quedan grandes dificultades administrativas en muchos países en el manejo de programas para inmigrantes y la pérdida de derechos a los beneficios de pensiones o de salud, debido a la migración de los trabajadores o parte de sus familias.

Las grandes diferencias en las tasas de fertilidad entre los países, en ausencia de la migración, provocarían tasas de crecimiento poblacional de largo plazo diferentes. Sin embargo, es probable que las personas migren a través de los países cuando hay diferencias en la distribución por edad. La Oficina de Censos de Estados Unidos (2004) estima que hay tres grandes países en el continente que permanecerán como receptores netos de migración por el próximo medio siglo: Canadá, Estados Unidos y Argentina. Bajo ese escenario, esta cuestión afecta a más países por dos razones. En primer lugar, la mayoría de la migración hacia los tres países receptores provendrá de otros países de América. En segundo lugar, algunos países, además de los tres mencionados, liberarán un gran número de población mediante la migración y, sin embargo, recibirán

importantes flujos de personas. Adicionalmente, las proyecciones de población de varias décadas sugieren que el comportamiento social puede cambiar substancialmente y que los flujos de migración pueden diferir de las expectativas actuales. Por ejemplo, mientras que a países como Brasil y Uruguay se les pronostica actualmente que van a tener un crecimiento negativo de su población para mediados de siglo, estos países poseen territorios ricos y una fuerza laboral sofisticada que fácilmente podría atraer a un gran número de inmigrantes (tal como sucedió en el pasado).

En algunas ocasiones se ha dicho que los flujos de migración no son lo suficientemente grandes como para afectar substancialmente las proyecciones de población de los países grandes. Dado el gran tamaño de la población actual del mundo, y tomando en cuenta las tasas de fertilidad, esto implica que el crecimiento poblacional se desacelerará. Los impactos relativamente grandes de la migración se observarán más en países pequeños (generalmente islas) o naciones que están viviendo algún tipo de crisis. Por otra parte, la migración ha demostrado ser un fenómeno social y económico para muchos países tanto pequeños como grandes de la región. El Caribe, Centroamérica y México reciben grandes flujos de capital provenientes de los inmigrantes en Norteamérica. Estas remesas provienen principalmente de los salarios de los trabajadores inmigrantes, los cuales generan con frecuencia beneficios de largo plazo, ya sea mediante una pensión pública o privada o por cualquier otro concepto.

Las naciones con mayor recepción de inmigrantes provenientes del Caribe son Estados Unidos y Canadá. Los países europeos también recibieron cantidades significativas de inmigrantes caribeños aunque, a diferencia de Estados Unidos y Canadá, la migración europea estuvo determinada por lazos coloniales.

La evidencia recabada por las Naciones Unidas sugiere que el número de personas alrededor del mundo que estuvieron viviendo en un país distinto al de su nacimiento se incrementó de 75 millones en 1965 a 120 millones en 1990. A pesar de que los números absolutos se incrementaron, la migración total representó sólo el 2.3 por ciento de la población mundial en ambas fechas. El punto más importante es que la proporción de migrantes de los países desarrollados aumentó de 3.1 a 4.5 por ciento entre 1965 y 1990. Para Norteamérica, Europa del Este y Australasia combinados, el incremento ha sido más pronunciado, de 4.9 a 7.6 por ciento durante los mismos veinticinco años (Williamson y Hatton 2003). Asimismo, la migración temporal y de retorno se ha vuelto más común, ocasionando que los flujos brutos hayan aumentado más rápido que los flujos

Cuadro II.4
Países con Mayores Flujos Netos de Migración, 2002

Principales diez países enviadores netos de migrantes			Principales diez países receptores netos de migrantes		
Posición	País	Migración neta	Posición	País	Migración neta
1	México	-280,000	1	Estados Unidos	1,040,000
2	China	-230,000	2	Afganistán	300,000
3	Tanzania	-180,000	3	Canadá	190,000
4	Congo (Kinshasa)	-150,000	4	Alemania	180,000
5	Filipinas	-130,000	5	Rusia	140,000
6	Pakistán	-120,000	6	Reino Unido	130,000
7	Kazajstán	-100,000	7	Italia	120,000
8	Bangladesh	-100,000	8	Singapur	120,000
9	India	-80,000	9	Australia	80,000
10	Burma	-80,000	10	Timor Oriental	50,000

Fuente: U.S. Census Bureau (2004).

netos. En la mayoría de los países, los trabajadores extranjeros en empleos temporales son ocupados principalmente en los sectores de agricultura, hotelería, abastecimiento y construcción, que son en gran medida actividades temporales. El promedio de estancia para los contratos de trabajo por temporada por lo general es limitado y varía de entre tres a seis meses.

De acuerdo con la Oficina de Inmigración y Ciudadanía de Canadá, el número registrado de trabajadores extranjeros estuvo afectado directamente por la implementación de la Ley de Protección de Inmigración y Refugiados (IRPA, por su sigla en inglés) hacia la segunda mitad del año 2002, la cual afectó principalmente a Estados Unidos. Dicha ley excluyó diversas categorías de trabajadores extranjeros que requerían un permiso de trabajo por estancias de corta duración. Como se aprecia en el Cuadro II.5, durante el segundo trimestre del 2003, alrededor de 26,384 trabajadores extranjeros llegaron a Canadá. Esto ocasionó para mitad del año un total de 44,087 trabajadores extranjeros, representando una disminución del 13 por ciento comparado con el mismo período de 2002. Durante el segundo trimestre de 2003, el mayor número de trabajadores extranjeros provenía de México. Considerando las tendencias trimestrales de los cinco años anteriores, esta fue la primera vez en un segundo trimestre que se registraron más trabajadores extranjeros de México que de Estados Unidos. Los Estados Unidos se ubicaron en segundo lugar, enviando 4,185 trabajadores, lo que representa una disminución del 40 por ciento sobre el segundo trimestre del año 2002.

El segundo trimestre de cada año es un período importante para la entrada de trabajadores agrícolas temporales al amparo del Programa de Trabajadores Temporales de la Agricultura de Canadá (SAWP, por su sigla en inglés), el cual permite la entrada de trabajadores de México y del Caribe. Los dos países con mayor participación en este programa son México y Jamaica. En el segundo trimestre de 2003, el 98 por ciento de los trabajadore extranjeros de México y el 97 por ciento de Jamaica fueron trabajadores agrícolas temporales.

En Estados Unidos, como lo muestra la Gráfica II.11, los principales países que envían trabajadores temporales son los de América, con 42.3 por ciento en 2002, de los cuales México fue el más importante con más de una tercera parte del total, seguido por Canadá. Esto se debe, entre otras razones, a la

Cuadro II.5
Trabajadores Temporales en Canadá, 2002-2003

		2002				2003	
País	Total	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Cuarto trimestre	Primer trimestre	Segundo trimestre
Estados Unidos	20,302	4,991	7,025	5,014	3,272	3,589	4,185
México	11,393	2,305	5,295	372	73	2,448	5,427
Reino Unido	6,316	1,468	1,863	1,565	1,420	1,208	1,426
Australia	5,661	1,244	1,194	1,098	2,125	1,592	1,293
Jamaica	5,519	760	1,996	2,710	53	808	2,085
Japón	5,383	1,218	1,991	1,287	887	1,145	2,027
Francia	4,648	1,065	1,918	1,104	561	1,171	1,956
Filipinas	4,615	1,263	1,270	1,134	948	1,135	1,358
India	1,865	486	591	497	291	383	606
Irlanda	994	70	751	112	61	52	671
Otros países	21,214	5,191	6,618	8,527	2,878	4,172	5,350
Total	87,910	20,061	30,512	24,768	12,569	17,703	26,384

Fuente: Citizenship and Immigration Canada (2003).

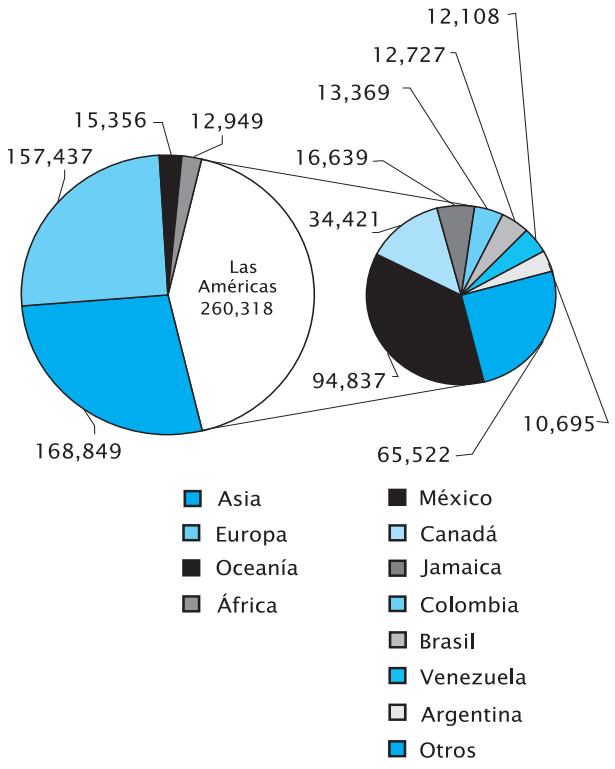
cercanía de los países de América y a la larga frontera que tienen México y Canadá con este país. Los datos del Cuadro II.6 muestran que los trabajadores temporales en Estados Unidos aumentaron drásticamente de 163,262 en 1992 a 543,950 en el año 2000, principalmente en las categorías de puestos especializados y servicios no disponibles.

II.3.2 Efectos de la Migración en el Mercado Laboral

Países de Origen

Los países de origen se benefician con las remesas de los trabajadores y del aumento en salarios reales (especialmente para trabajadores no calificados y desempleados) que con frecuencia ocurren cuando la emigración equilibra el mercado laboral de dichos países. Por el lado negativo, la emigración de trabajadores altamente capacitados ha estado ligada con la escasez de habilidades, reducciones en la producción y los impuestos en muchos países. Esta situación puede ser un serio obstáculo para la consolidación de los sectores modernos en sistema y tecnología y, de forma más general, en áreas donde la

Gráfica II.11
Trabajadores Temporales en Estados Unidos, 2002



Fuente: Elaborado con base en datos de U.S. Citizenship and Immigration Services (2002).

Cuadro II.6
Trabajadores Temporales por Categorías en Estados Unidos, 1992-2000

Tipo de Admisión	1992	1994	1996	1998	2000
Trabajadores temporales y en capacitación	**163,262**	**185,988**	**227,440**	**371,653**	**543,950**
Enfermeras tituladas	7,176	6,106	2,046	551	565
Empleos especiales	110,223	105,899	144,458	240,947	355,605
Desempeño de servicios no disponibles en Estados Unidos	34,442	28,872	23,980	52,203	84,754
Trabajadores agrícolas	16,390	13,185	9,635	27,308	33,292
Trabajadores no-agrícolas	18,052	15,687	14,345	24,895	51,462
Trabajadores en entrenamiento industrial	3,352	3,075	2,986	3,157	3,208
Trabajadores con habilidades/logros especiales	456	5,029	7,177	12,221	21,746
Trabajadores que acompañan o asisten en el desempeño de trabajadores con habilidades/logros especiales	258	1,455	2,112	2,802	3,627
Atletas o entrenadores reconocidos internacionalmente	3,548	22,500	25,968	34,447	40,920
Artistas o animadores en programas de intercambio recíproco	90	613	1,727	3,089	4,227
Artistas o animadores en programas culturales únicos	1,131	4,942	5,938	9,452	11,230
Trabajadores en programas internacionales de intercambio cultural	9	1,546	2,056	1,921	2,447
Trabajadores del Programa de Entrenamiento y Proceso de Paz en Irlanda	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	279
Trabajadores en empleos religiosos	2,577	5,951	8,992	10,863	15,342

Fuente: US Citizenship and Immigration Services (2001).
N.D.: No disponible.

capacidad de innovación es crucial para disminuir la brecha entre los países en vías de desarrollo y los desarrollados.

Los supuestos sobre la migración futura son generalmente mucho más especulativos que los correspondientes sobre fertilidad y mortalidad. La migración internacional puede ocurrir como un resultado de cambios en las condiciones económicas, problemas políticos, persecusiones, hambrunas y otras condiciones extremas en los países de origen, por lo que a los individuos les atraen las oportunidades económicas que parecen estar disponibles en las sociedades más industrializadas. De esta forma, los individuos emigran en busca de una vida mejor o más estable en cualquier otra parte. Las proyecciones de migración son objeto de grandes errores debido a lo impredecible de las condiciones citadas.

Existe una relación importante entre las remesas y los flujos de capital. Mientras que los flujos de capital privado han bajado, las remesas de los trabajadores han llegado a ser una fuente importante de fondos externos para muchos países en desarrollo. Las remesas fueron una de las fuentes menos volátiles de recursos provenientes del extranjero para los países en desarrollo en la década de los noventa. Los flujos de capital tienden a aumentar durante los ciclos económicos favorables y a bajar en tiempos difíciles, mientras que las remesas muestran una marcada estabilidad a lo largo del tiempo.

Algunos estudios indican que en algunos países las remesas se han utilizado de forma creciente con propósitos de inversión, especialmente en países de bajo ingreso. Por ejemplo, Woodruff y Centeno (2001) estiman que las remesas provenientes de Estados Unidos son responsables de casi una quinta parte del capital que se invirtió en micro empresas en México.

Países de Destino

El incremento en la oferta de trabajo debido a la inmigración en ocasiones afecta negativamente los salarios o las tasas de empleo de los nativos. La evidencia empírica ha permanecido inconclusa debido a la dificultad de aislar los efectos de la inmigración de otros factores tales como las diferencias (entre los trabajadores domésticos y los migrantes) en habilidades, sexo, edad y educación profesional y la experiencia obtenida en el extranjero (Coppel, Dumont y Visco 2001). La naturaleza dinámica de este problema ha hecho más difícil evaluar los efectos de la migración en la oferta de trabajo; no obstante, se ha encontrado que los efectos de la inmigración sobre los salarios pueden ser negativos. Según Borjas, Freeman y Katz (1997), el 21 por ciento del aumento en el número de trabajadores migrantes no capacitados en Estados Unidos, de 1975 a 1995, redujo el ingreso por salarios de los trabajadores locales no capacitados hasta en un 5 por ciento.

A pesar de que recibe mucha atención el efecto potencial adverso de la inmigración en las tasas de desempleo y salarios, la inmigración también genera muchos efectos positivos. Primero, los trabajadores inmigrantes ocupan empleos que los trabajadores nativos no desean ocupar y en los cuales el capital no puede ser substituido por el trabajo. Así, la migración puede incrementar la productividad y controlar la inflación, como en el caso de Estados Unidos en los años noventa. Segundo, los trabajadores inmigrantes tienden a ser más responsables ante las condiciones del mercado de trabajo que los propios trabajadores locales. La migración puede ayudar a aligerar la rigidez del mercado laboral y mejorar la productividad (Coppel, Dumont y Visco 2001). Tercero, los efectos multiplicadores generados por el gasto de los inmigrantes en los países receptores no deben subestimarse. Finalmente, la competencia que enfrentan los trabajadores locales menos calificados de los países desarrollados con respecto a los trabajadores inmigrantes es similar a la que enfrentan las importaciones de bienes intensivas en mano de obra provenientes de países en vías de desarrollo.

La aceptación de inmigrantes altamente calificados o capacitados es una política de muchos

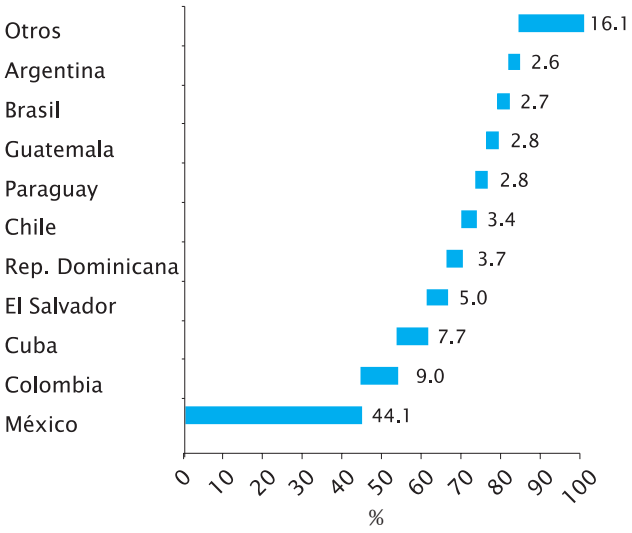
países. En Estados Unidos, Canadá y Australia, por ejemplo, las políticas de inmigración han llegado a ser progresivamente más selectivas con respecto a los perfiles educativos y profesionales de los individuos a quienes se les concede la residencia. En los países desarrollados, la demanda de individuos capacitados en sectores especializados algunas veces sobrepasa a los sistemas locales de capacitación. Este problema se incrementa debido a la edad de la población y a la disminución de los jóvenes que entran al mercado laboral cada año.

Una de las cuestiones de política que gira en torno al tema migratorio se relaciona con el hecho de si la afluencia de trabajadores jóvenes puede ayudar a los países con poblaciones de mayor edad a resolver los problemas financieros de los sistemas de seguridad social. De acuerdo con simulaciones para los Estados Unidos la Unión Europea y Japón (Fehr 2003) el aumento migratorio hace muy poco para mitigar los problemas fiscales que enfrentan estos países. La migración aumenta el tamaño de la fuerza laboral y un flujo de trabajadores jóvenes ciertamente aumentará la base contributiva. Pero Fehr (2003) asume que, dado que los inmigrantes obtienen salarios más bajos (particularmente los inmigrantes menos capacitados), reciben típicamente más beneficios por peso percibido que el pago de impuestos en relación con los trabajadores locales. De esta forma, más inmigrantes se traducen en más pensiones y gastos en cuidados de salud para el gobierno, puesto que los inmigrantes también adquieren derechos para obtener tales beneficios. En el balance, tal expansión de la inmigración no influye substancialmente en la transición demográfica. La única política que podría ayudar a estos países a enfrentar su dilema demográfico es un incremento masivo de la inmigración altamente capacitada.

Es posible distinguir dos períodos relativamente recientes en los cuales las políticas de inmigración fueron substancialmente diferentes. La política de inmigración fue medianamente restrictiva antes de la Primera Guerra Mundial, pero después de la Segunda Guerra Mundial ha habido un mayor incremento de medidas restrictivas sobre políticas de inmigración en muchos países. Las restricciones han llegado a ser más claras desde el punto de vista estatutario, y se han hecho grandes inversiones para mejorar la aplicación apoyadas con el desarrollo en tecnologías de información. Estas tendencias se han observado desde los años sesenta, y con los acontecimientos del 11 de septiembre de 2001 las medidas de seguridad se han reforzado y los países han acelerado la adopción de medidas administrativas de control en las entradas y salidas.

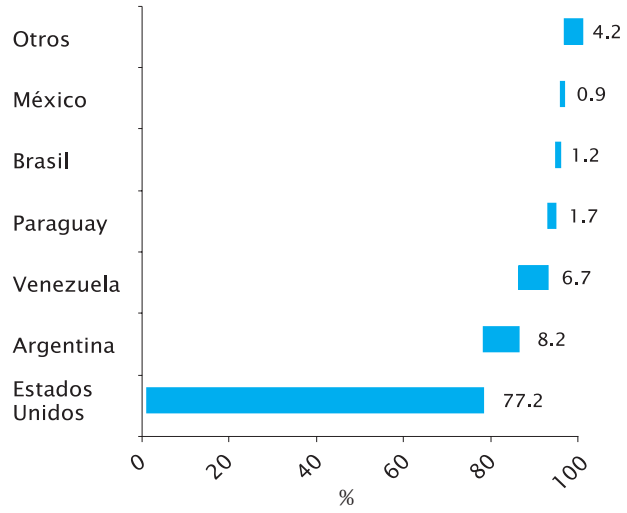
La Gráfica II.12 muestra que en América, México fue el país que envió un mayor número de personas en 1990, con el 44.1 por ciento del total de emigrantes hacia otros países, incluyendo Estados Unidos. Más del 70 por ciento de todos los emigrantes de América están en Estados Unidos (Gráfica II.13).

Gráfica II.12
Países de América con Mayor Número de Emigrantes, 1990
(% del total de migrantes)



Fuente: Elaboración con base en datos de CEPAL-CELADE (2000).

Gráfica II.13
Países de América con Mayor Número de Inmigrantes, 1990
(% del total de migrantes)



Fuente: Elaborado con base en datos de CEPAL-CELADE (2000).

Recuadro II.1 Las Políticas de Migración

Durante las pasadas tres décadas, las políticas en el área de migración laboral han seguido cuatro tendencias principales: el aumento de medidas restrictivas y selectivas en la admisión de inmigrantes en los países desarrollados; un incremento significativo en el número de países, particularmente en países desarrollados, que se han convertido en anfitriones para trabajadores extranjeros; el reconocimiento de que los derechos de los trabajadores inmigrantes y sus familias necesitan ser protegidos; y la adopción de acuerdos regionales sobre el libre movimiento de personas (Naciones Unidas 2002).

En un clima creciente de políticas restrictivas, éstas reflejan una evolución hacia un mayor grado de selección, favoreciendo la admisión de individuos y de grupos de personas con características y necesidades específicas de trabajo, tales como las relacionadas con la ciencia y la tecnología, con habilidades consideradas como oferta de corto plazo en el mercado de trabajo y con capacidad de ingresar capital.

Aún en el aspecto de categorías preferenciales como en el caso de los Estados Unidos de América, o en sistemas como el de Canadá, a principios de 1990 la mayoría de los países con inmigración han promulgado leyes poniendo gran énfasis sobre las habilidades de los inmigrantes. El reclutamiento de trabajadores extranjeros sobre la base de sus habilidades ha tenido gran influencia sobre el origen y la naturaleza de los flujos migratorios. Bajo tal sistema actual de preferencia, los inmigrantes recién llegados a los Estados Unidos provienen de Asia y Europa, mientras que en Canadá, el número de inmigrantes, el cual se relaciona con factores tales como educación, capacitación, ocupación e idiomas, se ha reducido a inmigrantes que dependen de relaciones familiares.

Las medidas migratorias para trabajadores calificados difieren significativamente de las adoptadas para otros tipos de migración. Esta diferencia existe tanto en países de asentamientos permanentes como en países desarrollados importadores de mano de obra. En los países con asentamientos, a los trabajadores calificados o capacitados sólo se les proporciona residencia temporal y, por lo tanto, no están en el programa permanente de inmigración. En contraste, en los países desarrollados que importan mano de obra, los trabajadores calificados, con frecuencia son contratados por un período que puede exceder el tiempo concedido para otros tipos de trabajo.

La migración laboral todavía se ve como una materia de interés nacional o bilateral. El Acuerdo General sobre Comercio en Servicios (GATS por sus siglas en inglés), adoptado durante las últimas rondas del Acuerdo General sobre Tarifas y Comercio (1993), proporciona una estructura general para los movimientos

Recuadro II.1 Las Políticas de Migración (Cont.)

temporales de personas basados en acuerdos de gobierno a gobierno. Además, ningún acuerdo que haya entrado en vigor, incluyendo el GATS, contiene reglas claras o específicas relativas al movimiento laboral. Sin embargo, un buen número de países desarrollados, incluyendo los Estados Unidos, han dado los primeros pasos hacia la formulación de tales acuerdos. También ha aumentado el interés en que estos acuerdos pueden tener el efecto de sustraer trabajo altamente calificado de los países menos desarrollados (conocido como fuga de cerebros), particularmente los sectores de salud y educación.

Organismos regionales y subregionales consideran también el manejo de flujos migratorios internacionales como un tema principal en sus agendas y han desarrollado un amplio rango de medidas en diferentes niveles, relativas a las condiciones de admisión, estancia y tratamiento de trabajadores extranjeros. Estándares regionales incluyen aquéllos que se relacionan con la protección de trabajadores inmigrantes, así como los que se vinculan con la administración de la migración. La Comunidad Andina adoptó en el 2003 el Instrumento Andino para Trabajo Migratorio Revisado. Con el fin de fortalecer los procesos de integración, los países del MERCOSUR aprobaron un acuerdo sobre residencia para sus nacionales en noviembre del 2002.

Los acuerdos bilaterales han sido de gran importancia para resolver y administrar los flujos de emigración entre dos países. Desde los años noventa ha habido una apertura global en los acuerdos bilaterales, aunque en la práctica varía entre las regiones. Estos acuerdos bilaterales tienen un amplio rango de objetivos que incluyen la prevención de la migración ilegal o dirimir cuestiones económicas y sociales fronterizas (este es el caso de los acuerdos que Argentina ha concretado con Bolivia en 1999, Perú y Uruguay en 1999, los cuales aún no entran en vigor). Otros acuerdos están dirigidos a temas relativos al trabajo temporal en la agricultura. Éstos incluyen una experiencia exitosa, como el Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales de la Comunidades del Caribe y Mexicanos en Canadá. Con frecuencia este acuerdo se considera un programa modelo de admisión y protección para inmigrantes. Está basado en un Memorando de Entendimiento (MOU) que permite al gobierno mexicano seleccionar trabajadores y monitorear sus condiciones en Canadá y a una asociación canadiense de empleadores que transporta a los trabajadores hacia las granjas en las que realizarán su trabajo. Los empleadores entregan evaluaciones escritas de cada trabajador al final de cada temporada, las cuales colocan en sobres cerrados, y son enviados a las autoridades mexicanas con los trabajadores que regresan.

II.4 Conclusiones

Las proyecciones de largo plazo indican que el crecimiento de la población de América seguirá siendo elevado en las próximas décadas, aunque a un ritmo menor que en el pasado. Sin embargo, el Continente Americano será aún un área de alto crecimiento poblacional. La tasa de crecimiento de la fuerza laboral permanecerá alta durante los próximos años, debido al gran aumento de las cohortes nacidas durante las décadas de los ochenta y noventa, las cuales entrarán al mercado laboral en el que, además, habrá un mayor número de mujeres trabajando.

Surgen dos preguntas importantes. Primero, ¿la participación de la fuerza laboral de adultos menores de 55 años de edad se mantendrá creciendo a los niveles de Norteamérica, o permanecerá alrededor de los estándares de Europa del Sur? Segundo, ¿el comportamiento de las personas que se acerquen a la edad de retiro seguirá los patrones europeos de baja actividad, los patrones de Norteamérica de altas tasas de participación en los mercados laborales pero decrecientes, o los niveles de participación japoneses arriba de 70 por ciento después de los 60 años de edad? Ambas preguntas tienen implicaciones estratégicas para la seguridad social. Un servicio de calidad puede ser proporcionado por medio de inversiones en investigación para desarrollar mejoras en la toma de decisiones. La evidencia indica que las decisiones sobre tasas de impuestos y beneficios de la seguridad social pueden forjar el futuro de un país en relación con estos temas.

Este Capítulo también muestra que el Continente Americano continuará siendo un lugar importante para la migración, particularmente la migración dentro del mismo Continente y al interior de los países (y quizá en menor medida para los movimientos intercontinentales, por lo menos en las próximas dos décadas).

Para la seguridad social, lo anterior crea retos que bien pueden ser enfrentados a través de la comunicación y cooperación de los gobiernos de las naciones y las administraciones de seguridad social. En el caso de los trabajadores migrantes nacionales, las adminstradoras nacionales de seguridad social tienen también un reto pendiente para mejorar su capacidad de afiliación y proveer protección a tales trabajadores, que con frecuencia carecen de ella, cuando ellos han permanecido trabajando un tiempo considerable en el sector formal.

CAPÍTULO III
LA INFORMALIDAD EN EL MERCADO LABORAL Y LA SEGURIDAD SOCIAL

CAPÍTULO III
LA INFORMALIDAD EN EL MERCADO LABORAL Y LA SEGURIDAD SOCIAL

III.1 El Enfoque Cambiante de la Economía Informal

Los sistemas de seguridad social en el Continente Americano tuvieron un crecimiento favorable durante varias décadas hasta alrededor de los años setenta y ochenta cuando los países en la región de ALC empezaron a enfrentarse con dificultades para cumplir la meta de incrementar la cobertura. Hasta la fecha, la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS) se refiere al incremento en la cobertura como el reto preeminente para el seguro social en los países en vías de desarrollo. En América del Norte, la falta de cobertura ha sido un tema en los Estados Unidos en el área de salud, asunto que se tratará en el Capítulo VI de este Informe. La discusión en este capítulo se refiere principalmente a lo relacionado con América Latina y el Caribe.

Desde el último cuarto del siglo XX, ha existido una preocupación sobre el crecimiento de la población "informal", "de mercado negro" o "no cubierta". La urbanización ha sido progresiva y hace varias décadas había la creencia (o tal vez la esperanza) de que, tan gradual y lento como pudiera ser el proceso, se podría alcanzar un estado de largo plazo donde todos, excepto una pequeña minoría de familias, estarían cubiertas por el seguro social.

Actualmente hay varios enfoques en cuanto a lo que es el fenómeno de la economía informal y cuáles son sus repercusiones para la seguridad social. Primero, no se espera que un proceso gradual lleve a los empleadores a afiliar a los trabajadores y sus familias para que estén protegidos en una manera creciente. Mientras que la falta de cobertura se atribuye a veces a las crisis económicas (las cuales han sido más comunes que lo que se esperaba en los últimos 30 años), los resultados en el mercado laboral no se pueden entender sólo como el resultado de un comportamiento del ciclo económico desfavorable. Una parte sustancial de la economía informal prospera durante periodos de expansión económica y se ha observado que durante las recesiones se motiva el crecimiento relativo de la economía formal en muchos países. Para las siguientes décadas, incluso aunque las economías informales crezcan siguiendo una trayectoria más estable que en el pasado, no se puede garantizar una cobertura creciente. Fraga (2004) estima que para 7 países de América Latina el número de crisis bancarias y de balanzas de pago durante los años noventa fue menos de la mitad que en los años ochenta (9 contra 26). Mientras algunos de estos episodios pueden tener efectos en el largo plazo, y la creciente estabilidad de las economías nacionales va a beneficiar gradualmente al mercado laboral en diferentes dimensiones, no parece ser un argumento claro esperar niveles más bajos de informalidad sólo porque los países se han vuelto más estables en sus macroeconomías.

Además, cuando se comparan los enfoques actuales sobre la informalidad con aquellos que eran comunes en los años sesenta y setenta, hay un fuerte énfasis en la importancia de la gobernabilidad, de la tributación y de la regulación como conductores del grado de informalidad en el mercado laboral y en la economía en su totalidad. También se acepta que el comportamiento de los trabajadores y empleadores puede ser afectado en mayor medida por la estructura del sistema impositivo y por la carga que imponen en la sociedad y en los contratos laborales; y por la eficiencia y los costos de los procesos regulatorios para las empresas y los individuos, incluyendo si las autoridades ejecutivas y judiciales son eficientes en implementar leyes tributarias y otras regulaciones con certidumbre y bajo costo. Los nuevos conceptos no se han traducido en planes sencillos de política. La reforma económica ha probado ser un conductor poderoso para la productividad, pero no ha determinado un aumento en la cobertura de las instituciones de seguridad social.

En este nuevo enfoque, los individuos en la economía informal desarrollan actividades relacionadas con los altos costos de obedecer al marco regulatorio, así como con una baja probabilidad de ser detectados por parte de las autoridades regulatorias. Además, pueden tener salarios y ganancias en la productividad similares al sector formal para un grupo de auto-empleados y pequeños empleadores. Esto significa que para algunos individuos, los ingresos pueden ser tan buenos o hasta mejores en la economía informal que en la formal, y que las ganancias en productividad para algunas empresas pequeñas informales pueden ser por lo menos temporalmente tan buenas como las que obtendrían si estuvieran en el sector formal. Esto no significa que el sector informal es tan productivo como el sector formal en general, o que su crecimiento es bueno para el desarrollo social de largo plazo.

En el sector informal predominan los auto-empleados y las pequeñas empresas (la mayoría con 5 trabajadores o menos), los cuales no pueden ser totalmente vigilados por las autoridades regulatorias y fiscales. Las empresas informales no pueden crecer para alcanzar los tamaños óptimos de producción y distribución y generan costos que afectan el bienestar global, porque la falta de protección social frecuentemente determina la necesidad de programas sociales suplementarios, y la falta de obediencia del marco regulatorio en general induce a riesgos ecológicos, ambientes deficientes para la salud y la seguridad, bajos ingresos tributarios, y un ambiente competitivo injusto, entre otros resultados colectivos negativos. Tanto los auto-empleados como los empleados de micro-empresas se encuentran en mayor riesgo de caer en la pobreza dado que trabajan bajo ambientes deficientes y están desconectados del seguro social.

Cuando las empresas informales son exitosas, eventualmente se enfrentan a la elección discreta de permanecer informales y pequeñas o moverse a la economía formal para tener la posibilidad de aumentar su tamaño y acceso a ambientes de negocios regulados, lo cual significa que aunque el costo social de un nuevo informal es bajo en el corto plazo, en el mediano plazo aumenta sustancialmente. Por lo tanto, cuando se dice que un trabajo informal es tan productivo como uno en el sector totalmente regulado y pagador de impuestos, la aseveración es condicional. Primero, está condicionada a aplicarse a algunas empresas y algunos individuos por un límite de tiempo; segundo, no toma en cuenta los costos de la desobediencia de la ley.

Muchos sistemas de seguro social en el Continente Americano tuvieron una inspiración original en los modelos europeos. Se diseñaron usando un modelo prototipo que genera flujos financieros de los impuestos sobre la nómina y de los fondos de la seguridad social y reasigna flujos financieros para los proveedores de servicios de salud, centros de atención infantil, y fondos de pensiones, los cuales a cambio pagan beneficios y servicios finales. A lo largo de las décadas, los mercados laborales en muchos países de la región

de ALC no han seguido completamente el modelo anterior. Algunas razones son que muchos países en el Continente Americano han mantenido grandes poblaciones rurales de no asalariados, el trabajo ha tomado formas contractuales no asalariadas, incluso en las grandes ciudades, y el cumplimiento de las leyes y las regulaciones ha sido ineficiente. Adicionalmente algunos países no se han sentido confiados para legislar las contribuciones obligatorias para los trabajadores no asalariados e, incluso para los asalariados, las contribuciones fueron algunas veces fijadas en niveles que son muy bajos para hacer los programas sostenibles bajo cualquier escenario (una condición que aún permanece en algunos países).

Se ha argumentado que los mercados laborales en América Latina son flexibles en el sentido en que, a pesar de las bajas tasas de crecimiento económico observadas en los años ochenta, el desempleo ha permanecido en niveles relativamente bajos, aunque crecientes (véase el Recuadro III.1) y los salarios reales han respondido un tanto rápido a cambios en las condiciones económicas agregadas, pero no han crecido consistentemente en todo momento y para cada país desde los años ochenta (véase Recuadro III.2). Sin embargo, la flexibilidad para los propósitos macroeconómicos no es el único ni el más importante criterio para evaluar el funcionamiento del mercado de trabajo, y el crecimiento de los mercados laborales informales indica que hay una gran fracción de trabajos de baja productividad y trabajadores subempleados con trabajos en donde no les pagan bien, y sin un seguro social básico.

La definición de informalidad en la literatura ha sido controversial, difiere entre diferentes estudios y depende de la disponibilidad de datos. Mazumdar (1976) y Weeks (1985) mencionan que los trabajadores formales están protegidos por regulaciones e instituciones mientras que los trabajadores informales no lo están. Sethuraman (1981) sugiere que las actividades informales son aquellas que se generan por la respuesta a las necesidades de los trabajadores de crear su propio empleo en donde el sector formal es incapaz de proveer trabajos. Tokman (1989) ve al sector informal como caracterizado por actividades con bajo capital, tecnología simple y empleo de salario marginal. Esta falta de capital humano, financiero y físico implica una entrada fácil al sector; los individuos deciden participar en él como un mecanismo de supervivencia o para complementar el ingreso familiar más que para maximizar las ganancias de la empresa. Thomas (1992) propone que las actividades de la economía informal comprenden cuatro sectores: familiar, informal, irregular y criminal, con el criterio definitorio enfocado a la legalidad de los bienes y servicios producidos y distribuidos por estas actividades. Sin embargo, la OCDE (2002) señala que la gran mayoría de las actividades informales proveen bienes y servicios cuya producción y distribución son legales, y que esas actividades no son necesariamente realizadas con la intención deliberada de evadir el pago de impuestos o de las contribuciones de la seguridad social, o para infringir la legislación laboral u otras regulaciones.

Como resaltará en la siguiente discusión, para propósitos de análisis social y para desarrollar iniciativas de política, la definición más adecuada de informalidad se basa en las diferencias en el comportamiento de los salarios y el empleo entre los participantes del mercado laboral. Cuando empleados similares tienen acceso similar a paquetes laborales similares, definidos como el conjunto de beneficios monetarios y no monetarios (incluyendo a la seguridad social), el mercado laboral no está segmentado. Más específicamente, el tener un "mercado laboral segmentado" significa, primero, que partes diferentes del mercado tienen "diferentes reglas para determinar el salario y las políticas laborales" y, segundo, que el "acceso a los trabajos en por lo menos algunos sectores en algunos momentos es limitado en el sentido de que más personas quieren trabajos de los que están siendo ofertados. Por lo tanto, puede haber cola para estos puestos tanto en la forma de desempleo o filas de

trabajo entre trabajadores empleados o ambos" (Dickens y Lang 1992).

El que un trabajo sea intensivo en capital o no, "moderno" o "tradicional", ocurra en una empresa pequeña o grande, no es algo importante por sí mismo. Tal vez las definiciones más comunes de un trabajo informal están basadas en el tamaño del empleador, en el estatus de auto-empleo y en la cobertura de la seguridad social. Estas definiciones juegan un papel útil para desarrollar estadísticas, pero pueden tener el problema de la falta de lógica y son inadecuadas. La pregunta de política es por qué algunos trabajos no están cubiertos por la seguridad social, haciendo inútil el poder definir a la informalidad en términos de no tener seguridad social. Si los determinantes de los salarios y el empleo son los mismos entre sectores, entonces no debiera importar si el empleador es pequeño o grande, intensivo en capital o moderno.

III.2 Los Principales Enfoques Económicos de las Causas de la Informalidad

III.2.1 El Enfoque de Mercados Laborales Duales

Un enfoque que probablemente predominó en la economía del desarrollo y en las discusiones de política hasta los años setenta se basaba en la hipótesis de los mercados laborales duales. Estas teorías asocian al sector informal con modelos de migración rural y urbana (Harris y Todaro 1970, Sethuraman 1981, Fields 1975, Telles 1991), y con un proceso lento de asimilación por el sector moderno de trabajadores provenientes de trabajos tradicionales. En este enfoque, los mercados laborales son vistos como duales o segmentados con el sector formal, el cual ofrece mejores trabajos que el informal. Estos sectores no están conectados: el sector formal tiene un número limitado de trabajos regulados, mientras que el sector informal está compuesto por trabajadores desaventajados que hacen fila para los "buenos" trabajos en el sector formal, con mayores salarios y seguridad social. La segmentación implica que un trabajador informal no puede escoger en qué sector trabajar. Por lo tanto, el sector informal es visto como un residual del formal. Está caracterizado por trabajos de baja productividad, bajos salarios, bajos niveles educativos, y principalmente es representado por los auto-empleados que trabajan solos o con parientes sin remuneración.

Una versión más reciente de la teoría del mercado laboral dual sostiene que la vertiente del mercado laboral informal también puede surgir debido a las regulaciones gubernamentales excesivas, o cuando los empleadores ajustan la producción a las condiciones económicas cambiantes y tratan de mantener altos salarios para retener a los "buenos" trabajadores; a esto también se le llama el efecto del salario eficiente (Saint-Paul 1997).

El enfoque de los mercados laborales duales considera al sector informal como un resguardo contra la parte negativa del ciclo económico, en periodos de recesiones, lo cual disminuye el impacto de estas recesiones en el desempleo abierto. Esto debería llevar a una relación opuesta entre el crecimiento del sector informal y el crecimiento en el desempleo: entre mayor es el tamaño del sector informal, más bajo sería el nivel del desempleo abierto. Es importante notar que el crecimiento del sector informal en América Latina también ha sido afectado por la creciente oferta de trabajadores (véase el Capítulo II) y por el hecho de que las empresas formales han demandado más trabajo calificado.

El enfoque de trabajos "formales-buenos" e "informales-malos" ha sido tradicionalmente apoyado por la OIT. Las recomendaciones de políticas laborales para reducir la informalidad han incluido el aumento de los niveles de empleo y del PIB-formal. Entre las razones citadas para la baja protección social en la economía informal está el hecho de que algunos trabajadores y empleadores son informales en un intento deliberado para evadir las contribuciones de seguridad social. Sin embargo se reconoce que la mayoría de los que se encuentran en la economía informal no son capaces o no están dispuestos a contribuir con un porcentaje

relativamente alto de sus ingresos para financiar los beneficios de la seguridad social debido a que éstos no son parte de sus necesidades prioritarias. Adicionalmente, pueden ser familiares o desconfiar de la manera en que se administran los esquemas de seguro social formal. Como resultado, varios grupos de trabajadores informales han planeado esquemas que son mejores para sus necesidades prioritarias y su capacidad para pagar (van Ginneken 1999, Garro 2003).

Otros factores restringen el acceso de los trabajadores informales a los esquemas de seguro social formal (van Ginneken 1999). Así, la mayoría de los trabajadores en la economía formal que tienen ingresos estables y relativamente adecuados están en una mejor posición para contribuir regularmente a la seguridad social, incluyendo el proporcionar para su retiro. Los trabajadores informales, por otra parte, puede que no estén dispuestos a ahorrar para el retiro; en general, le dan prioridad a las necesidades más inmediatas, como alimento, vivienda, educación y servicios de salud para ellos y sus familias y usualmente gastan una parte considerable de su presupuesto en estas necesidades. También se dice que psicológicamente los trabajadores informales normalmente están tan preocupados con enfrentarse a sus necesidades inmediatas de supervivencia que son incapaces de preocuparse o estar motivados para proporcionar para una eventualidad distante. El vivir de un día para otro hace que se enfrenten a riesgos catastróficos que pueden llevarlos a un estado de endeudamiento permanente. Por otro lado, estos trabajadores pueden ahorrar en activos reales que son productivos en las ocupaciones económicas y que pueden ser liquidados en caso de necesidad (posiblemente a un costo mayor, haciendo de ésta una forma ineficiente de administración del riesgo).

Adicionalmente, al tener diferentes prioridades de protección social, los trabajadores informales también tienen una capacidad contributiva menor. La tasa de contribución del sector formal para el seguro social es habitualmente alrededor del 20 por ciento o más de la nómina total (OIT 2002). Los trabajadores auto-empleados y las micro-empresas frecuentemente no están preparadas para pagar una contribución total por ellos mismos y de hecho, a veces son incapaces de hacer eso. La irregularidad del empleo informal contribuye a que no sea una fuente de ingreso confiable para un sistema de seguro social.

Las restricciones legales para la protección social de los trabajadores informales también son un factor de exclusión. En la mayoría de los países en vías de desarrollo, los esquemas del seguro social están restringidos por el tamaño del empleo (limitado a grandes empleadores, bajo el entendimiento de que ellos tienen la capacidad financiera y mejores estructuras de apoyo administrativo para cumplir con las obligaciones del esquema); por área geográfica; por grupo ocupacional (comúnmente excluyendo a los auto-empleados, trabajadores domésticos y trabajadores casuales). Aún cuando estas restricciones basadas en la legislación sean reconocidas o eliminadas, pueden ser obstáculos institucionales.

Muchos países en vías de desarrollo no tienen marcos institucionales en los cuales la participación en los esquemas de seguridad social pueda estar organizada, las contingencias y los derechos puedan ser definidos, los beneficios puedan ser establecidos y las contribuciones recaudadas. Muchos esquemas en los países en vías de desarrollo encuentran muy difícil, si es que no más allá de su capacidad, el hacer frente al volumen de sus tareas administrativas asociadas con la operación de los esquemas de seguro social. Los gobiernos puede que no estén dispuestos o sean incapaces de asegurar compromisos nuevos y potencialmente caros. Los mismos trabajadores informales pueden ver al esquema como ineficiente o que no es de su mejor interés y por lo tanto no estar dispuestos a cumplir con las obligaciones de afiliación. Tanto empleadores como trabajadores informales también pueden estar preocupados de que el registro bajo los esquemas de seguridad social formales puedan tener otras implicaciones negativas, tales como una mayor presión para cumplir con otro tipo de legislación.

El reporte de la OIT sobre el sector informal en su Conferencia del 2002 describe la preocupación generalizada sobre un sector informal creciente, notando que los dimensiones de la brecha de la protección social pueden ser juzgadas por el hecho de que sólo el 20 por ciento de todos los trabajadores mundiales tienen verdaderamente una protección social adecuada y más de la mitad de los trabajadores mundiales y sus dependientes son excluidos de algún tipo de protección de la seguridad social formal. También existe el tema de la inequidad, en que los trabajadores y sus empleadores en la economía formal están obligados a soportar la carga de financiamiento del sistema de seguridad social, ya sea a través del seguro social o de los impuestos, mientras que los trabajadores de la economía informal no contribuyen al seguro social ni pagan impuestos, especialmente si son informales en un intento deliberado de evitar la contribución.

Con estas inquietudes, ha habido un creciente reconocimiento de la necesidad de ampliar el concepto de seguridad social para tomar en cuenta los problemas enfrentados por los países en vías de desarrollo y las realidades de la economía informal. Con un empleo flexible e inestable y muchos trabajadores en la economía informal, la OIT (2002) postula que lo que se necesita es un concepto más amplio de "protección social" que incluya no sólo a la seguridad social sino a los esquemas no estatuarios, varios tipos de esquemas de nuevas contribuciones, sociedades de beneficios mutuos y esquemas de ciudadanos regulares y comunitarios para trabajadores en la economía informal. Este concepto amplio se acerca más a la meta de proteger a cualquiera en contra de los diversos riesgos y contingencias que surgen en el trabajo, independiente del lugar donde se desempeñe el trabajo. El potencial de micro-seguros y esquemas basados en el área también debe de ser explorado como un útil primer paso para responder a las necesidades urgentes de las personas, particularmente para mejorar el acceso a los servicios de salud.

La OIT (2002) sugiere las siguientes medidas para expandir el seguro social: eliminar cualquier incentivo para los empleadores para reportar artificialmente un menor número de trabajadores; revisar los esquemas estatuarios para facilitar la afiliación parcial por parte de los auto-empleados, trabajadores domésticos, agrícolas y aquellos con un ingreso regular proveniente de actividades informales; fortalecer la capacidad administrativa de los esquemas de seguridad social, particularmente en obedecer a la administración financiera que conserva un registro; encargarse de la educación y tomar conciencia de los programas públicos para mejorar la imagen del sistema de seguridad social; extender la cobertura dentro de un tiempo preescrito para todas las personas como empleados, excepto en grupos especiales como los sirvientes domésticos, trabajadores familiares y casuales; abrir nuevas "ventanas" y ofrecer beneficios que satisfagan las necesidades y capacidades contributarias de los grupos que actualmente no están cubiertos.

III.2.2 Nuevos Desarrollos

El Capítulo 1 de este Informe muestra que la reforma a la regulación en el mercado laboral no ha sido una estrategia activa para la mayoría de la región. Es conocido que las legislaciones nacionales son frecuentemente vistas como fuentes de altos costos para el crecimiento del empleo y del salario. Sin embargo, una opinión que ha venido creciendo después de una ola de investigación extensa desde mediados de los noventa es que la rigidez en el mercado laboral no parece ser un problema importante para muchos países, desde un punto de vista del ajuste de los salarios y el empleo.[1] Frecuentemente los salarios mínimos han sido suficientemente bajos como para no representar una restricción importante y los salarios reales han sido

[1] El volumen editado por Heckman y Pagés (2004) es una referencia útil de esta literatura.

considerablemente flexibles frente a los choques macroeconómicos adversos. Esto no significa que no haya problemas regulatorios, y la economía es una causa mayor de preocupación. La existencia de un sector informal implica que una parte sustancial del marco regulatorio no se aplica, en detrimento del bienestar general y del ambiente competitivo, y que los trabajadores en el sector informal están bajo el riesgo de la pobreza, generando la necesidad de costosas políticas remediadoras. Estos y otros asuntos relacionados están involucrados en la visión actual de la economía informal.

En este enfoque de la estructura y del funcionamiento del sector informal, la relación indirecta entre el desempleo abierto y el sector formal se hace menos importante y puede desaparecer, porque existe evidencia que muestra que el crecimiento del sector informal aparece no sólo en periodos de recesión sino también en periodos de crecimiento de la producción y de los salarios, cuando el empleo formal también crece.

Partiendo de micro-datos, Maloney (2003) argumenta que el sector informal en la región de ALC debe ser visto como "un análogo no regulado en países en vías de desarrollo del sector de pequeñas empresas con voluntad empresarial encontradas en países avanzados, más que un residual que consiste en trabajadores desaventajados racionados y dejados fuera de los buenos puestos de trabajo" (p. 2). Otras partes de la literatura ven al mercado informal como el resultado de un esfuerzo continuo por parte de empresas modernas para evadir la protección obligatoria a través de la subcontratación de trabajadores no protegidos en un proceso acelerado por la competencia global. El establecimiento de estándares comunes laborales y la ejecución de la ley son relevantes para el comportamiento del sector informal dado que las empresas en los países en vías de desarrollo pueden emplear una fuerza laboral efectiva y desprotegida para competir con empresas en países desarrollados. Maloney (1999, 2002) no encuentra evidencia para sostener esta afirmación, dado que en México sólo el 20 por ciento de los auto-empleados están relacionados a las grandes empresas.

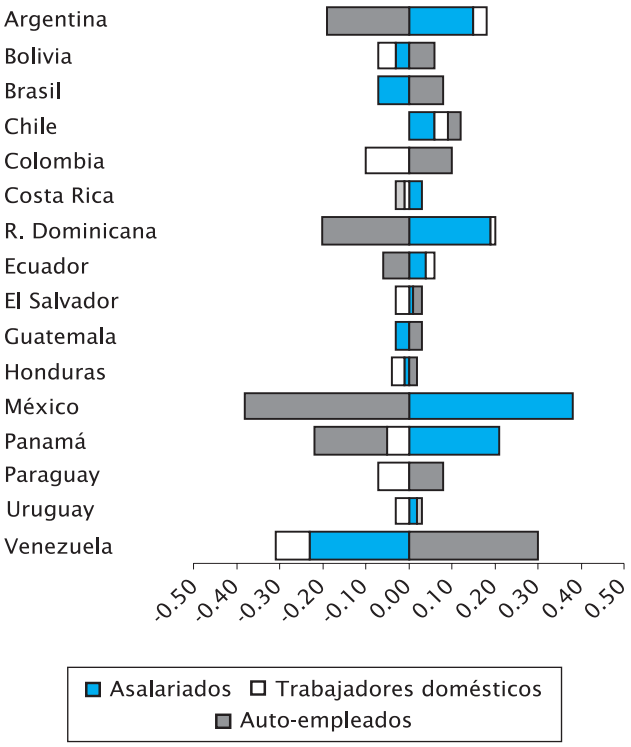
El sector informal es muy heterogéneo. No es un "sector" con actividades y resultados homogéneos; es más bien un conjunto variado de actividades que tienen conexiones con muchas otras actividades formales e informales. Los grupos más grandes de trabajadores informales en la mayoría de los países son: (i) hombres que son auto-empleados o dueños de micro-empresas no registradas con menos de cinco trabajadores (frecuentemente estos últimos involucran a miembros de la familia del auto-empleado), (ii) el asalariado informal, que trabaja en micro-empresas sin seguro social, y (iii) mujeres, que aparecen en varias modalidades del trabajo informal como servicio doméstico. La Gráfica III.1 muestra los cambios en la composición del trabajo del sector informal (definida como aquellos sin seguridad social) durante los años ochenta y noventa en América Latina. El grupo de los auto-empleados es el más grande en todos los países. Sin embargo, su tamaño relativo ha cambiado en diferentes direcciones entre países. Mientras la proporción de auto-empleados ha crecido en Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Honduras, Paraguay y Venezuela, ha decrecido en Argentina, Costa Rica, El Salvador, México, Panamá y Uruguay. A finales de los noventa, la reducción del auto-empleo con un aumento paralelo en el tamaño de los que perciben salario (de magnitudes similares) es fácil de observar en México, Panamá y la República Dominicana. El tamaño relativo del segmento de los trabajadores domésticos no ha cambiado drásticamente durante el período.

Los Auto-Empleados

La evidencia de Argentina, Brasil y México ha mostrado que algunos trabajadores que previamente tenían trabajos y acumulaban capital humano en el sector formal, voluntariamente abrieron un nuevo negocio en el sector informal. También hay evidencia que señala que los trabajadores de edad media son más propensos a entrar en el auto-empleo que los trabajadores jóvenes en los países menos desarrollados. Esto puede ser debido a restricciones

crediticias: trabajadores de edad media o mayores son más propensos a tener algunos ahorros para empezar su propio negocio. Otro factor causal puede ser que la mayor mejoría en los logros educacionales en la región de ALC determina que los trabajadores jóvenes están mucho más educados que sus padres, y los bajos niveles de capital humano entre estos últimos hacen difícil su inserción en los trabajos formales.

Gráfica III.1
América Latina: Cambios en la Composición de los Trabajadores Informales por Posición de Empleo, 1980-1998*



Fuente: Freije (2001).
*La información usada para calcular las diferencias en el período corresponden a 1980 y 1998 o el año próximo más cercano a estos.
La información de México, Panamá y República Dominicana tiene cambios en la cobertura de empresas pequeñas. La información para Argentina tiene cambios en la cobertura de auto-empleados no profesionales.

Blanchflower (2004) elaboró un estudio actualizado y uno de los más completos sobre auto-empleo alrededor del mundo, y sus conclusiones son una útil referencia para las políticas de seguridad social. Parece que en áreas urbanas, el reto de la cobertura está definido en su mayor parte en relación con empresas pequeñas, lo cual puede ser visto siempre como un esfuerzo del auto-empleado, a veces solo y a veces como "creador de trabajo" para unas pocas personas más.

Los auto-empleados no son necesariamente pobres o desaventajados, y la evidencia muestra que actualmente más personas serían auto-empleados si existiera un financiamiento adecuado. El tema del acceso al crédito como determinante del auto-empleo ha sido investigado por Blanchflower, Levine y Zimmerman (2004). Estos autores encontraron que en los Estados Unidos existe evidencia de discriminación contra las empresas que son propiedad de una persona perteneciente a una minoría. Estas empresas solicitan crédito con menor frecuencia; cuando lo solicitan, frecuentemente son rechazadas, aún después de controlar por diferentes características de la empresa, incluyendo el historial crediticio, y terminan pagando tasas de interés muy altas. Probablemente debido a esto, el auto-empleo es menor para las minorías en los Estados Unidos (afro-americanos e hispanos).

Evans y Leighton (1989) y Evans y Jovanovic (1989) encontraron que en los Estados Unidos las personas con mayores activos son más propensas al auto-empleo. Blanchflower y Oswald (1998) encontraron que para el Reino Unido el auto-empleo es más común para aquellos que han recibido donaciones o herencia. Resultados similares se encuentran entre los países: Finlandia, Canadá, Australia y otros. El tema de los impuestos también es un determinante importante del auto-empleo. Para Canadá, Shuetze (1998) estima que un incremento del 30 por ciento en los impuestos lleva a un aumento en la tasa de auto-empleo masculina de entre 0.9 y 2 puntos porcentuales; y para los Estados Unidos, sus estimaciones se encuentran entre 0.8 y 1.4 puntos porcentuales.

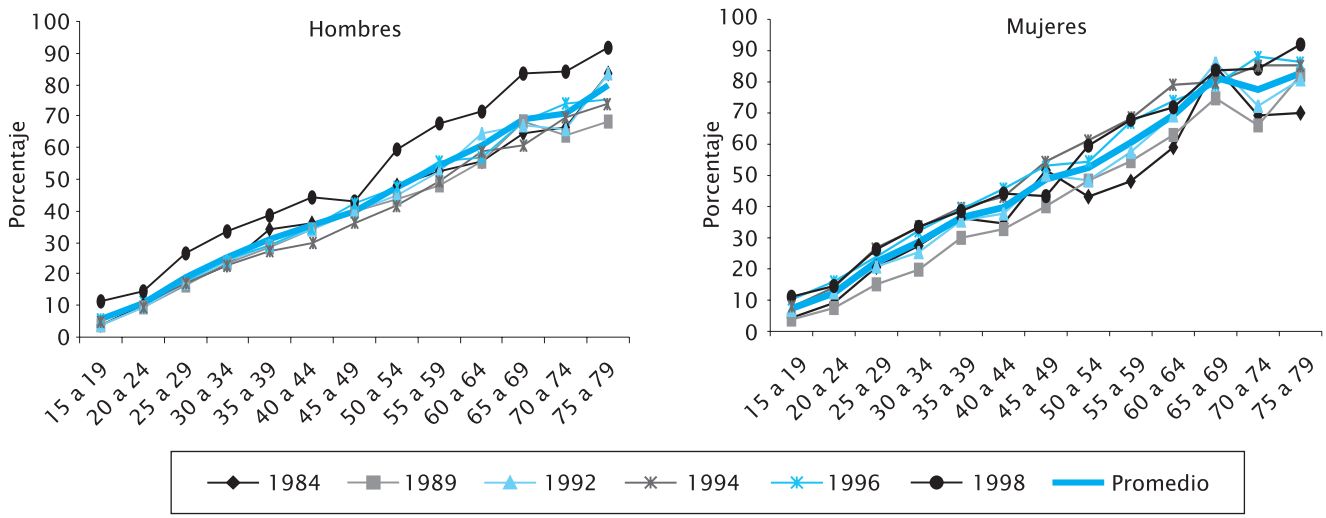
Una pregunta frecuente es si los malos tiempos económicos llevan al auto-empleo. La evidencia parece señalar hacia una dirección diferente, lo cual es consistente con el enfoque de que los

trabajadores frecuentemente están restringidos en liquidez para poder moverse al auto-empleo. Blanchflower y Oswald (1990) encuentran que para el Reino Unido existe una fuerte relación entre el desempleo regional y el auto-empleo: un mayor desempleo se asocia a un menor auto-empleo. Este resultado es consistente con el enfoque de que un mercado laboral más ajustado (un estado de menor desempleo) está asociado a mejores oportunidades para las ganancias de los auto-empleados, y motiva a los trabajadores para dejar sus puestos de asalariados para emprender el camino hacia pequeños empresarios.

Los asuntos institucionales pueden afectar los patrones del auto-empleo. En Estados Unidos, entre más educada sea una persona será más propensa a ser auto-empleada, mientras que en Europa el resultado es opuesto. Un resultado más general se relaciona con el nivel general de riqueza del país: con respecto a esta variable clave, países de menores ingresos tienen más auto-empleados (Grecia, Turquía, México, Corea y Portugal en el estudio de Blanchflower (2004)). Consistente con la relación de los niveles de riqueza, existe una tendencia global hacia un menor auto-empleo, pero esto es un resultado que en gran medida proviene de la urbanización o de un menor porcentaje de la fuerza laboral agrícola. Por otro lado, muchos países han tenido una tendencia hacia altas tasas de auto-empleo no agrícola (entre ellos se encuentran Australia, Bélgica, República Checa, Islandia, Irlanda, México, Nueva Zelanda, Polonia, Portugal, Republica Eslovaca, Suecia y el Reino Unido).

En Estados Unidos y en la Unión Europea el auto-empleo aumenta con la edad hasta alrededor de la edad de retiro y luego decrece. En el área de LAC parece que hay una fuerte relación entre el auto-empleo y la edad. La información mexicana proporciona evidencia respecto a cuánto crece el auto-empleo con la edad (Gráfica III.2), un resultado que se mantiene en general también para países desarrollados. En México, la mayoría de los trabajadores jóvenes están asalariados, pero para los 50 años la mitad se ha vuelto auto-empleada. Esta es una combinación de dos efectos. Por un lado, conforme los trabajadores ganan en capital humano y físico o financiero, deciden ser micro-empresarios; y, por el otro lado, los trabajadores mayores que se encuentran separados de sus trabajos pueden ser forzados al auto-empleo, siendo incapaces de obtener un trabajo en el sector formal.

Gráfica III.2
Auto-empleo por Género y Grupo Edad en México, 1984-1998
(porcentaje)



Fuente: Información de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), para varios años.

Las pequeñas empresas a veces son vistas como precursoras del crecimiento económico, pero la evidencia no apoya esta conclusión. Davis, Haltiwanger y Schuh (1996) encuentran que los negocios pequeños crean muchos trabajos, pero también destruyen muchos, y no hay evidencia del empleo del mayor crecimiento laboral por parte de pequeños empleadores.

Black, Holtz-Eakin y Rosenthal (2001) encontraron que en Estados Unidos, el auto-empleo por parte de las minorías depende fuertemente del tamaño de la población minoritaria en el área metropolitana. Esto también parece ser consistente con el enfoque de que en la ausencia de restricciones de liquidez, más personas se cambian al auto-empleo. Por otra parte, el auto-empleo no es más común en áreas con más inmigrantes. No es fácil, sin embargo, generalizar los resultados entre los países. Por ejemplo, Clark y Drinkwater (2000) encontraron que en Inglaterra y en Gales el auto-empleo es menos común para las minorías que viven en áreas con una alta proporción de personas con la misma etnicidad (esto es lo opuesto a lo que se observa para Estados Unidos), y que las personas del Caribe tienen tasas de auto-empleo más bajas que los de China y la India. Para Australia, Kidd (1993) encuentra que los inmigrantes de países anglos tienen tasas de auto-empleo más bajas que aquellos provenientes de países no anglos.

Otra característica del auto-empleo que debe ser considerada para el diseño de políticas es que los patrones de auto-empleo se ven afectados por las capacidades y la habilidad empresarial. Blanchflower, Oswald y Stutzer (2002) encuentran, en encuestas comparables internacionalmente, que un gran número de personas expresan un deseo por ser auto-empleadas. El auto-empleado reporta frecuentemente mayores niveles de satisfacción laboral, aparentemente debido a los altos niveles de autonomía y flexibilidad, incluso cuando también reporta mayores niveles de estrés. Williams (2003) encuentra resultados similares para Canadá.

Trabajadores Asalariados Informales

El trabajador asalariado informal ha crecido en importancia con el tiempo en muchos países. Este grupo está principalmente compuesto por individuos jóvenes con poca educación, trabajadores familiares y mujeres. Es un sector poco protegido que está relacionado a altos niveles de pobreza. Los jóvenes, después de que terminaron la escuela deciden participar en el mercado laboral para tener entrenamiento y aceptan trabajos informales de baja o nula paga. Los profesionistas subcontratados constituyen otro grupo de trabajadores informales jóvenes, aunque estén listos (o deseosos) de trabajar en el sector formal. En la economía informal hay una distinción entre los auto-empleados y los asalariados. El enfoque que atribuye una productividad relativamente más alta y una tendencia empresarial hacia los trabajos informales está más cerca a lo que hacen los auto-empleados, mientras que los asalariados en las micro-empresas son frecuentemente trabajadores más desaventajados, con poca educación y habilidades y poca o nula experiencia laboral en el sector formal.

La proporción de mujeres trabajadores es más grande en el sector informal que en el formal. Tal vez prefieran trabajar como informales aquellas que son casadas y tienen hijos, ya que encuentran trabajos más flexibles. Sin embargo, entre aquellas que son solteras y más educadas hay mayor deseo por entrar al sector formal. De hecho, el grupo de mujeres que son solteras y sin hijos están sobre-representadas en el mercado laboral formal. Una vez más, para hacer que los trabajadores asalariados informales se afilien voluntariamente el sector formal se deben promover más facilidades como, por ejemplo, regímenes especiales para profesionistas jóvenes y mujeres casadas.

Opción de Participar en las Actividades Informales

Maloney (2003), basándose en información de micro-empresas, encuestas laborales y evidencia econométrica, encuentra que la mayoría de los

trabajadores informales en las partes de ALC escogen voluntariamente participar en ese sector, y define al sector informal en los países en vías de desarrollo como un sector micro-empresarial no regulado. Que los trabajadores sean voluntariamente informales no significa que estén libres de la pobreza o de condiciones ambientales y sociales peligrosas, sino sólo que no estarán mejor en trabajos del sector formal dadas sus aptitudes y otras características. Esto contrasta con el enfoque del sector informal como un grupo residual desaventajado de los mercados laborales segmentados. Las empresas del sector informal en América Latina (las cuales emplean entre el 30 por ciento y el 70 por ciento de la fuerza laboral urbana) son aquellas de pequeña escala, semilegales, con baja productividad y que están basadas en la familia.

Si los trabajadores del sector informal prefieren el empleo actual a uno en el sector formal, debe ser porque los empleos son al menos de la misma calidad, considerando todo el conjunto de características que definen el puesto de empleo. Estar en el sector informal es a menudo la decisión apropiada dadas sus preferencias, las restricciones que enfrentan en términos de su capital humano y del nivel de la productividad del trabajo en el sector formal en el país. Por lo tanto, los trabajadores del sector informal pueden preferir encontrar un sustituto de la protección social del sector formal a través de redes de seguridad informales, tales como proveedores de crédito sin regulación, redes de servicio de salud con arreglos informales para el acceso y pago de servicios, y grupos comunitarios para el cuidado de niños o para el cuidado de discapacitados.

Otras observaciones contradicen el enfoque de que el sector informal está compuesto por trabajadores en desventaja. Continuamente los trabajadores abandonan el empleo en la economía formal voluntariamente para alcanzar algún grado de independencia y hasta mayores ingresos en la economía informal. De acuerdo con Maloney (2003), más del 62 por ciento de los hombres auto-empleados en Brasil no quieren unirse al sector formal, y en Buenos Aires sólo el 26 por ciento de los auto-empleados buscan un empleo formal. Aparentemente, el comportamiento de estas personas es similar al observado en Estados Unidos, donde después de algunos años de trabajo asalariado, algunos han ahorrado lo suficiente y deciden convertirse en sus propios jefes. Bajo esta perspectiva, la pregunta que se le plantea a la política de seguridad social es por qué estas personas deciden abandonar la protección ofrecida por los programas de seguro social.

La explicación parece recaer en una combinación de: (i) el costo de las contribuciones y la existencia de opciones alternativas para recibir protección (incluyendo programas asistenciales competitivos de salud y de ingreso complementario); (ii) un diseño de los programas de seguridad social que favorece la extensión de la cobertura a todos los miembros de la familia, sin importar su condición laboral, o que favorecen el derecho a gozar de beneficios económicos aún con una carrera laboral intermitente, o que permiten contribuciones menores debidas a los objetivos de redistribución; (iii) modelos administrativos para la recolección de impuestos y provisión de servicios que favorecen el trato de grandes empleadores y de empleos permanentes, que enfrentan altos costos y que no resultan efectivos al administrar los casos de pequeños empleadores, auto-empleados, alta rotación del empleo y migrantes.

En la primera cuestión, debe ser claro que cuando la calidad de los programas ofrecidos por la seguridad social es baja respecto a los pagos, el interés del auto-empleado para contribuir se ve disminuido. Un factor relacionado es que los trabajadores en la economía informal tienen opciones, generalmente en la forma de programas públicos alternativos creados para proteger a los no asegurados. También es común que los programas no contributivos compitan con la seguridad social por el limitado presupuesto público, reduciendo aún más los incentivos de los individuos para contribuir.

Acerca del segundo factor, las reglas de los sistemas de seguridad social contienen discontinuidades que desincentivan el pago de las

contribuciones durante la vida económicamente activa y que promueven la subdeclaración de los impuestos sobre la nómina. Los programas de seguridad social para la salud comúnmente protegen a los cónyuges, a los niños pequeños y en ocasiones también a los padres, niños mayores y otros dependientes. Para las familias con dos o más personas que perciben ingreso, la contribución realizada por uno solo puede ser suficiente para proveer cobertura a todos. Adicionalmente, como algunos programas públicos persiguen el objetivo de universalidad, no incluyen restricciones para enfermedades o accidentes preexistentes, y resulta fácil para una familia que sufre un daño inesperado a la salud convertirse en afiliada después de tener el problema. De manera similar, en los programas de pensiones, las mayores tasas implícitas de retorno corresponden a quienes perciben un menor salario y a los trabajadores con carreras laborales intermitentes. Sin embargo, reportar un salario bajo y realizar un flujo interrumpido de contribuciones puede ser una consecuencia de las mismas reglas, por lo que los auto-empleados y los micro-empresarios utilizan esta información para pagar sólo el número mínimo de períodos requerido, optimizando así su bienestar personal.

Finalmente, los costos fijos de hacer cumplir la ley son más fáciles de cubrir en el caso de grandes y medianas empresas, y las instituciones de seguridad social pueden enfrentar grandes problemas para recaudar las contribuciones de las pequeñas empresas y de los auto-empleados, quienes comúnmente no cuentan con una dirección permanente y se mueven continuamente. Las nuevas tecnologías permiten una gran disminución de los costos de administración de los servicios al consumidor y de los procesos financieros (incluyendo la recaudación), pero no está claro que éstas serán suficientes. Aunque este Informe no abarca el desarrollo del tema administrativo, se puede decir que entre los distintos cambios que están ocurriendo se encuentra la adopción de programas computacionales para el servicio a clientes que permite una comunicación más barata y segura con usuarios individuales en un contexto descentralizado; además, las instituciones de seguridad social deberían contar con una responsabilidad clara que les permita alcanzar un cambio rápido en la adopción de estas tecnologías.[2]

Ingresos Laborales en las Actividades Informales

¿Ganan menos los trabajadores informales? ¿Cómo puede saberse cuál es la explicación correcta para la informalidad en un país? Los argumentos siguientes dicen que la explicación para la informalidad y la falta de protección social puede ser una mezcla de factores. Algunos individuos deciden convertirse en auto-empleados una vez que acumulan suficiente capital humano, financiero y físico, para mejorar sus ingresos y bienestar al convertirse en un tipo de micro-hombres de negocios (con mayor frecuencia, éstos son hombres). Otros están en el sector informal porque su nivel de habilidades es muy bajo y su trabajo de muy baja productividad, o porque su condición personal e historia no les permite comprometerse en un empleo de tiempo completo lejos de casa. Entre el último grupo se encuentran frecuentemente jóvenes, trabajadores mayores despedidos del sector formal y mujeres de bajos ingresos. Una estrategia para ampliar la red de seguridad social al sector informal debe distinguir estos casos, buscando las estrategias que mejor se acomoden a cada tipo de empleo, pero también reconociendo que los asalariados informales frecuentemente trabajan para los auto-empleados en micro-empresas.

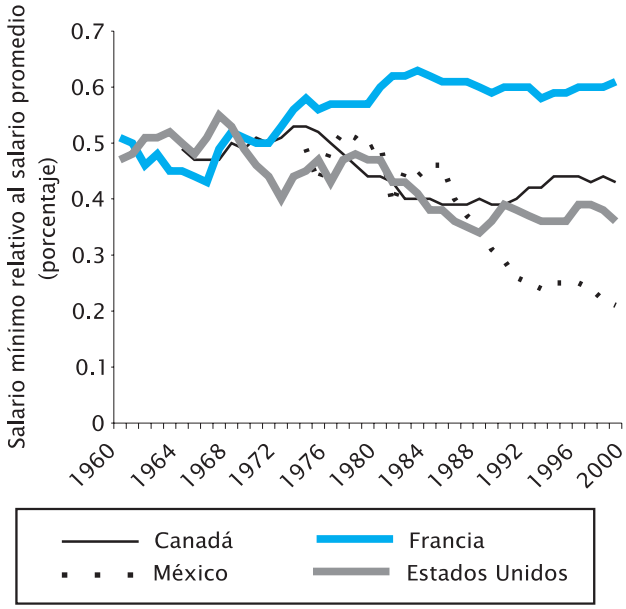
Más que considerar una sola explicación, los reformadores de políticas pueden ayudarse de la investigación para identificar la importancia relativa de cada tipo de trabajador, de forma que se puedan desarrollar soluciones específicas para cada caso. Para aquéllos que ven en el sector informal una oportunidad para mejorar respecto a

[2] Una recopilación reciente de historias exitosas en la aplicación de tecnologías de información en los procesos de seguridad social es el reporte realizado por la *International Social Security Association* (2004).

las condiciones del empleo asalariado formal, la restricción para convertirse en afiliados de la seguridad social no se debe a una falta de recursos, por lo que tal vez este grupo puede ser atraído por un mejorado sistema administrativo para la afiliación y recaudación que tome en cuenta los intereses de las micro-empresas y por un modelo más flexible para proveer beneficios económicos y de salud. Para aquéllos que ven al sector informal como la opción de supervivencia de última instancia, con bajos salarios y ambientes deficientes de trabajo, tiene que reconocerse que los programas de ayuda complementaria son necesarios si se les quiere incluir en la red de protección social.

Los diferenciales de salario entre los sectores proveen evidencia sobre los factores que determinan la informalidad en un mercado laboral dado. Si no hay segmentación entonces no debería haber diferencias en los ingresos laborales de un individuo entre los sectores, y de los salarios (o la forma relevante contractual de los ingresos) se debería esperar que fueran los mismos para las mismas habilidades y ocupaciones. Por lo tanto, para desarrollar una estrategia de política, es útil observar las encuestas, censos y otras evidencias que muestren el comportamiento de los ingresos laborales entre los sectores. También es importante considerar que los resultados en el mercado laboral pueden cambiar después de las decisiones de política. Por ejemplo, la Gráfica III.3 muestra la evolución de los salarios mínimos relativos a los salarios promedio en Francia, Canadá y Estados Unidos desde la década de los sesenta. Mientras que Francia ha seguido una política de altos salarios mínimos, este parámetro se ha visto disminuido en los otros dos países. Aunque una discusión detallada de esta evidencia y de sus implicaciones no es el objetivo de este Informe, es claro que la decisión de imponer un alto salario mínimo puede afectar las decisiones de empleo en el largo plazo, así como el comportamiento del desempleo y auto-empleo.[3]

Gráfica III.3
Razón del Salario Mínimo al Salario Promedio



Fuente: OCDE, Estadísticos del Mercado Laboral - Indicadores. Disponible en: http://www1.oecd.org/scripts/cde/members/lfsindicatorsauthenticate.asp

Las comparaciones de salarios entre los sectores reportan evidencia contradictoria. Pisan y Pagán (2003) discuten que existe evidencia de colas para entrar al sector formal en Nicaragua, y que la espera se ha hecho más pronunciada en años recientes. Sin embargo, su interpretación es que el sector informal es uno de oportunidades, en vez de un refugio para los trabajadores que nunca podrán asegurarse un empleo en el sector formal.

Es importante considerar que los diferenciales en el salario deberían contar no sólo por los ingresos monetarios sino también por cualquier otro beneficio asociado con el empleo. En principio, si el sector formal incluye ingresos monetarios y de algún otro beneficio, entonces se espera que los ingresos monetarios de los

[3] Card, Kramarz y Lemieux (1996) ofrece un análisis de este tema.

informales estén por arriba de aquéllos percibidos por los trabajadores formales para compensarles esa falta de beneficios. Asimismo, como el auto-empleo está compuesto principalmente por auto-empleados que comienzan negocios riesgosos, se podrían esperar mayores ingresos para compensar el riesgo. Por otro lado, si el mercado de trabajo está segmentado, estos resultados de "equilibrio" pueden no mantenerse, y los trabajadores informales estarían en desventaja debido a las regulaciones y reglas no escritas en la determinación de los salarios. El resultado neto de estas fuerzas, así como la importancia empírica de cada una de ellas variará entre los países, lo que provee un incentivo adicional para invertir en la producción de datos e investigación para encontrar las mejores soluciones para cada mercado.

En promedio, los salarios son mayores en el sector formal que en el informal. Esto puede resultar de las diferencias entre los empleos y de las características del trabajador entre los dos sectores, con menores habilidades en promedio y menor productividad en los empleos informales— principalmente en el sector de servicios— y no necesariamente por una segmentación entre "buenos" y "malos" empleos.

Cuando se comparan en México los subgrupos de trabajadores con las mismas habilidades y puestos del sector formal e informal, no existe evidencia de segmentación para el grupo de hombres educados con empleos estables en empresas medianas o grandes (sin importar si son asalariados o auto-empleados); este grupo de trabajadores informales son compensados por no tener seguridad social con mayores ingresos de bolsillo (Garro y Meléndez 2004).[4]

La aceptación de la hipótesis de dualidad ha sido cuestionada en la investigación, la cual muestra que empíricamente los trabajadores informales no están en desventaja en términos de ingreso monetario y que no todos los trabajadores en el sector informal esperan la oportunidad de participar en el sector formal. Maloney (1999) analiza estas diferencias entre sectores y rechaza la existencia de segmentación en los mercados laborales urbanos utilizando datos mexicanos de panel. Los trabajadores en la economía informal, en general, no ganan menos en comparación con los trabajadores asalariados; algunas veces, los trabajadores que cambian de una posición asalariada a una de auto-empleo experimentan ganancias significativas (25 por ciento en México). El movimiento en la dirección opuesta tiene efectos similares, y aquéllos que cambian del auto-empleo a trabajos asalariados también pueden ganar un aumento en sus ingresos. Este resultado es consistente con la hipótesis del mercado laboral donde los trabajadores se cambian a los empleos más productivos.

Para los sistemas de seguridad social esto envía un mensaje importante: aún si la economía nacional alcanza una trayectoria de crecimiento de largo plazo y los problemas de un mercado laboral inflexible se resuelven, muchos trabajadores continuarán decidiendo quedarse fuera de la red de seguridad social. Esto, por supuesto, no debe ser interpretado como un argumento en contra de la modernización de los códigos laborales, una política cuyos objetivos no están limitados sólo a mejorar la protección social.

Otra característica de las economías nacionales que apoya el enfoque de la economía informal como productiva y no como un resultado de racionamiento de empleos o de desventaja para individuos, proviene del comportamiento de losingresos relativos y los tamaños de cada sector en relación con el ciclo económico, el cual se ha mencionado previamente. Según lo observado, en muchos países, cuando la economía se mueve de una recesión hacia una expansión, el auto-empleo aumenta y la proporción de asalariados se contrae. Esto es lo opuesto de lo que se esperaría si el sector informal estuviera formado por trabajadores

[4] Estos trabajadores representan, sin embargo, menos del 10 por ciento de los trabajadores informales en México. En el resto de los grupos estudiados se encontraron diferenciales de salario a favor de los trabajadores formales.

racionados en posiciones desventajosas. Asimismo, el ingreso relativo de los trabajadores en el sector informal aumenta cuando el tipo de cambio real se aprecia (esto es, cuando el precio de los servicios, los inmuebles y otros bienes no comerciables crece respecto a los precios en otros países). El sector informal se concentra en el sector no comerciable por lo que el crecimiento de su empleo y salarios, bajo la condición de la apreciación del tipo de cambio, apunta hacia una rápida y fuerte respuesta de los trabajadores, quienes se cambian al sector más rentable. Este comportamiento ha sido documentado en México por Maloney (2001), y también ha sido señalado por Pessino (1997) para Argentina durante el período de mayor liberalización y apreciación del tipo de cambio—durante la primera parte de la década de los noventa.

Recuadro III.I

Tendencias de Desempleo en las Regiones del Continente Americano

El crecimiento poblacional se ha relacionado con los incrementos generales en las tasas de participación en el Continente Americano. Así, no sólo está creciendo el número de personas en edad de trabajar, sino que además hay una mayor proporción trabajando. ¿Qué ha hecho el mercado laboral ante este aumento en la fuerza laboral? Ha habido un incremento en el desempleo en la región de ALC cuya causa no sólo radica en la demografía. Como se puede observar en el siguiente cuadro, durante 2001-2003 ALC se convirtió en una de las regiones mundiales con mayores tasas de desempleo. En el 2001, el desempleo total en ALC (que ha sido mayor para las mujeres) era casi 50 por ciento mayor que el promedio mundial. Estas figuras mejoraron en 2003 cuando ALC fue la única región en la cual el desempleo descendió. Por otro lado, durante los noventa la oferta laboral y la demanda laboral en América Latina crecieron a tasas promedio de 2.6 y 2.2 por ciento respectivamente (OIT 2001). La explicación a estos desbalances del mercado laboral se relaciona con el tipo de empleos creados, el desarrollo de instituciones laborales y el desempeño macroeconómico de la región.

Los cambios en las tasas de crecimiento del PIB y las tasas de desempleo urbano en ALC para el periodo 1980-2000 se muestran enseguida. Parece ser que hubo dos épocas de desempleo, cada una con una relación diferente con el ciclo económico. Al inicio de los ochenta, el desempleo urbano creció en ALC, probablemente como consecuencia de la crisis de la deuda; esta primera etapa ocurrió bajo una tensión generalizada y lento crecimiento. La economía se recuperó entre 1984-1989 y desde entonces ha habido una tendencia creciente en el desempleo urbano; esta segunda etapa coincide con altas tasas de crecimiento de las economías nacionales al inicio de los noventa, y la tendencia parece no haber estado particularmente afectada por las crisis monetarias de 1994-1995 en México o en 2001 en Argentina. A pesar de ello, el mayor crecimiento porcentual del PIB en esos años se relaciona con tasas de desempleo ligeramente menores. Finalmente, no hay correlación entre crecimiento económico y desempleo.

Tasas de Desempleo por Región y por Sexo, 2003
(porcentaje)

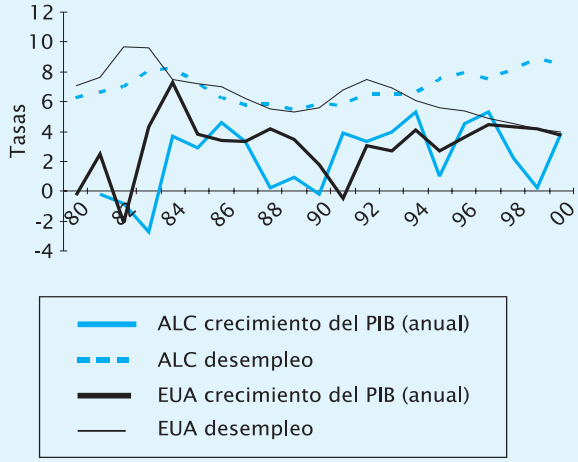
	2003		
	Total	Mujeres	Hombres
Mundo	6.2	6.4	6.1
Economías Industrializadas	6.8	7.0	6.7
Economías en transición	9.2	9.2	9.2
Asia del Este	3.3	2.7	3.7
Asia del Sur-Este	6.3	6.9	5.9
Asia del Sur	4.8	6.2	4.3
América Latina y el Caribe	8.0	10.1	6.7
Medio Oriente y África del Norte	12.2	16.5	10.6
Africa Sub-Sahariana	10.9	9.6	11.8

Fuente:OIT, Tendencias Globales de Empleo (2004).

Recuadro III.I (Cont.)

Tendencias de Desempleo en las Regiones del Continente Americano

América Latina: Tendencias en el Crecimiento Económico y Desempleo Urbano Abierto en los Ochenta y Noventa



Fuente: ECLAC, Panorama Social de América Latina Social 2000-2001 (2001).
y Banco Mundial, Indicadores Mundiales de Desarrollo (2004).

Entender estos nuevos niveles de alto desempleo, evaluar las implicaciones sociales y encontrar las mejores respuestas políticas es uno de los mayores retos económicos de la región. ¿Se dará una tendencia hacia un "modelo-europeo" de desempleo? Es de interés que la tendencia en el desempleo ha sido descendente para ambos, hombres y mujeres, conforme pasa el tiempo en la región formada por México y el Caribe Latino. Los paneles en la Gráfica describen las tasas en el desempleo total en el tiempo, por región. Norte América y la región del Caribe Anglo experimentaron mayores tasas de desempleo (alrededor de 4-7 puntos porcentuales) comparado con el resto del Continente hasta 1999 cuando las regiones de la zona Andina y el Cono Sur alcanzaron niveles de alrededor de 14 por ciento. La región formada por México y por el Caribe Latino es un área de bajo desempleo que oscilaba en torno al 2 por ciento (exepto en República Dominicana).

La relación entre crecimiento y la necesidad de ajustes laborales no puede ilustrarse mejor que por el debate actual sobre la recuperación económica sin creación de empleo que se ha dado aproximadamentede 2002 a 2004. Después de una recesión que empezó en la primavera del 2000, el producto nacional de Estados Unidos comenzó a crecer en 2001 a una importante tasa, pero el empleo no ha podido recuperarse en 2004. Un resultado muy parecido se observó en México (sin embargo en este país, la economía empezó su recuperación en una fecha posterior). Erica Groshen y Simon Potter (2003) argumentan que el resultado se debe a la gran concentración de cambios estructurales, definidos como cambios permanentes en la distribución de los trabajadores a través de los sectores económicos. Encontraron que durante las recesiones anteriores, los despidos determinaron la mayor parte en la variación en el empleo, pero en 2001 la pérdida de empleos permanentes fue mayor. Otra diferencia en la recesión del 2001 es que las industrias que despidieron gente siguieron haciéndolo después de que la recuperación había comenzado, lo que sugiere que el ajuste estructural continuó después de que la economía se empezaba a recuperar. Actualmente se ha comenzado a aceptar que el gran crecimiento en productividad de los Estados Unidos está ligado con la baja creación de empleo. Entre 2001 y 2003 el crecimiento en productividad alcanzó 4 por ciento después de haberse ubicado en 2.6 por ciento durante 1996-2000, y menor a 1.5 por ciento en el anterior cuarto de siglo. Esto significa que las empresas fueron capaces de incrementar su producción en 10 por ciento sin haber contratado a nuevos trabajadores o haber incrementado las horas trabajadas por semana (Feldstein 2003). En el largo plazo, el gasto doméstico se incrementará para reflejar el mayor nivel de riqueza generado por productividad, pero en el término inmediato, incide sobre grupos importantes de familias.

Recuadro III.I (Cont.)
Tendencias de Desempleo en las Regiones del Continente Americano

Desempleo Total por Región (% de la fuerza laboral total)

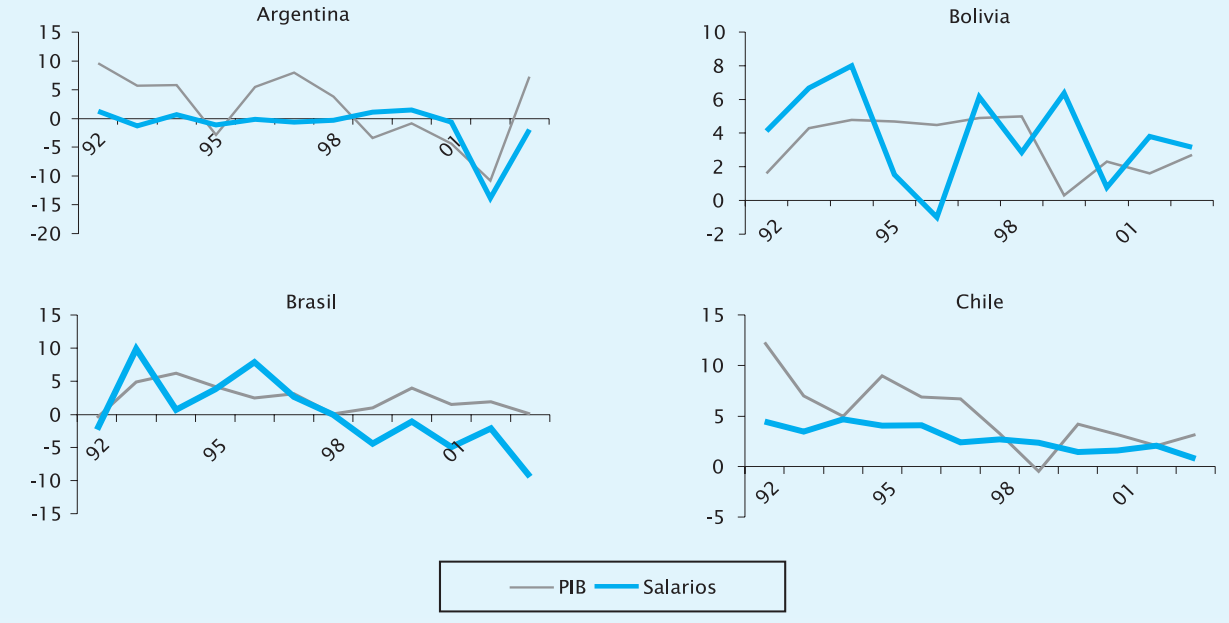
Fuente: Banco Mundial, Indicadores de Desarrollo Mundial (2004).

Recuadro III.2
Tendencias de los Salarios en América Latina

Los salarios son probablemente uno de los mejores indicadores del bienestar individual. En América Latina, han ocurrido crisis monetarias recurrentes desde los setenta, las cuales en la mayoría de los casos vienen acompañadas de pérdidas temporales del empleo y de una caída en los salarios reales. Estas contracciones salariales también han tenido consecuencias en el funcionamiento de la seguridad social. Las contribuciones a la seguridad social de los individuos, así como los beneficios, están claramente relacionados con los salarios, pues generalmente están definidos en proporción a éstos. Con respecto a los beneficios, las pensiones dependen de los salarios obtenidos durante la vida laboral (o parte de ésta, independientemente de si es un esquema de beneficio definido o contribución definida). Más aún, las contracciones salariales podrían generar un sinnúmero de problemas para las instituciones de seguridad social debido a la pérdida de ingresos recaudados, incrementando la presión por el pago de beneficios, y por la carencia de una adecuada indexación contra la inflación. Pueden surgir distorsiones entre el valor de las pensiones y la pérdida de beneficios debido a que, en la mayoría de los casos, las reglas para recibir los beneficios no siempre están indexados. Esto incrementa la presión social y cuestiona el cumplimiento de los objetivos de los sistemas de seguridad social. Por lo tanto, en el largo plazo, un ambiente de estabilidad monetaria es importante para la seguridad social, los empleados y beneficiarios.

Los cambios salariales en el tiempo son presentados para trece países de América Latina. Las siguientes gráficas muestran los cambios en el crecimiento real anual de los salarios (línea obscura) y el PIB. La gran variabilidad salarial continúa siendo un tema importante para los residentes de estos países. Aunque las crisis monetarias se han vuelto menos comunes, continúa siendo una recomendación válida el diseñar reglas de cálculo de la pensión inicial que correctamente proteja a los trabajadores cuyos retiros están marcados por un periodo de crecimiento negativo de los salarios, así como reglas de indexación que imposibiliten una caída repentina en el poder adquisitivo de jubilados. Por ejemplo, hubo caídas de salarios en Argentina (2001-2002), Colombia (1993-1994, 1997-1998), Costa Rica (1993-1995, 1998-2000), México (1993-1995), Nicaragua (1992-1993, 1994-1996), Paraguay (1995-1999, 2001-2002), Perú (1994-1995), Uruguay (1993-1995, 2001-2002) y Venezuela (1995-1996, 1997-1999). Varios de estos países fueron particularmente golpeados por la crisis de 1994–1995 (México, Bolivia, Costa Rica, Nicaragua, Paraguay, Peru, Uruguay y Venezuela). En algunos de los casos, las contracciones del crecimiento salarial han sido del orden de 20 por ciento en tan sólo un par de años (México, Nicaragua, Perú y Venezuela).

América Latina: PIB y Salarios Reales Promedio (tasas de crecimiento anual)



Recuadro III.2 (Cont.)
Tendencias de los Salarios en América Latina

América Latina: PIB y Salarios Reales Promedio (tasas de crecimiento anual)

Fuente: CEPAL (2000) y (2003).

III.3 El Efecto de las Instituciones y la Liberalización en los Resultados del Mercado Laboral

Esta sección analiza los efectos de los impuestos sobre la nómina, las regulaciones del empleo, el sindicalismo, el seguro de desempleo, los salarios mínimos y la liberalización del comercio, así como las políticas de privatización en los resultados del mercado laboral, tales como el empleo, los salarios y la informalidad. La primera parte considera a las instituciones del mercado de trabajo y la segunda la liberalización del comercio y las políticas de privatización.

III.3.1 Las Instituciones del Mercado Laboral y la Informalidad

El papel de la intervención estatal ha sido modificado con las reformas analizadas en el Capítulo I de este Informe. En éste se vio que las intervenciones del mercado de trabajo en ALC han sido menos comunes que las reformas en otras áreas. A pesar de los fuertes debates en relación al nivel óptimo de restricciones contractuales que deben legislarse en los mercados laborales, existe un consenso de que los mercados laborales no funcionan bien sin las instituciones adecuadas para el mercado laboral.[5] Éstas incluyen frecuentemente estándares como lo son las provisiones de seguridad e higiene, las prohibiciones al trabajo infantil (ver Recuadro III.3) y la libertad para organizarse, al igual que regulaciones generales como impuestos y subsidios al empleo, días y horas establecidas de trabajo, salarios mínimos y programas de seguridad social. Pessino (1997), Amadeo y Camargo (1997), Cortázar (1997), Lora y Henao (1997) y Dávila (1997) proveen una descripción de los mercados laborales y las instituciones en Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México, respectivamente.

Recuadro III.3
Regulación del Mercado Laboral: ¿La Prohibición del Trabajo Infantil?

Los niños que trabajan en lugares riesgosos y que sacrifican su educación son uno de los temas de mayor preocupación en las sociedades modernas. Basu (1999) sugiere que el cambio tecnológico, las mejoras en las condiciones en el mercado laboral de los adultos, y la disponibilidad de una educación decente puede conllevar totalmente a que los niños se retiren voluntariamente de la fuerza laboral. Si tales acciones no son factibles, entonces los gobiernos podrían intervenir a través de acciones legales. La evolución de los determinantes del trabajo infantil deben considerar ambos factores, el cultural y el económico.

De acuerdo con estimaciones presentadas en Abril 2002 en *Every child counts: New Global estimates on child labor* (ILO 2002), en el 2002 había aproximadamente 352 millones de niños trabajando en edad de 5 a 17 años. De estos 211 millones se encontraban en las edades de 5 a 14; 48 millones trabajan en América Latina y 17.4 en el Caribe. Las estimaciones de OIT sugieren que si se incluyeran a quienes tienen un trabajo de medio tiempo, la cifra se duplicaría. En América Latina, gran parte de los niños trabaja en áreas rurales pobres, especialmente en actividades intensivas en trabajadores, tales como el cultivo de café o la recolección de frutas y vegetales. Una importante pregunta de política pública es si una intervención legal para prohibir o restringir este trabajo promovería el bienestar. Cualquier tipo de intervención en el trabajo infantil puede tener efectos en el bienestar de los niños y otros resultados indirectos, pues sus contribuciones económicas tienen un importante rol en el ingreso familiar. Por ejemplo, en América Latina las encuestas sugieren que en ocasiones los niños pueden ganar del 15 al 25 por ciento del ingreso familiar. Los niños trabajadores pueden mitigar la pobreza en el corto plazo a través del incremento del ingreso familiar, pero en el largo plazo puede implicar pobreza si éstos sacrifican educación por trabajo. Sin embargo, muchos tienen acceso a escuelas de baja calidad. Cuestiones relacionadas estrechamente con la pobreza contribuyen a los bajos niveles de escolaridad (Brown 2001).

[5] Ver a Blanchard (2002) como ejemplo.

Recuadro III.3 (Cont.)
Regulación del Mercado Laboral: ¿La Prohibición del Trabajo Infantil?

Para incrementar los incentivos de estudiar en vez de trabajar, varios programas públicos han sido implementados en diferentes países. Por ejemplo, en México el programa OPORTUNIDADES (antes PROGRESA) comenzó a subsidiar a través de instituciones a las familias pobres (principalmente en las áreas rurales). Las familias deben enviar a sus hijos a la escuela y visitar al médico o proveedor de servicios médicos para recibir el efectivo y los beneficios en especie. En el 2000, cerca de 2.5 millones de familias rurales recibieron los beneficios, que se presentan cerca de un noveno del total de las familias en México. La reducción en la proporción de niños que trabajan, entre 1997 y 2000, fué de entre 15 y 25 por ciento, y de alrededor de 10 por ciento para las niñas que trabajan como domésticas. Parker y Skoufias (2000) muestran que entre los niños que sólo trabajan (y reciben el apoyo de OPORTUNIDADES), considerablemente pocos continúan solamente trabajando (especialmente los estudiantes de secundaria) y también es más significativo para quienes sólo estudian y quienes continúan realizando ambas actividades.

Los programas que respaldan que los niños dejen de trabajar pueden estar integrados útilmente con los programas de seguridad social, tomando en consideración los ingresos de los padres y el trabajo, optimizando el gasto público y proveyéndo a las familias con una visión de largo plazo de integración a los mercados laborales nacionales.

Impuestos sobre la Nómina

Mientras que los cambios en los códigos laborales tienden a ser eventos poco frecuentes, ocurren continuamente cambios en el nivel de las contribuciones a los programas de seguridad social (como pensiones, salud, desempleo, subsidios, asignaciones familiares, salud y seguridad en el empleo, subsidios y licencias por maternidad y enfermedad, tiempo extra y vacaciones). Procesos importantes de reforma han ocurrido en ALC desde los inicios de la década de los noventa, los que han trasformado los sistemas de reparto en sistemas de capitalización completa o parcial en un esfuerzo por aumentar la relación entre contribuciones y beneficios. El nivel de las contribuciones a la seguridad social como función del ingreso per cápita en los países de América Latina tiene una forma de «U invertida». Es baja en los países pobres, alcanza un máximo para los países de medianos ingresos y cae para los países con mayor ingreso per cápita (Heckman y Pagés 2004).

Daniel Hammermesh (2003), un economista que ha estudiado de manera extensiva los determinantes del empleo de las empresas, cree que existe gran incertidumbre en las estimaciones de la respuesta de los empleadores a los cambios en los salarios y los impuestos laborales. Sin embargo, la evidencia en los países de América Latina como un todo sugiere que al menos parte de los costos de los beneficios no salariales es transmitida a los trabajadores—en la forma de menores salarios—aminorando el efecto correspondiente a la disminución en el empleo. Heckman y Pagés (2004) encuentran que en el grado en que las regulaciones sobre los salarios mínimos sean obligatorias y cuando sea más fácil para un trabajador cambiar al empleo informal, es más difícil transferir el costo de los programas de seguridad social en forma de menores salarios, y el efecto negativo sobre el empleo formal será mayor a menos que los trabajadores perciban la relación entre los costos y los beneficios de tales programas. En el nivel agregado, estos autores encuentran que el pretendido aumento de esta relación intentado por las reformas muestra resultados contradictorios.

Regulaciones al Empleo

Algunos estudios han demostrado que en América Latina las regulaciones al empleo tienen un efecto significativo sobre los salarios, el empleo, las tasas de rotación laboral y la informalidad. El impacto más

adverso en la regulación recae sobre los jóvenes y los trabajadores no calificados. Asimismo, los trabajadores de mayor antigüedad y protección contra el despido ganan con las regulaciones, pero los que se encuentran fuera de esos grupos no tienen acceso al sistema por lo que la desigualdad entre los grupos demográficos aumenta (Heckman y Pagés 2000, 2004).

En general, muchos países de ALC tienen regulaciones laborales más rígidas que otras regiones en el mundo. En el Cuadro III.1 cada uno de los índices toma un valor entre cero y cien, donde un valor mayor indica mayores regulaciones.

Estos índices miden el nivel de flexibilidad en la contratación, condiciones de empleo y flexibilidad para la cesantía en las regulaciones laborales. El índice de flexibilidad en la contratación incluye las regulaciones para los contratos de tiempo parcial y todos los beneficios para los trabajadores. También indica qué tan fácil o difícil es el despedir a un trabajador temporal comparado con un empleado bajo un contrato de tiempo completo. Respecto a los contratos de tiempo fijo, el índice considera la rigidez en el tipo de trabajo que va a ser realizado y la duración del tiempo que se va a trabajar. Los países de ALC tienen el índice de flexibilidad en la contratación con mayor valor.

El índice de las condiciones de empleo abarca cuestiones que corresponden a los días trabajados, tiempo libre de trabajo, pago por tiempo extra, restricciones en los días festivos, horarios de trabajo nocturno, pago obligatorio por el tiempo fuera del trabajo, pagos por días de ausencia, regulaciones para salarios mínimos y todas las condiciones laborales garantizadas por las leyes. Nótese que el índice de condiciones de empleo en Europa es mayor que el correspondiente a ALC.

El índice de flexibilidad para la cesantía mide las regulaciones que corresponden a los despidos, incluyendo los derechos de los trabajadores, aviso con anticipación a la separación, pagos, etc. El mayor valor corresponde a ALC. El índice de regulación del empleo es un promedio de los otros tres. El mayor valor de este último índice también corresponde a la región de ALC, seguido de cerca sólo por Europa y Asia Central. Tiene que observarse que estos índices están basados en regulaciones legales. Las regulaciones por sí mismas generan un mayor nivel de litigio, en parte debido al alto costo del sistema judicial y en parte debido a errores intrínsecos del sistema. Además, todas o casi todas esas regulaciones son ignoradas por los mercados informales en ALC.

Heckman y Pagés (2004) estiman el costo de cumplir con las leyes laborales como una fracción de los salarios mensuales. El costo total de la seguridad laboral incluye el costo correspondiente a los pagos en seguridad social hechos por los trabajadores y empleadores más el costo permanente de la provisión de la seguridad laboral. Esta última parte del costo incluye los pagos de despedir a un trabajador por

Cuadro III.1
Índice de Regulación Laboral

Región	Flexibilidad en la contratación	Condiciones de empleo	Flexibilidad para la cesantía	Regulaciones de empleo
Asia del Este y Pacífico	45	60	30	45
Europa y Asia Central	52	81	39	57
Medio Oriente y África del Norte	40	66	35	47
OCDE	49	58	28	45
Sur de Asia	39	68	39	49
América Latina y el Caribe	56	79	48	61

Fuente: Botero et al. (2004). Cada uno de los índices toma un valor entre cero y cien, donde un mayor valor indica mayores regulaciones.

razones económicas: aviso con anticipación, indemnización y pago por antigüedad.

Estados Unidos tiene el nivel más bajo del costo de seguridad laboral que cualquier país en ALC. Una vez que todos los costos se han agregado, las leyes laborales imponen un costo mayor para los países miembros de la OCDE. No obstante, la composición de estos costos es algo distinta. Mientras que el típico país latinoamericano obliga a menores contribuciones a la seguridad social y a menores periodos de aviso con anticipación que el país promedio de la OCDE, las indemnizaciones y los pagos por antigüedad son mayores en ALC. Entonces, estos últimos países tienen regulaciones laborales que afectan el ajuste en el empleo y los salarios en el mercado laboral. Los autores enfatizan que al imponer estas regulaciones sobre las empresas, los gobiernos de los países de ALC evitan el costo fiscal directo de financiar la seguridad laboral, a pesar del costo de afectar el desempeño de sus mercados laborales; ésta parece ser la estrategia de las regiones de bajos ingresos.

Como se puede observar en la gráfica III.4, el promedio del costo de las provisiones de seguridad laboral—incluyendo aviso anticipado, indemnización y pago por antigüedad—es mayor en América Latina que en los países desarrollados y el Caribe en 1999. Estos costos no cambian significativamente entre 1988 y 1999 en la mayoría de los países latinoamericanos.

Los efectos de los altos costos de despido en América Latina sobre el ciclo económico son: (i) aumento del desempleo durante las recesiones; (ii) disminución del empleo cuando aumenta la demanda de trabajo en una recuperación; (iii) disminución en las tasas de rotación laboral. La evidencia empírica del efecto promedio de estos costos en el empleo y desempleo en la región es ambiguo, sin un patrón claro que surja de los agregados. Cuando se analizan a ciertos países en particular existe una clara tendencia que dice que después que una reforma legal aumentan los costos de despido, hay un decremento en el empleo y un incremento en el desempleo, especialmente al tiempo de la reforma (como en Perú a fines de los ochenta). Asimismo, en las reformas legales que desregularon los costos de los despidos (como en Colombia en 1991) las estimaciones sugieren que el impacto positivo de la reducción de los costos del empleo al contratar trabajadores sobrepasa el impacto negativo de los costos reducidos de cesantía al despedir, resultando en una disminución de las tasas de desempleo. La precisión estadística de los estimados depende en gran medida en la calidad y desagregación del conjunto de datos y del control de otros cambios simultáneos en la economía.

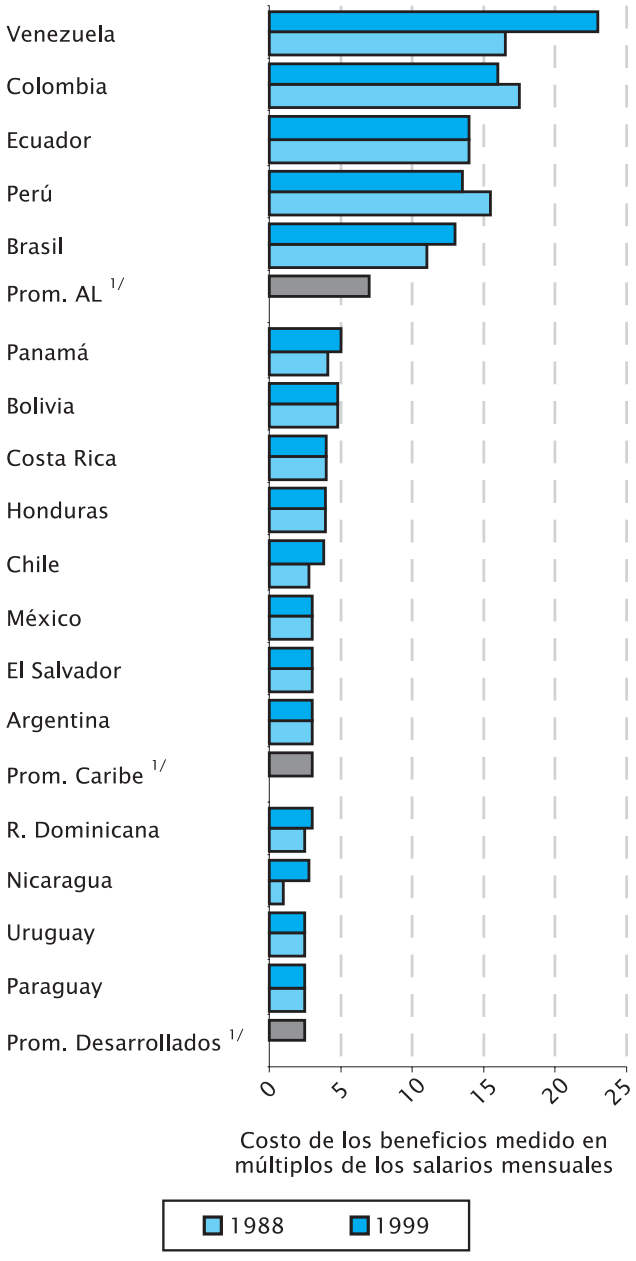
A lo largo de los países de ALC y de la OCDE, las regulaciones más rigurosas al trabajo coinciden con un mayor porcentaje de trabajadores informales auto-empleados—con sobre representación de mujeres y trabajadores no calificados con relación a otros grupos demográficos—, y con tasas de empleo reducidas en los jóvenes y los no calificados en los sectores formales. Adicionalmente, las compañías con altos índices de rotación encuentran incentivos a operar en el sector informal y mantener su tamaño ineficientemente pequeño (Márquez 1998; Heckman y Pagés 2004).

El reducir regulaciones de seguridad en el trabajo produce tasas de rotación altas y mayor flexibilidad en los mercados laborales. En Colombia, tal cambio redujo la antigüedad promedio en los empleos y produjo un descenso en la duración promedio del desempleo debido a los trabajadores que salen del desempleo para trabajar en un empleo formal en empresas grandes. Asimismo, el incremento en tasas de entrada al desempleo puede ser atribuido principalmente al mayor uso de contratos temporales y en menor grado a la pérdida de empleos permanentes en los sectores formales. El incremento en contratos temporales puede producir una reducción en la inversión en capacitación de los trabajadores y por lo tanto en la productividad de los trabajadores en el largo plazo (Heckman y Pagés 2004).

En contraste con la experiencia colombiana, el costo de despedir trabajadores fue aumentado con la

reforma legal de Brasil de 1988. Como consecuencia, las tasas de salida del empleo declinaron en el sector formal con relación a empleos por intervalos cortos del sector informal—dos años o menos—pero aumentaron para periodos más largos porque hay un incentivo para forzar el despido para trabajadores con mayor antigüedad. En todo caso, las experiencias de Colombia y Brasil ponen en evidencia que los costos de despido y otras protecciones al empleo reducen la reubicación de trabajadores en los mercados laborales, disminuyendo los despidos y las renuncias. (Heckman y Pagés 2004).

Gráfica III.4
Costo de la Seguridad del Empleo, 1988 y 1999
(costo de los beneficios en múltiplos de salarios mensuales)



Fuente: Heckman y Pagés (2004).
Notas: El costo del seguro de empleo incluye aviso anticipado + indemnización por despido + pago por antigüedad. 1/ El promedio para América Latina, el Caribe y los países desarrollados es de 1999.

Se debe resaltar el hecho de que a pesar de haber regulaciones inflexibles al trabajo en los países de AL, la rotación del trabajo (empleo) es alta, y que claramente el costo de las regulaciones laborales inflexibles probablemente no yace en la habilidad de las economías nacionales en asignar personas en los empleos. La antigüedad laboral en México es baja, probablemente la mitad del promedio de la OCDE: en un intervalo de seis meses, 26 por ciento de los trabajadores no calificados y 9 por ciento de los calificados dejan el empleo, y 85 por ciento de esos movimientos son renuncias, no despidos. Se estima que la duración promedio en el empleo en México es de 5.5 años, comparada con 7.6 años en Estados Unidos (Maloney 2001).

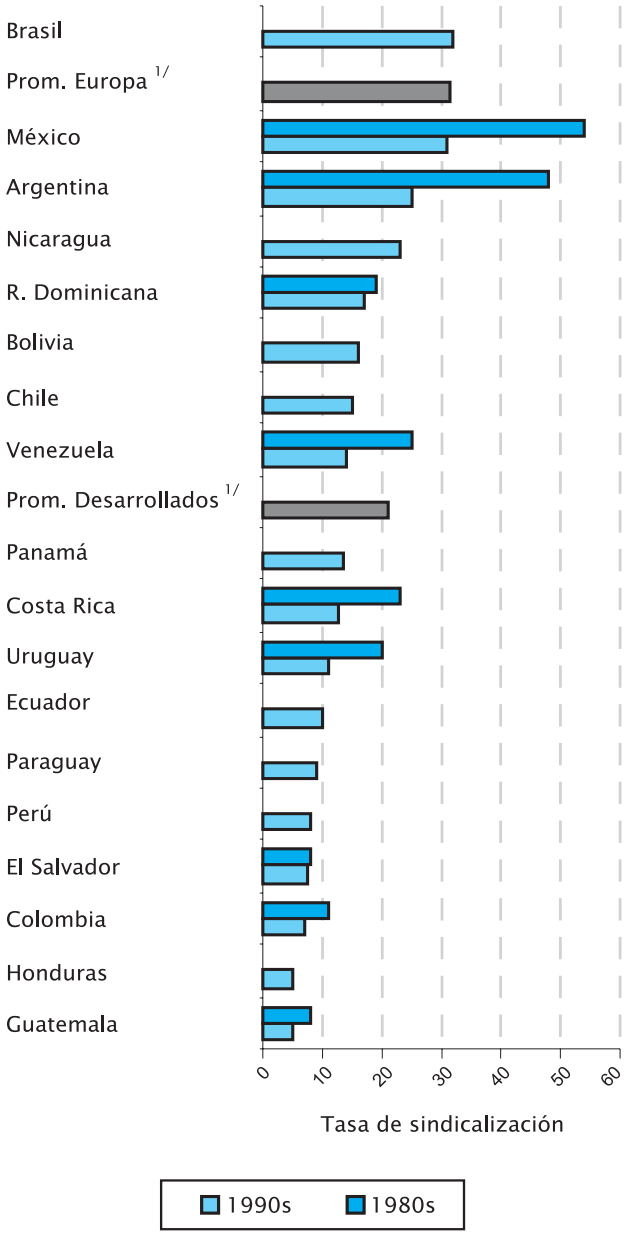
Tasas de Sindicalismo

Los sindicatos América Latina tienden a ser basados en empresas o sectores y son relativamente poco importantes. Las tasas de sindicalismo (porcentaje de afiliados como porcentaje del empleo no agrícola) en estos países es alrededor de 14 por ciento, inferior al de Europa Continental y al de los países desarrollados de habla inglesa, donde se alcanzan niveles mayores al 30 y 20 por ciento, respectivamente. La Gráfica III.5 muestra las tasas de sindicalización en los años ochenta y noventa. Como se puede observar, estas tasas han disminuido en todos los países de la región, hasta en 40 por ciento en algunos países. Durante los años noventa, las tasas de sindicalismo en los países de AL oscilaban entre 5 y 30 por ciento. Los países analizados AL presentan un nivel menor de sindicalización que los países de Europa Continental (excepto Brasil, México, Argentina y Nicaragua).

Según Pencavel (1997), las ganancias sindicales

en los países en desarrollo afectaron otros resultados laborales de los trabajadores, tales como empleo, salarios e informalidad. El autor distingue tres sectores ocupacionales: (i) los sindicalizados, (ii) para quienes los salarios se determinan administrativamente, y (iii) un sector en el que los salarios se determinan por las fuerzas del mercado. Cuando los salarios en el sector sindicalizado aumentan hay incremento en los salarios para algunos otros trabajadores altamente calificados, una reducción en el empleo en los sectores sindicalizados y de salarios administrados, y una reducción en los salarios del sector competitivo, principalmente informal.

Gráfica III.5
Tasas de Sindicalismo en los Ochenta y Noventa



Fuente: OIT (1997).
Nota: La tasa de sindicalización es medida como el porcentaje de trabajadores afiliados entre los trabajadores no-agrícolas.
1/ Los promedios para países desarrollados y Europeos corresponden a los noventa.

Sin embargo, debe notarse que existe algo de evidencia para Perú y México de que los sindicatos no afectan el nivel de los salarios de los trabajadores afiliados, y por lo tanto no son causa de segmentación por diferencial de salarios; pero en su lugar producen el llamado control numérico de puestos en procedimientos de contratación y despedido en el sector sindicalizado (Pencavel 1997; Hernández 2000). Adicionalmente, FMI (2003) muestra que la sindicalización en los países de AL aumenta el desempleo; Heckman y Pagés (2003) también encuentran un fuerte impacto adverso del sindicalismo en el empleo de Uruguay.

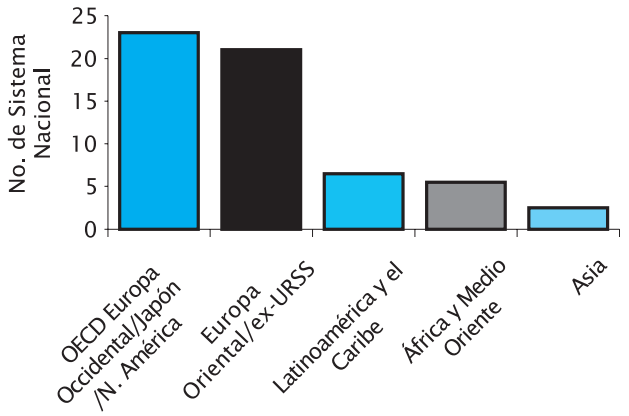
Seguro de Desempleo

La protección al desempleo puede tomar diferentes modalidades. Existen programas de apoyo al ingreso en la forma de: (i) beneficios definidos con la condición de contribuciones previas: (ii) contribuciones definidas basadas en cuentas individuales; (iii) programas de pruebas de medios (ingreso y socio-económicas) generalmente financiados con impuestos generales. También hay programas activos diseñados como trabajos públicos temporales, capacitación o subsidios al sueldo. Las cuentas individuales como parte del seguro de desempleo son menos comunes y han sido recientemente implementadas en Chile. Los programas activos y de pruebas de medios son generalmente no contributivos y de corto plazo.

El seguro de desempleo es un programa de apoyo al ingreso con beneficios definidos y el requisito de contribuciones previas por el trabajador, el empleador y el estado. Para el año 2002, pocos países en ALC habían implementado

regulaciones laborales en el seguro de desempleo: Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Ecuador, Uruguay y Venezuela (Vodopivec y Raju 2002). La mayoría de las regulaciones incluyen a todos los trabajadores desempleados, con algunas excepciones. Por ejemplo, en Uruguay sólo se incluyen trabajadores desempleados de los sectores industriales y del comercio; en Venezuela, los trabajadores domésticos y temporales desempleados están excluidos, y en Barbados, trabajadores desempleados del sector público y los auto-empleados están excluidos.

Gráfica III.6
Número de Sistemas de Seguro de Desempleo por Región



Fuente: Mazza (2000).

La Gráfica III.6 muestra que, aparte de Europa del Este y países surgidos de la antigua Unión Soviética (ex-URSS), los programas de desempleo son poco comunes en el mundo en vías de desarrollo, con sólo seis programas en África y el Medio Oriente, tres en Asia y siete en América Latina y el Caribe (Mazza 2000).

Un obstáculo para la operación de los sistemas de protección del desempleo es la informalidad laboral, que se traduce en un bajo índice de cobertura. Por ejemplo, en Argentina, con tasas de desempleo en dos dígitos, la cobertura del seguro de desempleo es menor a 10 por ciento de los desempleados en un buen año para dicha cobertura (Islas 2002). Igualmente, el riesgo de abuso o de riesgo moral aumenta si los trabajadores desempleados encuentran un trabajo en el sector informal y continúan disfrutando de los beneficios de desempleo. Este comportamiento no es fácil de detectar por el sistema asegurador y puede convertirse en una carga financiera enorme y en una redistribución de recursos ineficiente. Adicionalmente, en un mercado laboral altamente informal, en muy pocas ocasiones el seguro de desempleo llegará a los trabajadores pobres porque ellos no habrán contribuido al sistema debido al alto índice de informalidad que prevalece entre los trabajadores de bajos ingresos. Además, un fuerte componente estatal en las contribuciones de los programas de desempleo conllevaría un uso regresivo de los recursos públicos, debido al impacto limitado de la protección en los trabajadores de bajos ingresos.

Las posibles consecuencias del seguro de desempleo en la informalidad se pueden resumir en dos efectos contrapuestos: a) la posibilidad de tener acceso a beneficios adicionales puede atraer nuevos trabajadores al sector formal; y b) una tasa de contribución adicional aumenta los costos laborales, acrecentando el beneficio de la informalidad en la medida en que tal contribución sea vista como un impuesto (Islas 2002).

Un tema de particular importancia es si se debe y cómo se debe cubrir a la gran juventud desempleada en ALC, ya que un seguro sin capacitación u otra asistencia al desempleo puede tener efectos adversos en los jóvenes que no hayan adquirido habilidades y hábitos de trabajo iniciales.

Asimismo, los programas de apoyo al ingreso deben proveer incentivos a aumentar los esfuerzos realizados por el trabajador para encontrar empleo. Éstos no deben producir el incentivo opuesto: puede ser más atractivo cobrar beneficios de desempleo que buscar un empleo nuevo (Hopenhayn y Nicolini 1997). En este sentido, es importante que el apoyo

al ingreso disminuya con la duración del desempleo. La senda decreciente de los beneficios está contemplada en Chile, donde los primeros beneficios son los pagos de indemnización de la empresa (tres meses en todos los casos), seguidos por los ahorros individuales obligatorios de la cuenta individual del trabajador, con contribuciones del trabajador, del empleador y del estado, el seguro de desempleo pagado por el empleador y el estado, y finalmente por los beneficios de asistencia social pagados con impuestos generales (CIEDESS 2002).

Las disposiciones de seguridad del empleo en la forma de indemnización y pagos de antigüedad también están pensadas como una protección del ingreso en el caso de despidos y probable desempleo. Generalmente, el seguro de desempleo y las protecciones antes mencionadas trabajan conjuntamente pero en cierto punto compiten entre sí. En principio, pagos por antigüedad y compensaciones por despido injusto tiene objetivos diferentes del seguro de desempleo, pero en la práctica parecen actuar de manera similar en el sentido que todos proveen beneficios en efectivo al trabajador que ha sido removido del empleo. Si bien los pagos de terminación de empleo y el seguro de desempleo sirven a objetivos diferentes, éstos ocurren juntos en la práctica. Debido a que en el momento del despido se reciben fondos en efectivo, los pagos de antigüedad ayudan a amortiguar la pérdida del ingreso del trabajador durante el período inmediato al desempleo incluso aunque no sea su propósito principal.

Islas (2002) enfatiza que el seguro de desempleo puede ser usado como una herramienta para conseguir la meta de proteger a los trabajadores sin incurrir en el costo de compensación por liquidación basada en la antigüedad. Adicionalmente, el seguro de desempleo da mayor flexibilidad al mercado laboral por que se facilitan los ajustes en el empleo y la movilidad del trabajador. En una época de procesos de liberación comercial, el seguro de desempleo parece ser una política más apropiada que la indemnización y los pagos por antigüedad. Otra consideración es propuesta por Cox Edwards (1997) quien argumenta que si en los países en vías de desarrollo, el sistema de pagos por antigüedad (liquidaciones) es reformado para transformarse en un fondo de contribución definida, un esquema nacional de seguro no sería necesario.

Salarios Mínimos

Las regulaciones laborales sobre salarios mínimos se determinan de acuerdo a políticas nacionales, las cuales pueden conllevar consideraciones para aliviar la pobreza. Cambios en el nivel de los salarios mínimos ocurren con alguna frecuencia en la mayoría de los países, pero la cobertura incompleta, el débil cumplimiento, la prioridad de la política del gobierno para mantener bajas las tasas de inflación pueden impedir los logros de la metas de política. Puede ser el caso que cuando los salarios mínimos aumentan los salarios reales en el sector formal o cubierto, el trabajo desplazado buscará empleo en el sector no cubierto o informal, bajando los salarios en ese sector. En este caso, la política de salarios mínimos tendrá un impacto pequeño en la pobreza en los países en desarrollo. Sin embargo, otros autores concluyen que si el incremento en los salarios formales debido al aumento en los salarios mínimos no se puede transferir a los precios, algunas empresas formales se moverán al sector informal incrementando no solamente el empleo informal pero también los salarios informales. Entonces, el efecto final de incrementar los salarios mínimos en pobreza, como Lusting y McLeod (1997) concluyen, es en realidad un asunto empírico que depende principalmente del comportamiento de la demanda formal del trabajo. La descripción de la política sobre salarios mínimos en el Caribe se resume en el Recuadro III.4.

Recuadro III.4
Regulaciones Laborales y Salario Mínimo en el Caribe Anglo

Downes, Mamingi y Belle Antoine (2004) evalúan el impacto que tienen las regulaciones laborales sobre la creación de empleos en tres países del Caribe Anglo (Barbados, Jamaica y Trinidad y Tobago). Los investigadores toman como regulaciones laborales a un conjunto de medidas económicas, sociales y judiciales que afectan los resultados y el comportamiento del mercado de trabajo. Estas regulaciones cubren las siguientes áreas: (i) establecimiento y protección de los derechos de los trabajadores, (ii) protección de los vulnerables, (iii) establecimiento de compensaciones mínimas para el trabajo, (iv) seguridad de las condiciones de trabajo y (v) provisión de la seguridad de un ingreso.

El impacto de estas regulaciones laborales sobre el salario mínimo, las contribuciones al sistema nacional de aseguramiento y los pagos de cesantía ha sido pequeño comparado con el nivel observado en los países latinoamericanos. De acuerdo a los investigadores, la adopción por algunos países en la región de un modelo voluntarista de relaciones industriales ha llevado a pocos cambios en las legislaciones laborales sin inducir un grado elevado de distorsión. Los autores mencionan cómo ejemplo a las leyes de cesantía en Trinidad y Tobago y Jamaica, las cuales no han cambiado en forma significativa desde su introducción.

El cuadro muestra los salarios mínimos semanales en varios países de habla inglesa del Caribe en el 2000. Es claro que el salario mínimo no es uniforme entre los países de la región. Los salarios mínimos semanales varían ampliamente de país a país, siendo el país con el salario más bajo Jamaica, con US$13, y las Islas Vírgenes Británicas el más alto, con US$360. También hay variaciones mínimas en la jornada máxima de trabajo semanal.

En algunos países, como Antigua y Aruba, el salario mínimo no ha sido revisado desde 1971. Dado que los empleadores están solamente obligados por ley a pagar el salario mínimo menor y no actualizado,

Salarios Mínimos en el Caribe, 2000

País	Salario mínimo semanal (US$) a/	Salario mínimo semanal (moneda local $)	Números de horas y duración estipulada de la jornada semanal	Último año de revisión
Anguila	70.07 b/	189.20 c/	44	1995
Antigua y Barbuda	106.56	288.00	48/6 diarios	1981
Aruba	187.96	508.05	N.D.	1995
Bahamas	233.68	233.68	48	2000
Barbados	30.00	60.00	40/5 diarios	1997
Belice	39.15	78.75	45/6 diarios	1993
Dominica	22.40	60.00	40/5 diarios	1989
Granada	24.00	65.00	40/5 diarios	1990
Guyana	26.00	4750.00	44/8hrs por día	1999
Islas Vírgenes Inglesas	360.00	360.00	8 por día	N.D.
Jamaica	12.95 d/	800.00	40	1996/97
San Kitts y Nevis	56.18	150.00	40 - 44	1994
Santa Lucía	75.00	200.00	40/5 diarios	1985
San Vicente y las Granadinas	18.40	50.00	40/5 diarios	1989
Trinidad y Tobago	44.00	280.00	40	1998

Fuente: ILO, International Labour Office, Estadísticas en Internet: www.ilo.org; y US State Department accesado en www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2000/

Notas: a/ El salario mínimo aquí reportado representa en la mayoría de los casos el pago de trabajadores domésticos con alojamiento. En todos los demás casos, éste representa el salario mínimo pagable a los trabajadores con menores salarios.
b/ Considerando un tipo de cambio EC 2.70= US 1.00.
c/ En el caso de Aruba se consideró una semana base de 40 horas.
d/ Considerando un tipo de cambio de J$61.79 =US $1.00. Se utilizó el tipo de cambio disponible en el sitio de Internet BOJ al momento de elaborarse este Cuadro.
N.D.: No disponible.

Recuadro III.4 (Cont.)
Regulaciones Laborales y Salario Mínimo en el Caribe Anglo

algunos empleados pueden tener bajos salarios incluso en periodos en los que la economía está creciendo.

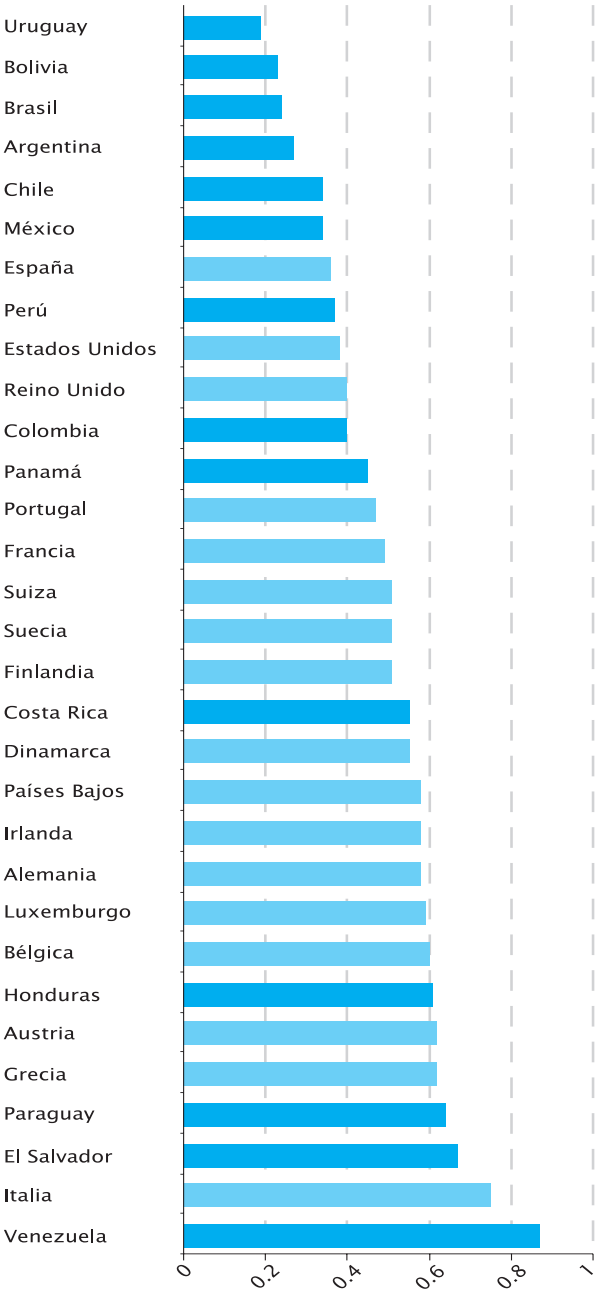
En la mayoría de los países el salario mínimo sólo permite al individuo una vida de subsistencia, de acuerdo con el alto y creciente costo de vida en la región. Dado el alto desempleo y la restricción de recursos fiscales, es difícil exigir el cumplimiento de las regulaciones del salario mínimo, las cuales también son pocas. El desempleo reduce el poder de negociación en el mercado laboral, pues el empleador siempre puede elegir de un conjunto de personas capaces y dispuestas a trabajar.

La Gráfica III.7 compara la proporción del salario promedio que está representada por el salario mínimo y muestra datos para países de ALC y de la OCDE. Los cocientes más bajos están en países de ALC. En Colombia, Perú, México, Chile Argentina, Brasil, Bolivia y Uruguay, el salario mínimo representa menos del 40 por ciento del salario promedio en los años noventa.

Niveles altos en los salarios mínimos, pueden ser restrictivos y, como resultado, pueden estar reduciendo el empleo y retardando los movimientos a la baja de los salarios en la presencia de choques adversos en la demanda final, y pueden inducir una proporción importante de pequeñas empresas hacia la informalidad. Asimismo, niveles altos de salarios mínimos vienen acompañados por un porcentaje mayor de ingresos por debajo del mínimo establecido (como en Venezuela, El Salvador y Honduras) que en el caso de niveles bajos del salario mínimo (como en Uruguay, Bolivia, Argentina, Chile, Colombia y México). En qué medida el efecto adverso de un alto nivel en los salarios mínimos es compensado por un incumplimiento sustancial sigue siendo una pregunta empírica.

Otro panorama de las diferencias entre los salarios promedio y los mínimos puede obtenerse mirando hacia dónde yace el salario mínimo dentro de la distribución de salarios. A pesar de que el comportamiento de los salarios formales e informales es muy similar, se podría esperar que cambios en el salario mínimo no afectaran la distribución de los salarios informales en la misma

Gráfica III.7
Salario Mínimo/Salario Promedio en Países de la OCDE y en América Latina y el Caribe



Fuente: Maloney y Núñez, (2003).

forma que los formales (Maloney 2003).[6] Sin embargo, el resultado más notorio es que el comportamiento de los salarios en el sector informal no es diferente al del sector formal: los empleadores informales básicamente siguen las regulaciones de salario mínimo. Los trabajadores formales tienen salarios más altos que los trabajadores informales pero los mercados están bien conectados, dando soporte a la existencia de un único mercado laboral integrado (esto es, no un mercado dual), con trabajadores decidiendo sobre si perder protección social a cambio de otros beneficios de la informalidad. Incluso con un sector informal grande, ambos sectores formal e informal responden en forma similar a los salarios mínimos; esto es, el sector informal no muestra una flexibilidad de los salarios hacia abajo, como pronostica la visión de dualidad. Por el contrario, hay un alto grado de cumplimiento de las regulaciones al salario mínimo en el sector informal. Al mismo tiempo, estas regulaciones afectan adversamente al cociente del empleo de trabajadores en desventaja de todas las edades, principalmente a los trabajadores jóvenes no calificados.

Una investigación sobre el efecto de los salarios mínimos en los Estados Unidos, muestra que algunos incrementos en los salarios mínimos pueden no tener ningún efecto negativo en el empleo (Kennan 1995). Cuando los países han seguido políticas de bajos salarios mínimos como ha sido el caso desde los años ochenta (por ejemplo, Canadá, México y los Estado Unidos), ajustes pequeños en el salario mínimo pueden tener un papel redistributivo sin ningún impacto negativo en el empleo (Card y Krueger 1995). Por lo tanto, es útil distinguir entre el nivel de salario mínimo que puede estar sobre el nivel de productividad de una amplia proporción de trabajadores e inducir a la informalidad, de una política de salario mínimo de ajustes acordes con la inflación a tal grado que las empresas se hayan adaptado de forma que el empleo no se ve afectado por ajustes graduales.

Si bien existe menos evidencia estadística que para el tema de salarios mínimos, también es verdad en muchos países que la economía informal es frecuentemente dominada por sindicatos y otro tipo de instituciones del mercado laboral que en otras partes son a veces definidas como distintivas del mercado laboral formal. Algunas veces tales instituciones juegan el papel de hacedores de reglas y vigilantes de su cumplimiento del mercado laboral informal, dada la incapacidad de las instituciones del Estado para llevar a cabo la función. Ejemplos importantes aparecen en las áreas de mercados ambulatorios y transportación pública. Por ejemplo, en la ausencia de procesos judiciales para solución de controversias, las firmas pequeñas y los auto-empleados pueden confiar recaer en sindicatos, cooperativas, asociaciones de pequeños mercaderes u organizaciones similares para resolver sus querellas. De nueva cuenta mientras estas soluciones "de equilibrio" hacen que la economía informal sea un lugar interesante para las actividades económicas, también generan imperfecciones sustanciales en el desarrollo colectivo de la sociedad.

III.3.2 Liberalización Comercial, Privatización y la Informalidad

Como se discutió en el capítulo I, la liberalización comercial y la privatización de empresas públicas o de actividades comerciales han sido políticas activas en los países de ALC desde los años ochenta. En particular, las reformas al comercio conducen, entre otros efectos, a la reducción de impuestos, reducción en obligaciones (impuestos) aduanales y al incremento de las tasas reales de tipo de cambio. Esta subsección se aboca a analizar el impacto de

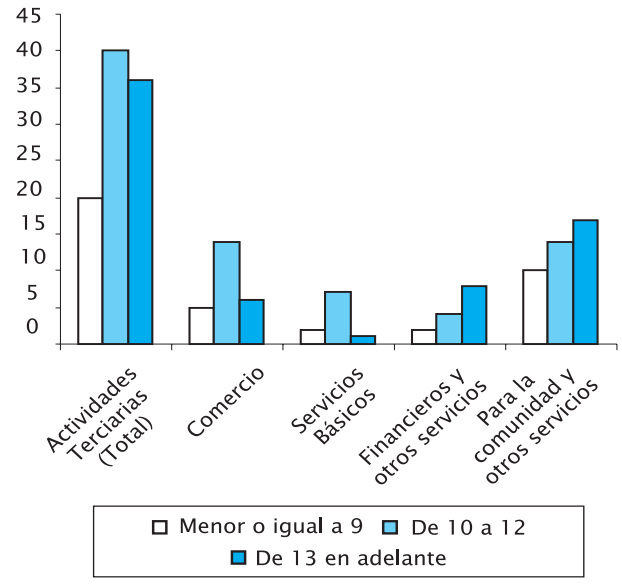
[6] Maloney (2003) estima la distribución de salarios de varios países de América Latina. Él define a los trabajadores informales como aquellos que no son afiliados-asalariados a las instituciones de seguridad social, o que trabajan en empresas pequeñas (de menos de seis personas). Maloney señala que los salarios mínimos pueden tener la capacidad de alterar las distribuciones salariales. Este es el caso, por ejemplo, en Colombia donde el salario más frecuente obtenido en, la distribución de salarios formal e informal, básicamente coincide con el salario mínimo. Otro ejemplo es México, donde la distribución de los salarios menores cercanos al salario mínimo parecen estar más concentrados de lo que deberían en ausencia de regulación.

estas reformas y la privatización en el empleo, los salarios y la informalidad.

Weller (2001) concluye que las reformas económicas tendientes a ahorrar insumos de trabajo en los procesos de producción, implican que se puede esperar un desempleo estructural más alto y una tendencia al crecimiento con baja creación de empleo. También se ha argumentado que las reformas junto con las privatizaciones de empresas paraestatales han desplazado a los trabajadores de empleos en el sector formal "protegido", principalmente hacia al sector informal de servicios. El sector de servicios se compone de actividades económicas heterogéneas. Algunas de éstas de capital intensivo, con modernas tecnologías de información, con requerimientos de trabajadores altamente capacitados y un proceso de ahorro continuo de insumos de trabajo. Es posible que los trabajadores desplazados de este sub-sector y de otros sectores económicos acaben en la parte de baja productividad del sub-sector de servicios caracterizado por su informalidad. Estos argumentos son usados para afirmar que el efecto de la comercialización y la globalización están detrás del incremento relativo en la demanda de trabajadores calificados y de la disminución de los salarios de los poco calificados (Saavedra 2001, Robins y Grindling 1999). Sin embargo, no hay consenso sobre la validez de estas afirmaciones.

De igual manera, en una necesidad de pruebas empíricas adicionales que la sustenten se encuentra la hipótesis denominada "dumping social", que implica que la reforma comercial lleva a un incremento en las relaciones del mercado laboral informal causado por la presión competitiva sobre establecimientos formales, que responden recortando los costos laborales no-salariales. El proceso de recorte de costos puede hacerse directamente en las empresas o mediante la subcontratación de parte de la producción a trabajadores y empresas del sector informal. Alguna de la evidencia empírica de la influencia de la liberalización sobre la informalidad se da en México: únicamente el 20 por ciento de las empresas mexicanas auto-empleadas informales reportan estar afiliadas a empresas más grandes (Maloney 2004). El autor argumenta que las relaciones sub-contractuales no son la modalidad dominante del comportamiento de las empresas informales y que no se puede responsabilizar a las grandes empresas de aumentar el empleo informal. Lo que es más, después de la firma del TLCAN, la proporción de micro-empresas mexicanas informales que señalaba una afiliación de subcontratación con empresas grandes, nacionales o extranjeras, de hecho se redujo. Pero las empresas afiliadas (con empresas grandes) pagan mayores salarios al capital humano que aquellas no afiliadas. El mismo autor enfatiza que dadas las bajas tasas de sindicalización y lo flexible de los salarios que se observan en México, los empleos informales creados por las grandes empresas después de los procesos de liberalización pueden no ser una estrategia para evitar la legislación laboral, la reducción de los salarios o el

Gráfica III.8
Composición de Nuevos Empleos Asalariados en Actividades Terciarias por Nivel Educativo y por Rama de Actividad en Ocho Países de ALC, 1990s
(porcentaje)



Fuente: Weller (2001).
Nota: [1]/Los ocho países incluidos son Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México y Perú.

Cuadro III.2
Posibles Efectos de la Privatización sobre el Empleo

Efectos sobre el empleo	Condiciones de empleo	Relaciones obrero-patronales
- Reclasificación de puestos. - Nuevos patrones laborales. - Reducción laboral y pérdidas laborales directas. - Políticas de empleo basadas en género. - Ganancias en el mediano y largo plazo gracias al aumento en la inversión, al crecimiento de las empresas privadas y a la diversificación de servicios.	- Mayor movilidad laboral. - Reducción en la garantía de estabilidad y de seguridad laboral. - Necesidad de reentrenamiento y mayor especialización. - Aumento en las horas trabajadas o incremento en la carga de trabajo. - Esquemas de pago relacionado a los resultados y congelamiento de salarios. - Pérdida de antigüedad laboral y escalafones. - Mayores diferencias salariales dándole una mayor importancia a los incentivos. - Pérdida de derechos pensionales. - Pérdida de beneficios sociales (esquemas de vivienda, transporte, cuidado infantil, y seguros para la salud). - Se elimina la prohibición a las huelgas.	- Mayor énfasis en el profesionalismo. - Mayor poder discrecional en la toma de decisiones a nivel gerencia y al formular políticas empresariales. - Mayor énfasis en la estricta implementación de decisiones y políticas. - Marginalización de la influencia sindical y de su poder de negociación. - Mayor negociación para establecer el salario prefiriendo los acuerdos individuales en vez de los acuerdos colectivos. - Una postura mas estricta en el manejo del desempeño de los trabajadores y disciplina laboral. - Preferencia por argumentos de eficiencia y rentabilidad sobre objetivos laborales.

Fuente: Banco Mundial (2003).

control de trabajador sobre la producción, sino una forma de enfrentar la incertidumbre o el riesgo del mercado.

Otros autores (Goldberg y Pavcnik 2003) también concluyen que en Colombia y Brasil existe un vínculo no significativo entre la liberalización comercial y el crecimiento de los mercados laborales informales. Adicionalmente, existe evidencia de que en Colombia la desregulación produjo altas tasas de rotación laboral en ambos sectores, comerciales y no comerciales, con patrones similares. Heckman y Pagés (2003) consideran esta evidencia como un claro indicador de que la reducción en la antigüedad en el empleo no puede ser atribuida a las reformas comerciales contemporáneas que tuvieron lugar a principios de los años noventa.

Existe evidencia en el sentido de que los empleos creados después de la privatización y de los procesos de liberalización están principalmente en el sector de servicios. La Gráfica III.8 muestra la estructura de los nuevos empleos asalariados por nivel educacional en actividades terciarias en los años noventa, cuando ALC estaba experimentando fuertes procesos de liberalización y reformas económicas.

UNCTAD y el Banco Mundial resumieron los principales efectos que tuvo el movimiento de privatización en el empleo, los cuales se muestran en la Cuadro III.2. Sin embargo, aunque la evaluación de la importancia de estos efectos genera controversias y es necesario profundizar en la investigación, es de interés general señalar los siguientes puntos relacionados con el empleo, los salarios y la informalidad: (i) el aumento en el empleo en el mediano y largo-plazo causado por el incremento en la inversión directa pero también la reducción en el nivel de empleo y las pérdidas laborales directas; (ii) mayores diferencias salariales por educación y entrenamiento, marginación de la influencia sindical y de su poder de negociación, y (iii) pérdida de derechos pensionales, pérdida de beneficios sociales—como por ejemplo esquemas de vivienda, transporte, cuidado infantil, y seguros para la salud.

III.4 Conclusiones

La investigación que se desarrolló a finales de los noventa y en esta nueva década ha arrojado nuevas perspectivas sobre el problema de la informalidad en los mercados laborales. Las teorías obtenidas sobre este tema se pueden clasificar en dos grupos. Al primero se le puede llamar el "punto de vista del mercado-dual", el cual se refiere a que hay distintos segmentos en el mercado laboral en donde los salarios

y el empleo están determinados por reglas también distintas, y donde los trabajadores no siempre tienen la libertad de elegir el sector en el que desean laborar, lo que implica que los buenos y malos trabajos tengan que coexistir (y donde los buenos trabajos se definen como aquellos cubiertos por la seguridad social y otras prestaciones como por ejemplo seguro de salud). Otro punto de vista, que ha tenido mayor aceptación con el paso del tiempo de acuerdo a resultados empíricos, es que la economía informal es un espacio para el desarrollo de actividades que de otra forma estarían limitadas por sistemas de regulaciones costosas y por impuestos ineficientes, pero en el cual los trabajadores pueden elegir el lugar en donde quieren trabajar. Desde esta perspectiva, la motivación para no participar en la economía formal es la ausencia de un vínculo entre los costos y beneficios en el sistema de seguridad social, una aplicación ineficiente de regulaciones e impuestos, y un enredo regulatorio que no puede ser resuelto por los agentes económicos, en particular por empresas pequeñas y por los auto-empleados. Una gran diferencia empírica entre las dos perspectivas mencionadas es que bajo el punto de vista de los mercados-duales, trabajadores similares pueden terminar teniendo un nivel de bienestar distinto (en la forma de distintos niveles de salarios, beneficios y condiciones laborales), así como enfrentar constantes obstáculos y listas de espera para trabajar en el sector formal. Desde la otra perspectiva, los trabajadores del sector informal comúnmente ganan un salario similar o mayor que los trabajadores similares que están en el sector formal, y hay un flujo continuo de personas que dejan el mercado formal para ingresar al informal, el cual es voluntario y está asociado con mejoras en el bienestar de aquellas persona que tomaron la decisión de cambiarse.

La importancia de los dos argumentos radica en que el problema de la economía informal puede ser evaluada en cualquier país que enfrente el problema de un amplio mercado informal. En ambos enfoques el mal diseño del marco regulatorio y de los códigos impositivos, y la aplicación ineficiente y discrecional de ellos, han causado el surgimiento de la actividad informal. En este sentido, bajo cualquiera de los dos enfoques sirve tener políticas que signifiquen una mejora general del marco regulatorio y de las leyes impositivas, que no creen incentivos indebidos para reducir la oferta laboral hacia la economía formal. Sin embargo, es útil tener un diagnóstico del grado de movilidad en el mercado laboral, y del grado al cual los individuos del sector informal son compensados por la falta de protección social y de otros beneficios mediante mayores ganancias y otras ventajas no-monetarias (por ejemplo, las ventajas del auto-empleo). Si muchos de los trabajadores ingresaron voluntariamente al sector informal y el nivel de ingresos ha hecho que tengan mejores trabajos, una buena política sería aquella que tuviera como objetivo buscar mecanismos para extender la cobertura del seguro social a aquellas personas que no tienen en mente reducir o eliminar las actividades económicas actuales.

Este capítulo también resume la nueva evidencia de los efectos que han provocado los cambios en las instituciones laborales sobre el salario, empleo e informalidad —como por ejemplo los impuestos laborales pagados por los empleadores y los empleados, las regulaciones laborales a los despidos, las tasas de sindicalización, seguro de desempleo, y salario mínimo. También fue presentada una breve discusión sobre los efectos de la liberalización comercial y de la privatización de estas últimas variables.

Vale la pena mencionar algunas de las conclusiones obtenidas por Heckman y Pagés (2004), las cuales son las siguientes: (1) las regulaciones laborales incrementan la inequidad en los países pertenecientes a ALC porque algunos trabajadores se benefician y otros no corren con la misma suerte. Los beneficios que se derivan de los impuestos a la nómina deberían compararse con los costos en términos del empleo; (2) las regulaciones afectan en diferente forma a diferentes grupos sociales. Es menos probable que los trabajadores jóvenes, sin educación, y rurales no disfruten de la cobertura que

tienen los trabajadores mayores, los capacitados y los urbanos; (3) la carga regulatoria tiene diferentes impactos sobre las distintas actividades económicas. En una economía abierta que enfrenta los precios mundiales, cuando las regulaciones no se ajustan a los salarios, reducen la oferta y acentúan las reducciones en el empleo; (4) "incluso cuando los salarios se ajustan totalmente y no hay efectos adversos de la regulación sobre la demanda laboral, la regulación sigue teniendo efectos sustanciales sobre el bienestar de los trabajadores. Si la seguridad social se obtiene mediante la reducción en el salario, el bienestar del trabajador no necesariamente mejora, por lo menos no para todos los trabajadores. Será mayor o menor dependiendo del poder de negociación obrero-patronal en un ambiente no regulado".

En resumen, el sector informal es ampliamente heterogéneo y tiene miembros voluntarios e involuntarios. Las regulaciones laborales excesivas no pueden verse como la causa principal de la informalidad, ya que la segmentación del mercado laboral está también asociada con las diferencias en capital humano y con el alto costo que tiene el conformarse con las regulaciones generales (no sólo con las regulaciones laborales). La informalidad se concentra en el auto-empleo y en los empleados de las pequeñas empresas (frecuentemente familiares del auto-empleado), la rotación laboral se debe más a las renuncias de los trabajadores que los despidos, y no parece tener costos indebidos en las economías nacionales.

La existencia de la economía informal no genera daños a la producción nacional por sí misma, y las pérdidas que se generan en el corto plazo no son significativas. El daño crece en el tiempo y es provocado por el fracaso para brindar protección social a los individuos, porque muchas personas van a llegar a la vejez sin tener acceso a los derechos pensionales, muchas familias incurren en el riesgo de tener gastos catastróficos para acceder a los servicios de salud, muchas mujeres no tienen acceso a los servicios de cuidado infantil y muchos sufren de invalidez que reducen de forma permanente su habilidad de mantener un nivel de vida decente. Dado el tamaño de la economía informal en casi todos los países de ALC, en la ausencia de políticas correctivas, este daño está sujeto a crecer rápidamente en las siguientes dos décadas.

Como la informalidad está estrechamente ligada al auto-empleo y a las micro-empresas, es pertinente investigar qué va a pasar con el tamaño de distribución de las empresas en el largo plazo. Después de todo, bajo la hipótesis de los mercados laborales segmentados se creía que la urbanización gradual y los incrementos en el ingreso per cápita conducirían a mayores niveles de protección social. ¿Es razonable esperar que en las siguientes décadas se genere empleo en las firmas grandes que ofrecen protección social a tasas mayores? Las empresas crecen conforme van siendo más productivas, lo cual llevará a un aumento de la seguridad social en el mercado laboral. Sin embargo, el proceso puede ser muy lento, y pueden pasar muchas décadas antes de que la cobertura alcance los niveles deseables, políticamente hablando. Actualmente, las sociedades demandan protección, y los gobiernos nacionales y sus instituciones de seguridad social están bajo presión para encontrar caminos que logren extender la protección contra el riesgo en periodos de mucha menor duración.

Dado el riesgo de simplificar—especialmente porque una sección de este capítulo se concentra en la heterogeneidad de los trabajadores en el sector informal—, se tienen que diseñar políticas específicas para al menos cuatro tipos de trabajadores: (i) los que están auto-empleados, quienes ganan relativamente bien (por arriba de las oportunidades que les brinda el sector formal), pero están desconcertados ante las dificultades planteadas por las regulaciones y sienten que los beneficios brindados por el sistema de salud financiado por la seguridad social no es satisfactorio; (ii) los trabajadores mayores que son desplazados (usualmente en los cuarentas y cincuentas), que no pueden encontrar un trabajo en la economía informal y terminan como auto-empleados en una micro-

empresa; (iii) mujeres con bajo acceso al mercado laboral en el pasado o actualmente, quienes necesitan apoyo en la forma de políticas amigables hacia la familia y de políticas que faciliten la transición hacia un empleo de tiempo completo; y (iv) trabajadores jóvenes poco capacitados y que no poseen capital para funcionar como auto-empleados.

CAPÍTULO IV
EL ENTORNO DE LA INFORMALIDAD: IMPUESTOS, REGULACIÓN Y MODERNIZACIÓN ADMINISTRATIVA

CAPÍTULO IV
EL ENTORNO DE LA INFORMALIDAD: IMPUESTOS, REGULACIÓN Y MODERNIZACIÓN ADMINISTRATIVA

IV.1 Introducción

Una de las principales características de los programas de seguridad social es la de ser contributivos. Trabajadores y empleadores hacen pagos y tienen derecho a recibir beneficios a cambio. Idealmente, la relación entre pagos y beneficios debe ser fuerte, y los contribuyentes deben valorar los beneficios tanto como las aportaciones que realizan. Si esta relación entre aportaciones y beneficios pudiera ser lograda, el programa de seguridad social no tendría ningún efecto en la reducción del empleo o de los salarios. Los salarios monetarios podrían resultar menores debido al programa, pero el efecto estaría completamente compensado por el valor de los beneficios acumulados.

Frecuentemente, el resultado ideal no se logra por la naturaleza de los beneficios y el carácter progresivo de los programas. Los beneficios en especie, en su mayoría, son independientes de la cantidad contribuida, y los servicios de salud y de guardería son iguales para todas las familias aseguradas. En cuanto a los programas de pensiones, en muchos países existe un vínculo más fuerte entre la cantidad contribuida y los beneficios recibidos. Sin embargo, las fórmulas para el cálculo de beneficios en ocasiones persiguen el objetivo de ser progresivas y proveen altos rendimientos a trabajadores de bajos salarios y con menos tiempo de cotización (es decir, personas con menor tiempo de participación en la vida laboral). También se sabe que en muchos países las tasas de interés implícitas en los sistemas de pensiones públicos son menores que las tasas de interés disponibles para el ahorro privado. Por estas razones, que se acentúan cuando la institución de seguridad social tiene altos costos administrativos, las contribuciones tienden a verse como impuestos para trabajadores y empleadores.

Mientras que la liga entre beneficios y contribuciones no se logre, la posibilidad de que la gente que trabaja en el sector formal de la economía se mueva al sector informal se incrementa. ¿Qué elementos inciden sobre la informalidad en el mercado laboral y sobre la seguridad social? En esta sección se mencionan algunos de los estudios que se han hecho sobre el tema y se evalúan con mayor detalle cuatro elementos que inciden sobre la decisión de los individuos de participar o no en el mercado de trabajo formal y de contar o no con seguridad social.

El primer tema se relaciona con el nivel de contribución. Altas tasas de contribución son vistas como un incentivo para reducir el esfuerzo por trabajar y eludir el pago de contribuciones. El tema se vuelve más complejo cuando existen demasiados sistemas de protección social, pudiendo ser que los beneficios acumulados bajo un sistema se pierdan cuando un trabajador cambia de trabajo, o porque programas sociales alternativos no contributivos refuerzan desviaciones potenciales de los incentivos

en los programas de seguridad social. En muchos países, la coexistencia de esquemas de seguridad social independientes y desconectados genera diferentes cargas sobre trabajadores y empleadores para beneficios equivalentes. En otros casos, la elegibilidad de beneficios puede ser independiente de contribuciones presentes o pasadas, estableciendo incentivos para minimizar el pago. Esto último parece más importante cuando son ofrecidos beneficios no contributivos u otro tipo de pagos asistenciales; y para programas de salud, en los cuales los beneficios son independientes de las contribuciones o cuando se permite el acceso al sistema sin importar la condición médica previa o contribuciones previas.

El segundo tema se relaciona con la forma en que la estructura fiscal puede afectar las decisiones de ahorro y gasto de las familias, dada una determinada carga fiscal. Se presenta información sobre cómo las legislaciones fiscales al ingreso nacional han evolucionado favorablemente hacia la disminución de las distorsiones que crean los impuestos sobre el ahorro para el retiro de los individuos. Dado el crecimiento de los fondos de pensiones administrados en forma privada (tanto voluntarios como obligatorios), el tema de disminuir las distorsiones sobre el ahorro para el retiro se ha vuelto cada vez más importante para la seguridad social. Este tema es de especial importancia para los sistemas de contribución definida que han crecido de forma notable desde los noventa. Bajo estos esquemas, una adecuada estructura fiscal puede ir muy lejos al reducir y virtualmente eliminar las distorsiones sobre las decisiones del mercado de trabajo. Por otra parte, en programas que financian servicios de salud no es muy claro que se haya logrado una evolución hacia una estructura fiscal más sana, debido a que las leyes fiscales frecuentemente utilizan fórmulas regresivas y favorecen más al gasto que al ahorro en salud.

El tercer tema trata sobre las decisiones de las personas de participar en la economía formal o informal. Las actividades informales crecen por la combinación de una carga más fuerte de impuestos y regulaciones, y por la inhabilidad de las instituciones para implementarlas. La decisión de participar o no en la economía formal afecta el mercado de trabajo y a los programas de seguridad social que enfrentan la dificultad de incrementar la cobertura y alcanzar a toda la población. Claramente, el tamaño y desarrollo del sector informal interactuando con las reglas de acceso y las contribuciones a los programas de seguridad social pueden causar distorsiones importantes en el mercado laboral formal. Por ejemplo, la atención a la salud proporcionada por el sistema de seguridad social puede cubrir a muchos trabajadores del sector informal a través de un familiar que trabaja en el sector formal. Con el fin de proveer este cuidado a la salud, la tasa de contribución que debe ser impuesta a los trabajadores del sector formal debe ser mayor, provocando que muchos trabajadores migren al sector informal. En este sentido la participación del sector informal se hace más grande y el mercado laboral como un todo se sitúa en un punto de equilibrio con muchas distorsiones. Adicionalmente, la existencia de un gran sector no cubierto obliga al sector público a mantener un sistema de salud paralelo al sistema de salud de la seguridad social, lo que desvía la inversión pública en cuidado de salud lejos de la institución de seguridad social, incrementándose con esto la presión social sobre el sistema.

Finalmente, el capítulo trata sobre un tema administrativo. Las organizaciones de seguridad social mantienen grandes bases de datos para hacer cumplir el pago de las contribuciones de seguridad social por los empleadores y para determinar los beneficios acumulados por trabajadores y empleadores. La utilización y adaptación de nuevas tecnologías para las administraciones de seguridad social puede hacerlas menos costosas y permitir un mayor acceso a los beneficios. Un mensaje frecuente a lo largo de los capítulos de este Informe que tratan sobre la relación de los mercados laborales y la economía informal, nos dice que mucho del problema se localiza

en pequeñas empresas y en el autoempleo. Las Tecnologías de la Información (TI) están proporcionando nuevas herramientas que pueden reducir drásticamente los costos de registro, administración y recaudación de las contribuciones de seguridad social para aquellos que están hoy excluidos. En general, las nuevas TI han abaratado el costo de administración de las cuentas individuales para el retiro, la operación de los procesos para alcanzar y controlar transferencias de salud en dinero o en especie, apoyos al ingreso o cuidado de niños, y otros beneficios con un alcance que era inimaginable en las primeras décadas de la seguridad social, lo que abre posibilidades para la interacción entre instituciones y sus programas, y entre trabajadores, retirados y sus familias. La Sección IV.5 argumenta que este potencial puede ser completamente desarrollado sólo si se toma una acción pública para resolver problemas importantes de coordinación entre agentes sociales, incluyendo el tema de privacidad, la interrelación de diferentes autoridades fiscales y niveles de gobierno, el cumplimiento de contratos, aplicaciones y otros actos a través de los medios electrónicos.

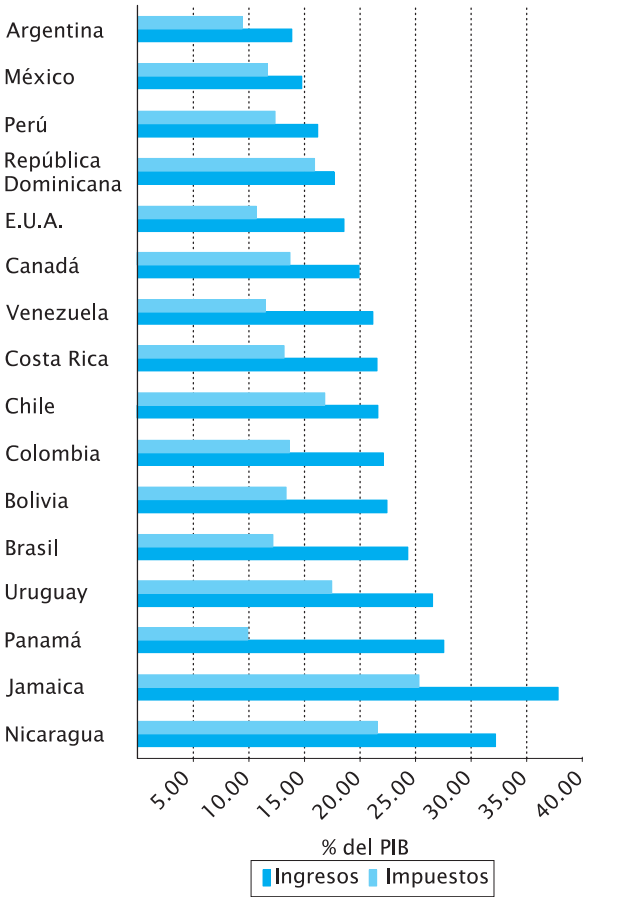
IV.2 Niveles de Impuestos

Posiblemente, la causa más citada por la incidencia sobre el costo del trabajo y la protección social es la carga fiscal. Sin embargo, como se abordó en el capítulo anterior, el sistema de protección social puede estar diseñado de tal forma que minimice las distorsiones y combine metas sociales con un ambiente competitivo para el desarrollo económico. A partir de los ochenta el tema de impuestos ha llevado a reformas en muchos países incluyendo a los de la OCDE. Estas reformas han tendido a la disminución de los impuestos al trabajo, sobre la hipótesis de que altas tasas marginales disminuyen la oferta de trabajo y en ocasiones pueden llevar a disminuir los ingresos. Estas tendencias se han observado también en muchos países latinoamericanos. La evolución presente y futura de los impuestos sobre el ingreso de las personas, de las contribuciones de seguridad social, de los impuestos al valor agregado y de otros impuestos a las ventas son de especial interés para las instituciones de seguridad social. En su diseño original, conceptualizado muchas décadas atrás, el impuesto a la nómina debía constituirse, en un esquema tripartito, en la principal fuente de ingreso para el financiamiento de la seguridad social. Sin embargo, como lo muestra esta sección, se ha hecho más difícil incrementar la recaudación a través del impuesto a la nómina y del impuesto sobre los ingresos de las personas. Desde mediados de los ochenta ha habido una fuerte tendencia en el continente a la reducción de este tipo de impuestos. Varios países han decidido incrementar el Impuesto al Valor Agregado (IVA) para mantener el financiamiento de los programas de seguro social. En general, el crecimiento de la población no asegurada sugiere que se necesitan nuevas salidas para canalizar los flujos financieros desde el sector productivo hacia el sistema de seguridad social, si las promesas y esperanzas de una cobertura universal se han de lograr.

Existen varios estudios comparativos sobre impuestos en países de Latinoamérica que describen los cambios importantes que se han observado, incluyendo los de Tanzi (2000), Bird (1992), Shome (1999) y Stotsky y WoldeMariam (2002). Entre estos cambios estuvieron la introducción y expansión del IVA, la reducción de impuestos internacionales, la disminución de los impuestos al ingreso, el incremento de los niveles de tributación (tanto en porcentaje del PIB como de los ingresos del gobierno), y algunas mejoras en la administración fiscal.

En las últimas dos décadas algunas situaciones económicas tales como la crisis de la deuda y la inflación llevaron a algunos países en América a la necesidad de incrementar los ingresos del gobierno y como resultado muchos países han sido exitosos en incrementar su nivel de tributación. Información de 2001 y 2002 indica que los países americanos recaudan en promedio por ingresos del gobierno central el 22.4% del PIB y por ingresos por impuestos el 14.5%. La Gráfica IV.1 muestra estas relaciones. Nicaragua, Jamaica, Panamá, Uruguay y Brasil son los países que recaudan mayores ingresos en términos del PIB. En promedio, el 65% de los ingresos del

Gráfica IV.1
Ingresos Totales del Gobierno Central e Ingresos por Impuestos en Relación con el PIB, 2001 y 2002



Fuente: Fondo Monetario Internacional, *Government Finance Statistics* (2003).
Notas: para México y Brasil los datos corresponden a 2000 y 1998, respectivamente.

gobierno provienen de impuestos. Un estudio para América Central de Stotsky y WoldeMariam (2002) presenta información para 18 países latinoamericanos durante los periodos 1990-1994 y 1995-99, señalando que del periodo 1990-94 al periodo 1995-99, los ingresos por impuestos en relación al PIB crecieron en promedio de 14.7% a 16.1%; lo mismo pasó con los ingresos del gobierno en relación al PIB.

Stotsky y WoldeMariam (2002) mencionan las diferentes fuentes de ingreso con que cuentan los sistemas tributarios en Centroamérica y otros países americanos. Los autores clasifican estas fuentes en tres grandes categorías: impuestos nacionales sobre bienes y servicios; impuestos sobre ingresos y utilidades; e impuestos al comercio internacional. El Cuadro IV.1 muestra los ingresos totales del gobierno central y la estructura tributaria de algunos países americanos para los que la información estaba disponible hasta el año 2001 ó 2002.

Un importante cambio que está tomando lugar en los países latinoamericanos ha sido la introducción y crecimiento de los Impuestos al Valor Agregado, con al menos 23 países adoptando este mecanismo. En 2003, el rango de las tasas del IVA fue del 5 al 23 por ciento, con un promedio para estos 23 países de 14.5 por ciento (Cuadro IV.2). Panamá tenía la tasa de IVA más baja y Uruguay la más alta. El Cuadro IV.2 muestra la tasa del IVA en estos 23 países, el año que el impuesto fue introducido y la tasa estándar al momento de su introducción. Algunos países aplican una sola tasa y otros países aplican tasas diferenciadas para diferentes categorías de bienes. El IVA ha probado ser un impuesto más elástico que los impuestos al ingreso debido a que recaudar impuestos al consumo es más fácil y el IVA tiene que ser pagado por todos, incluso por aquellos que no están pagando el impuesto al ingreso. Además, el IVA se ha convertido en una fuente más estable de fondos que el impuesto al ingreso. Para los programas de seguridad social, la introducción del IVA ha sido un gran desarrollo, debido a que los gobiernos se han estado respaldando cada vez más en el mismo para financiar gastos en pensiones y salud.

En Uruguay existe la Contribución al Financiamiento de la Seguridad Social (COFIS) que consiste de un impuesto general de 3 por ciento que se destina al Banco de Previsión Social. Este impuesto tiene una base gravable similar a la del IVA y son recursos que se destinan exclusivamente al financiamiento de programas sociales.

En 2001 y 2002 los impuestos nacionales sobre bienes y servicios, tales como el IVA, impuestos indirectos y algunos impuestos sobre ventas, constituyeron la principal fuente de ingresos tributarios en los países americanos, representando en promedio el 48 por ciento de los ingresos tributarios y el 7.2 por ciento del PIB (Cuadro IV.1). Para República Dominicana, Brasil y Venezuela, este

Cuadro IV.1
Ingresos Totales y Estructura Tributaria del Gobierno Central, 2001 y 2002
(porcentaje del PIB)

	Último año disponible	Ingresos	Impuestos sobre						
			Ingresos, utilidades y ganancias de capital	Nómina y a la fuerza de trabajo	Propiedad	Bienes y Servicios	Comercio Internacional	Otros	Total
Nicaragua	2002	37.83	4.48	-	0.01	14.75	2.30	-	21.54
Jamaica	2002	32.20	9.58	-		-10.87	2.49	2.36	25.30
Panamá	2001	27.54	4.11	-	0.38	2.45	2.36	0.59	9.89
Uruguay	2001	26.53	3.86	0.10	1.59	9.83	0.73	0.38	17.46
Brasil	1998	24.24	5.04	1.08	0.02	5.28	0.72	-	12.14
Bolivia	2002	22.38	1.50	-	1.56	9.13	0.87	0.29	13.35
Colombia	2002	22.06	5.43	0.60	0.71	6.06	1.07	0.26	13.61
Chile	2002	21.67	4.67	-	-	10.45	0.95	0.77	16.84
Costa Rica	2002	21.53	3.07	-	-	8.99	0.99	0.12	13.17
Venezuela	2001	21.16	4.15	-	0.41	5.32	1.48	0.12	11.49
Canadá [1/]	2002	19.91	9.86	-	-	3.62	0.28	-	13.76
EUA	2002	18.56	9.60	-	0.25	0.62	0.19	-	10.67
R. Dominicana	2001	17.57	3.96	-	0.15	6.09	5.41	0.21	15.82
Perú	2001	16.20	3.43	0.01	-	8.16	1.43	0.83	12.36
México	2000	14.76	5.04	-	-	9.17	0.60	0.11	11.67
Argentina	2001	13.78	2.48		1.28	4.96	0.59	0.02	9.33
Promedio simple		**24.09**	**5.33**	**0.14**	**0.39**	**7.19**	**1.53**	**0.35**	**15.00**

Nota: 1/ Los datos para Canadá son preliminares.
Fuente: Fondo Monetario Internacional, *Government Finance Statistics*, Anuario 2003.

Cuadro IV.2
Tasas del Impuesto al Valor Agregado, 2003 [1/]

	Fecha de introducción del IVA	Tasa estándar al momento de su introducción	Tasa estándar actual
Argentina	Ene. 1975	16.0	21.0
Barbados	Ene. 1997	15.0	15.0
Bolivia	Oct. 1973	10.0	14.9
Brasil	Ene. 1967	15.0	20.5
Chile [2/]	Mar. 1975	20.0	19.0
Colombia	Ene. 1975	10.0	16.0
Costa Rica	Ene. 1975	10.0	13.0
República Dominicana	Ene. 1983	6.0	12.0
Ecuador	Jul. 1970	4.0	12.0
El Salvador	Sep. 1992	10.0	13.0
Guatemala	Aug. 1983	7.0	12.0
Haití	Nov. 1982	7.0	10.0
Honduras	Ene. 1976	3.0	12.0
Jamaica	Oct. 1991	10.0	15.0
México	Ene. 1980	10.0	15.0
Nicaragua	Ene. 1975	6.0	15.0
Panamá	Mar. 1977	5.0	5.0
Paraguay	Jul. 1993	12.0	10.0
Perú	Ene. 1973	20.0	18.0
Surinam	Abr. 1999	7.0	10.0
Trinidad y Tobago	Ene. 1990	15.0	15.0
Uruguay	Ene. 1968	14.0	23.0
Venezuela	Oct. 1993	10.0	16.0
Promedio simple		**10.5**	**14.5**

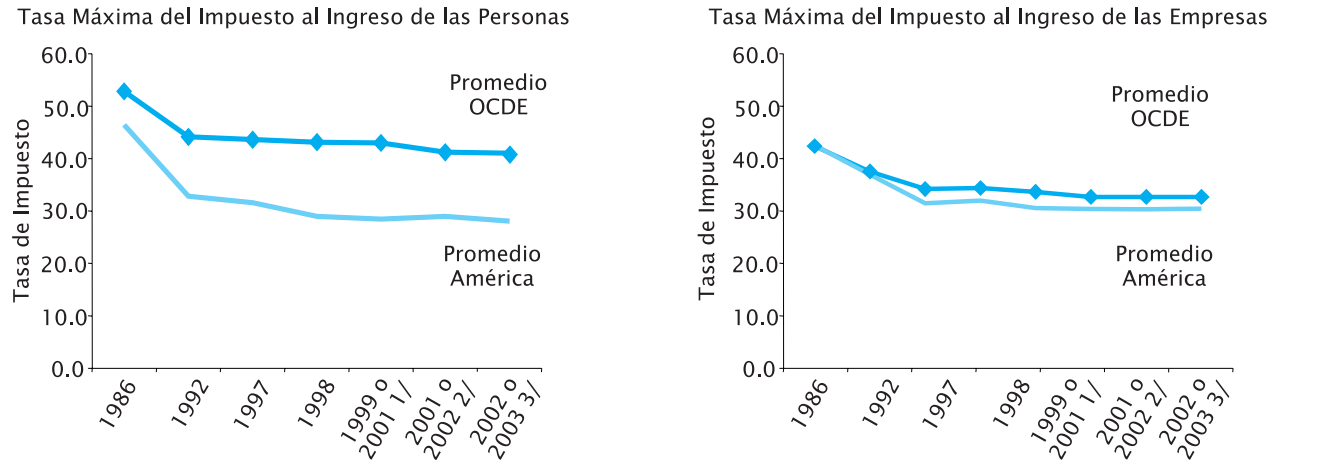
Fuente: Stotsky y WoldeMariam (2002), actualizado por comunicación directa con Carla Bronchi del Fondo Monetario Internacional.
Nota: 1/ A octubre de 2003.
Nota: 2/ En junio 19 de 2003, los Diputados aprobaron la propuesta de incrementar la tasa del IVA a 19 por ciento (la cual era de 18 por ciento) a partir de octubre de 2003.

tipo de impuestos sobre bienes y servicios representaron su segunda fuente de ingresos tributarios. La importancia de los impuestos nacionales sobre bienes y servicios en la estructura de ingresos de los países latinoamericanos, especialmente del IVA, se ha incrementado a través del tiempo. Tomando la información de Stotsky y WoldeMariam (2002) sobre los periodos 1990-94 y 1995-99, observamos que la proporción de este tipo de impuestos al consumo sobre los ingresos totales creció 16 puntos, de los cuales el IVA contribuyó con 15.3 puntos.

Los impuestos al ingreso, utilidades y ganancias de capital constituyen la segunda fuente de ingresos tributarios en los países americanos representando en promedio el 35.5 por ciento del total de ingresos y el 5.3 por ciento del PIB, en 2001 y 2002. Canadá, Jamaica y Estados Unidos recaudan a través de este tipo de impuestos más en términos del PIB que el resto de los países americanos y Argentina y Bolivia son los países que menos recaudan (Cuadro IV.1). Los impuestos al ingreso están separados en los impuestos al ingreso de las personas y a las empresas. En términos de generación de ingresos, los impuestos a las empresas son la principal fuente de ingreso. De hecho, en términos de generación de ingresos, los impuestos al ingreso de las empresas recaudados en los países americanos son muy similares a aquellos recaudados en países de la OCDE. Al contrario, los ingresos provenientes de los impuestos al ingreso de las personas son inferiores, principalmente porque la distribución de ingreso es más desigual, por lo que en los países de ALC pocos individuos pagan los impuestos al ingreso de las personas y frecuentemente los créditos e impuestos determinan que la recaudación total sea muy baja para ese componente.

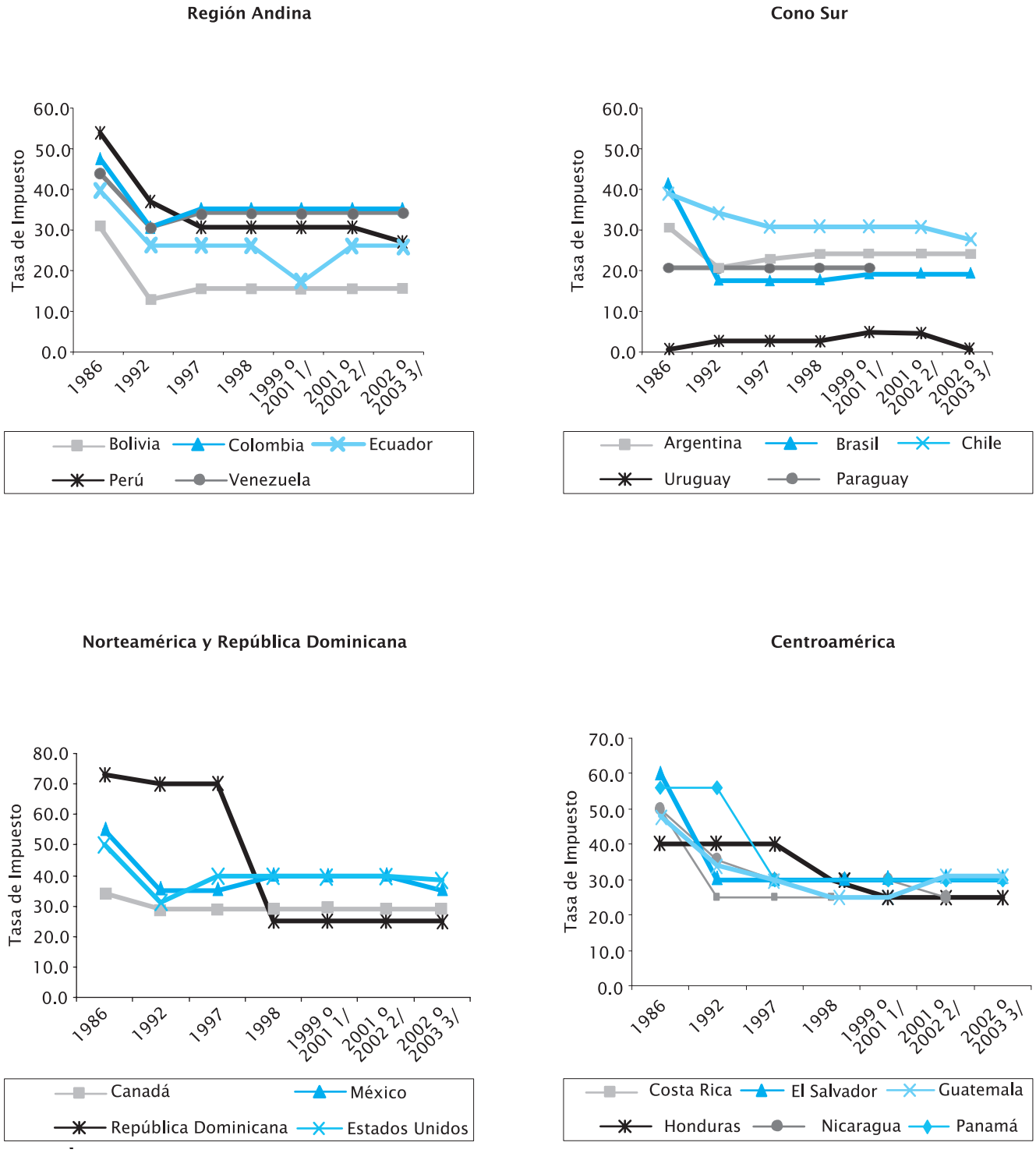
Los impuestos al ingreso de las personas y de las empresas en los países americanos muestran una convergencia importante en sus tasas máximas, aproximándose al 30 por ciento (Gráfica IV.2). En 2003, el rango promedio regional entre la tasa mínima y máxima del impuesto al ingreso de las empresas se encontraba entre el 17.0 y 29.3 por ciento. La tasa máxima promedio muestra poca variación entre los países americanos. Canadá tiene la tasa máxima más alta que es de 38 por ciento, y Brasil y Chile tienen las tasas máximas más bajas, que son de 15 y 17 por ciento, respectivamente. En el mismo año, el rango promedio regional entre la tasa mínima y máxima del impuesto al ingreso de las personas era de 9.8 y 28.0 por ciento. La tasa tope más alta fue de 40 por ciento y correspondió a Chile. En Uruguay no se impone impuesto al ingreso de las personas pero existe un impuesto a la nómina. Las Gráficas IV.3 y IV.4 muestran para 20 países de América, agrupados por región, el tope máximo del impuesto al ingreso de las personas y de las empresas en 2003 y su evolución desde 1986.

Gráfica IV.2
Tasas Máximas del Impuesto al Ingreso de las Personas y de las Empresas, 1986-2004

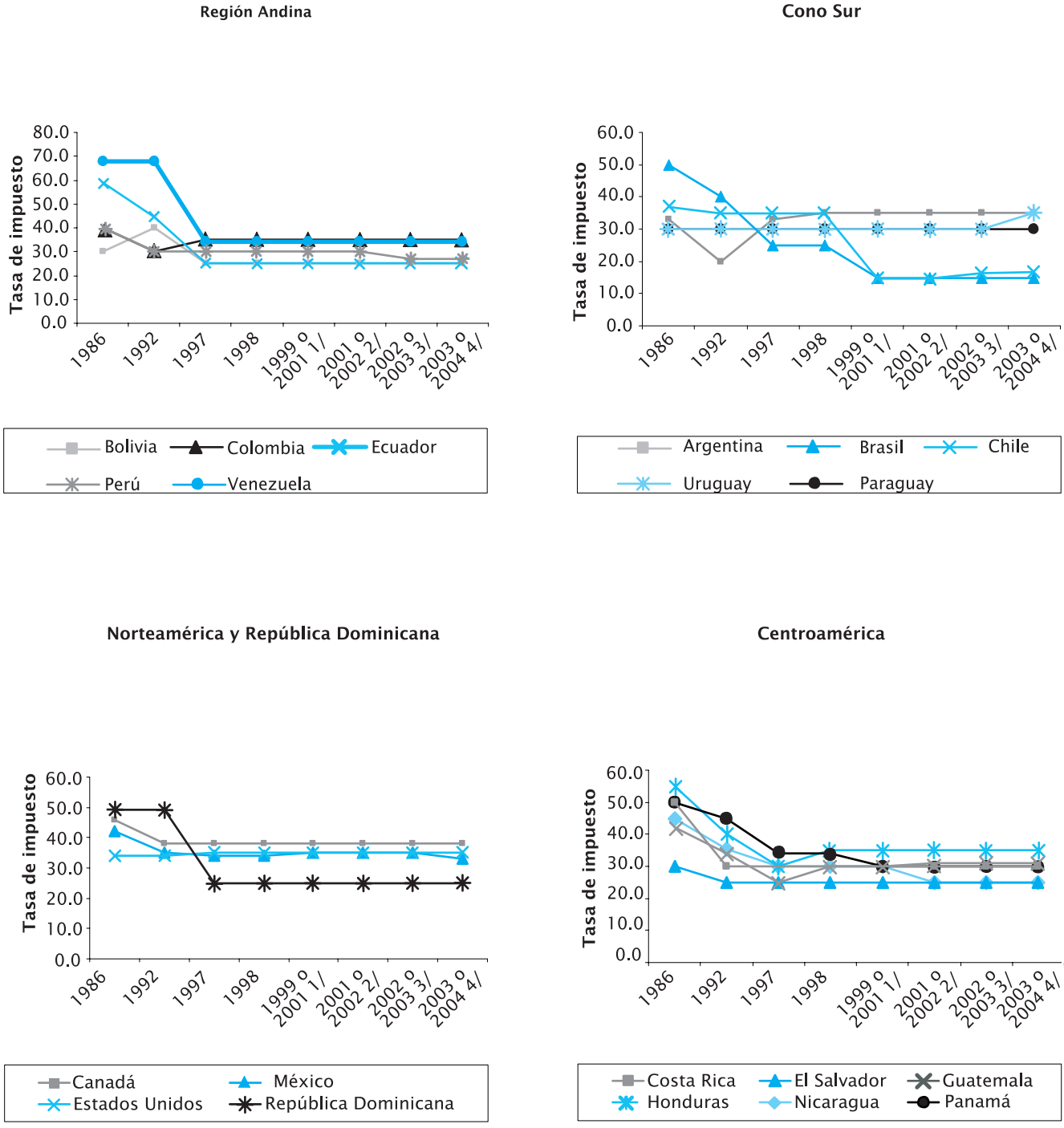


Fuente: Elaborada con información proveniente de Stotsky y WoldeMariam (2002).

Gráfica IV.3
Tasas Máximas del Impuesto al Ingreso de las Personas en Algunos Paises de América, 1986-2003



Gráfica IV.4
Tasas Máximas del Impuesto al Ingreso de las Empresas en Algunos Países de América, 1986-2004



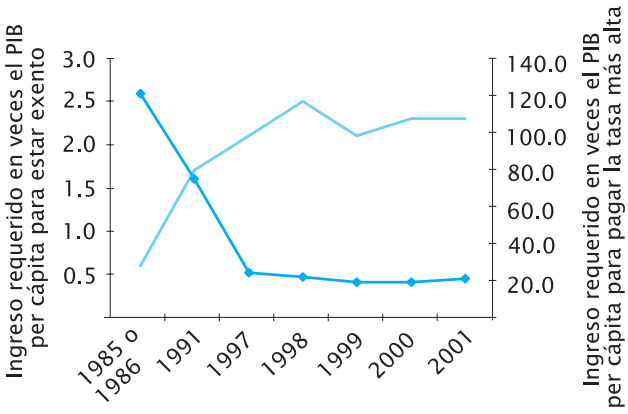
Fuente: Elaborada con información proveniente de Stotsky y WoldeMariam (2002).

Las tendencias observadas en muchos países americanos relacionadas con la globalización y la liberalización gradual del movimiento de capital llevaron a la disminución de las tasas fiscales, especialmente de las empresas pero también de los individuos. Las tasas máximas del impuesto al ingreso de las personas y de las empresas han tendido a disminuir a partir de mediados de los ochenta, tendencia que continua a comienzos de este siglo. En 1986, el rango promedio regional de las tasas del impuesto al ingreso de las empresas se ubicaba entre 4.3 y 43.3 por ciento y el del impuesto al ingreso de las personas estaba entre 9.0 y 46.4 por ciento. Comparando la tasa máxima de 1986 con la de 2003, se observa que las tasas del impuesto al ingreso de las empresas cayeron de 43.3 a 29.3 y las del impuesto al ingreso de las personas disminuyeron de 46.4 a 28.0. Esta tendencia se ha observado también en los países de la OCDE, en donde las tasas máximas del impuesto al ingreso de las personas disminuyeron en promedio de 37.3, en 1986, a 31.8 en 2003; mientras que la tasa máxima del impuesto al ingreso de las empresas cayó de 52.8 en 1986 a 40.0 en 2003 (Gráfica IV.2). El Cuadro IV.3 se obtuvo de Stotsky y WoldeMariam (2002) y muestra la evolución a través del tiempo de las tasas de impuesto al ingreso de las personas en América Latina.

Tanzi (2000) señala que los países de América Latina recaudan relativamente poco en impuestos al ingreso en comparación con los países industriales. El autor alude a cinco causas por las que esto sucede: (i) grandes deducciones que no se permiten en otros países; (ii) grandes exenciones personales; (iii) renuencia a gravar ingresos financieros; (iv) tasas fiscales estatutarias cada vez más débiles; y (v) sistemas administrativos que facilitan la evasión de impuestos.

Con relación a las exenciones personales que prevalecen en América Latina, Shome (1999) calcula el nivel de ingreso requerido para estar exento al pago del impuesto al ingreso de las personas y el nivel de ingreso requerido para ser sujeto a la tasa máxima, en número de veces el PIB per capita. En 2001, el nivel de exención era de 2.3 veces el PIB per cápita y el límite de ingreso requerido para ser sujeto a la tasa máxima era de 21 veces el PIB per cápita. Las exenciones personales estimadas en proporción al PIB per cápita crecieron de 0.6, en 1986, a 2.3, en 2001. Para la categoría más alta la tendencia fue opuesta al disminuir de 121, en 1986 a 20.7 veces el PIB per cápita en 2001 (Gráfica IV.5). Para entender esta tendencia, es útil recordar que muchos trabajadores en ALC no pagan impuestos o contribuciones de seguridad social, particularmente aquellos que trabajan en la agricultura o en el autoempleo. Por lo tanto, el incremento en los niveles de exenciones personales implica una disminución de la carga fiscal para los trabajadores de bajos ingresos y representa un intento para mejorar la fiscalización y la distribución del ingreso. El movimiento en el nivel máximo se concentró aproximadamente a finales de los ochenta y principios de los noventa, y parece deberse a dos causas principales. La primera es la mejoría en la estabilidad de las economías de América Latina con respecto a las condiciones de los años previos, cuando la inflación y los déficits públicos promovieron altos niveles de impuestos en la región. La segunda es la reforma en los Estados Unidos a mediados de los ochenta hacia la disminución de las tasas de impuestos al ingreso, las cuales crearon una presión de tipo competitivo en toda la región.

Gráfica IV.5
Ingreso Requerido para Estar Exento o Pagar la Tasa Máxima del Impuesto al Ingreso de las Personas
(promedio para algunos países de América Latina)



Fuente: Elaborada con información proveniente de Shome 1999 y Stotsky y WoldeMariam (2002).

Cualquiera que sea el peso de estas tendencias y otras posibles explicaciones del comportamiento de los impuestos al ingreso, la tendencia es ciertamente parte del impulso hacia una mayor confianza en el IVA. La seguridad social, al ser financiada como un impuesto a la nómina y constituirse como una adición al impuesto al ingreso, se ha visto afectada de forma importante por estas tendencias. Por un lado, en la medida en que la fiscalización a los ingresos de los individuos se hace cada vez más difícil, la fuente tradicional de financiamiento para el sistema se deteriora; por otro lado, una mayor confianza en el IVA implica que la protección social tiene que financiarse cada vez más de los ingresos generales. De hecho, los movimientos hacia el establecimiento de pensiones no contributivas y el financiamiento de la salud y de los servicios de guarderías a través de los impuestos generales son situaciones implementadas en muchos países y pueden convertirse en eventos más generalizados. Por lo tanto, para las instituciones involucradas en programas de seguridad social es

Cuadro IV.3
Tasas de Impuesto al Ingreso de las Personas, 1985-2003

	Porcentaje del Ingreso Gravable						
	1985 ó 1986 [1/]	1992	1997	1998	1999 ó 2000 [1/]	2001 ó 2002 [2/]	2002 ó 2003 [3/]
Argentina	16.5 - 45.0	15.0 - 30.0	6.0 - 33.0	6.0 - 35.0	9.0 - 35.0	9.0 - 35.0	9.0 - 35.0
Bolivia	N.D. - 30.0	10% tasa fija	13% tasa fija	13% tasa fija	13% tasa fija	13% tasa fija	13% tasa fija
Brasil [4/]	0.0 - 60.0	10.0 - 25.0	15.0 - 25.0	15.0 - 25.0	15.0 - 27.5	15.0 - 27.5	15 - 27.5
Canadá [5/]	25.0 - 34.0	17.0 - 29.0	17.0 - 29.0	17.0-29.0	17.0-29.0	16.0 - 29.0	16.0 - 29.0
Chile [4/]	0.0 - 57.0	5.0 - 50.0	5.0 - 45.0	5.0 - 45.0	5.0 - 45.0	5.0 - 45.0	5.0 - 40.0
Colombia [4/]	N.D. - 49.0	5.0 - 30.0	35% tasa fija	35% tasa fija	35% tasa fija	35% tasa fija	35% tasa fija
Costa Rica [4/]	5.0 - 50.0	10.0 - 25.0	10.0 - 25.0	10.0 - 25.0	10.0 - 25.0	10.0 - 25.0	10.0 - 25.0
República Dominicana [5/ 6/]	2.0 - 73.0	3.0 - 70.0	3.0 - 70.0	0.0 - 25.0	0.0 - 25.0	15.0 - 25.0	15.0 - 25.0
Ecuador [4/]	19.0 - 40.0	10.0 - 25.0	10.0 - 25.0	10.0 - 25.0	0.0 - 15.0	5.0 - 25.0	5.0 - 25.0
El Salvador [5/]	3.0 - 60.0	10.0 - 30.0	10.0 - 30.0	10.0 - 30.0	10.0 - 30.0	10.0 - 30.0	10.0 - 30.0
Guatemala	11.0 - 48.0	4.0 - 34.0	15.0 - 30.0	15.0-39.6	15.0-39.6	15.0 - 39.6	15.0 - 31.0
Honduras [4/ 7/]	3.0 - 40.0	12.0 - 40.0	9.0 - 40.0	15.0 - 25.0	15.0 - 25.0	15.0 - 31.0	10.0 - 25.0
México	3.0 - 55.0	3.0 - 35.0	3.0 - 35.0	10.0 - 30.0	10.0 - 25.0	10.0 - 25.0	3.0 -35.0
Nicaragua [5/]	15.0 - 50.0	8.0 - 35.5	10.0 - 30.0	3.0 - 40.0	3.0 - 40.0	3.0 - 40.0	N.D.
Panamá [7/]	13.0 - 56.0	3.5 - 56.0	4.0 - 30.0	10.0 - 30.0	10.0 - 30.0	10.0 - 25.0	4.0 - 30.0
Paraguay [4/ 8/]	5.0 - 30.0	5.0 - 30.0	3.0 - 30.0	4.0 - 30.0	2.0 - 30.0	2.0 - 30.0	
Perú [4/ 9/]	2.0 - 56.0	6.0 - 37.0	15.0 30.0	3.0 - 30.0	3.0 - 30.0	N.D.	15.0 - 26
Estados Unidos	18.0 - 50.0	15.0 - 31.0	15.0 - 39.6	15.0 - 30.0	15.0 - 30.0	15.0 - 20.0	10.0 - 38.6
Uruguay [10/]		0.7 - 3.0	0.7 - 3.0	0.7 - 3.0	1.0 - 6.3	1.0 - 6.0	0
Venezuela	12.0 - 45.0	10.0 - 30.0	6.0 - 34.0	6.0 - 34.0	6.0 - 34.0	6.0 - 34.0	6.0 - 34.0
Promedio Simple	**7.3 - 49.6**	**7.1 - 33.1**	**8.1 - 32.4**	**8.0 - 29.2**	**7.1 - 27.8**	**8.7 - 27.7**	**9.4 - 27.5**
Promedio OCDE [11/]	**22.2 - 52.8**	**16.8 - 44.1**	**15.8 - 43.6**	**16.1-43.1**	**15.0-43.0**	**16.0 - 41.2**	**16.0 - 41.0**

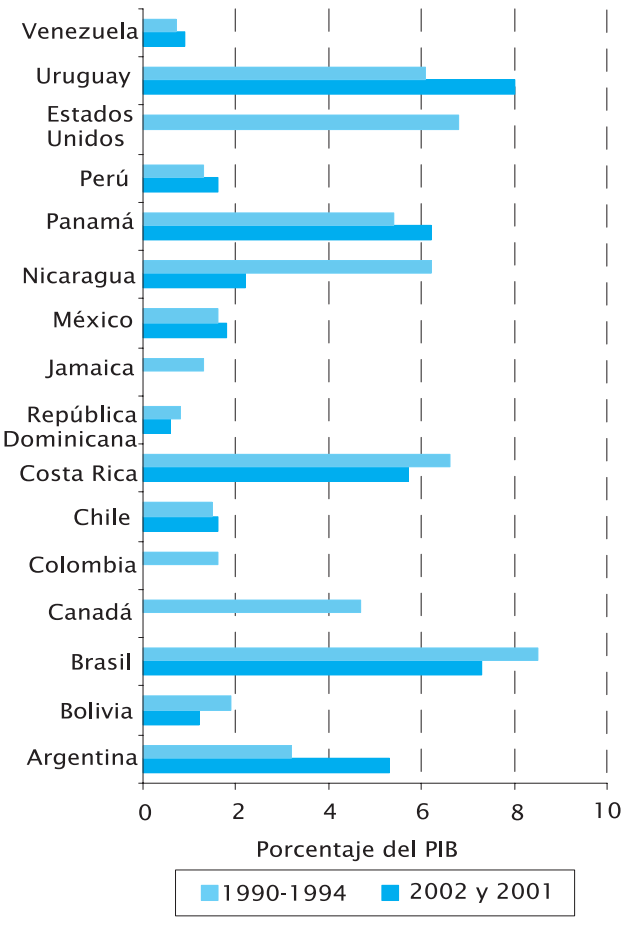
Fuente: Tanzi (2000) y Stotsky y WoldeMariam (2002) hasta 2002. Para 2003 la información se obtuvo de Individual Taxes, WorldWide Summaries de PriceWaterhose Coopers.

Notas: 1/ El promedio mostrado es un promedio conjunto de dos años.
2/ Los datos, a menos que se indique otra cosa, presentan las tasas de impuestos efectivas al 1º de enero de 2001.
3/ Los datos, a menos que se indique otra cosa, presentan las tasas de impuestos efectivas al 1º de enero de 2002.
4/ Los datos en la columna "1999 o 2000" son de 1999.
5/ Los datos en la columna "1999 o 2000" son de 1998.
6/ Los datos en la columna "2001 o 2002" son de 1999.
7/ Los datos en la columna "2001 o 2002" son de 2000.
8/ En el caso de Paraguay, el impuesto al ingreso de las personas en 1985/86 fue restringido a los ejecutivos de las empresas y se elimino más adelante.
9/ En 2002 la tasa máxima se incremento hasta el 27 por ciento.
10/ No se aplica el impuesto al ingreso de las personas en Uruguay, excepto el ingreso derivado de las actividades agrícolas y sobre comisiones fiscales.
11/ Excluyendo México.

de importancia estratégica la continua evaluación de estas tendencias en los sistemas fiscales nacionales.

Las contribuciones obligatorias a la seguridad social pagadas por trabajadores y empleadores al gobierno o a los fondos de seguridad social son generalmente gravadas sobre el salario. El rango promedio entre la tasa mínima y máxima de las contribuciones de seguridad social, como porcentaje del salario, en 2003 estuvo entre 12.7 y 16.1 por ciento. Uruguay aplica la tasa de gravamen total más alta, la cual es de 54.8 por ciento, seguido por Argentina (44.0), México (32.7), Perú (24.0), Chile (20.0), Barbados (18.3) y República Dominicana (17.2). En 2001 y 2002, los impuestos por seguridad social representaron, en promedio para algunos países de América Latina, el 3.6 por ciento del PIB. Entre el periodo 1990-94 y el año 2002, los ingresos provenientes de impuestos de seguridad social en proporción al PIB se incrementaron en promedio de 2.5 a 3.6 por ciento. Como se muestra en la Gráfica IV.6, existió mucha variación en lo que se refiere a los ingresos por contribuciones de seguridad social entre los países analizados.

Gráfica IV.6
Contribuciones a la Seguridad Social en Algunos Países de América



Fuente: Fondo Monetario Internacional, *Government Finance Statistics*, Anuario 2003.

Combinados, los impuestos al ingreso de las personas y las contribuciones de Seguridad social representan en promedio cerca del 44.8 por ciento de los ingresos gravables. El Cuadro IV.4 presenta información del impuesto al ingreso de las personas y de las contribuciones de seguridad social para algunos países de América en 2003 como porcentaje del PIB.

Davis y Herekson (2004) investigaron los efectos de largo plazo de los impuestos sobre el ingreso laboral, la nómina y el consumo utilizando las variaciones de las tasas de impuestos entre países. Para tal efecto utilizaron como muestra datos de países desarrollados y encontraron que un incremento en las tasas de impuesto puede producir una fuerte respuesta sobre las horas trabajadas y el tamaño de la economía informal, así como también, reducir el cociente de empleo a población. Por ejemplo, a mediados de los noventa, una diferencia de 12.8 puntos porcentuales en impuestos se relacionó con 122 horas de trabajo menos por adulto en un año, una caída de 4.9 puntos porcentuales en el cociente empleo-población, y un crecimiento en la economía informal equivalente al 3.8 por ciento del PIB. En el análisis de Davis y Henrekson (2004) las tasas de impuestos provocan mayores respuestas sobre los trabajadores con bajo nivel de calificación debido a que tienen una oferta de trabajo más elástica, lo que significa que tienen un mayor valor de tiempo relativo utilizado en actividades domésticas. Este último efecto se intensifica por los grandes programas públicos que existen en países con altas tasas de impuestos. Se tiene que mencionar que el análisis de Davis y Henrekson (2004) está sujeto a errores estadísticos importantes derivados de la dificultad inherente de medición de las variables

Cuadro IV.4
Tasas del Impuesto al Ingreso de las Personas y Contribuciones de Seguridad Social en 2003
(En porcentaje de los ingresos brutos)

	Impuesto al Ingreso de las Personas		Contribuciones de Seguridad Social				Carga Fiscal sobre el Empleo	
			Empleador		Empleado			
	Tasa mínima	Tasa máxima	Tasa mínima	Tasa máxima	Tasa mínima	Tasa máxima	Tasa mínima	Tasa máxima
Antigua y Barbuda[1/]	2.5	55.0	23.0	8.5		6.5	17.5	70.0
Argentina[2/]	9.0	35.0		27.0	11.0	17.0	43.0	79.0
Bahamas	0.0	0.0		5.4		3.4		8.8
Barbados[3/]	22.5	40.0		9.8		8.5	40.8	58.3
Bolivia[4/]	Tasa fija	13.0				12.2		25.2
Brasil[5/ 6/]	15.0	27.5			7.7	11.0	22.7	38.5
Islas Vírgenes Británicas[7/]	6.0	20.0		4.5		4.0	14.5	28.5
Canadá[8/]	16.0	29.0					16.0	29.0
Chile[9/]	5.0	40.0				20.0	25.0	60.0
Colombia	Tasa fija	35.0			7.4	9.4	42.4	44.4
Costa Rica[10/]	12.0	30.0			9.0	15.0	21.0	45.0
R. Dominicana[11/]	15.0	25.0		12.5		4.7	32.2	42.2
Ecuador[12/]	5.0	25.0				8.9	13.9	33.9
Guatemala[13/]	15.0	31.0				4.8	19.8	35.8
México	3.0	34.0	14.9	29.4	2.4	3.3	20.3	66.7
Panamá[14/]	4.0	30.0				7.3	11.3	37.3
Perú[15/]	15.0	30.0		11.0	12.0	13.0	38.0	54.0
Santa Lucia[16/]	10.0	30.0				5.0	15.0	35.0
Estados Unidos[17/]	10.0	38.6			7.7	15.3	17.7	53.9
Uruguay[18/]	0.0	0.0		18.6	18.1	36.1	36.8	54.8
Venezuela[19/]	6.0	34.0		1.7		4.5	12.2	40.2
Promedio Simple	**9.0**	**28.7**		**12.8**	**9.4**	**10.5**	**24.2**	**44.8**

Fuentes: Individual Taxes 2003-2004, Worldwide Summaries de Pricewaterhouse Coopers.
Notas: 1/ Las contribuciones a la Seguridad social son aplicadas sobre el ingreso bruto hasta $4,500 por mes. La tasa de impuesto incluye sólo beneficios de seguridad social y médicos. 2/ La remuneración máxima sujeta a la contribución obrera y patronal es de $4,800 pesos argentinos por mes. Las contribuciones a la seguridad social incluyen el fondo de pensión, el fondo de asignación familiar, así como los servicios médicos y sociales. 3/ La porción del trabajador es 8.5% sobre ingresos hasta un máximo de Bds$3,100 por mes. Los individuos auto-empleados hacen contribuciones cada 3 meses de 13 por ciento sobre ingresos. 4/ Sólo incluye fondos de pensión que están administrados en forma privada. La remuneración máxima sujeta a contribución es de $3,400 dólares americanos por mes. 5/ Los ingresos hasta R$12,696 están exentos. 6/ Los impuestos de seguridad social se pagan mensualmente y la contribución total no debe exceder R$171.77 (US$49.06) por mes. 7/ Para las contribuciones de seguridad social tanto el trabajador como el empleador son gravados sobre los ingresos del trabajador hasta un máximo de $23,400. 8/ Se requiere que los trabajadores paguen contribuciones al plan de pensiones hasta de Can$1,673.2 y primas de seguro de desempleo hasta Can $848. Un crédito igual al 16 por ciento de la cantidad mínima pagada y de las primas requeridas en el año al computar la cantidad de impuestos federales a pagar. 9/ Los salarios son sujetos a las contribuciones de Seguridad social hasta US$1,360 por mes. El excedente no es sujeto de contribución. 10/ Los ingresos hasta CRC$1,316 están exentos. 11/ La contribución base es de 10 por ciento del salario de cotización del trabajador, con un techo de hasta 20 salarios mínimos en el caso de pensiones y de 10 salarios mínimos en el caso de seguro de salud para la familia. 12/ Las contribuciones de Seguridad social son aplicadas sobre la remuneración que resulta de los beneficios no exclusivos y sociales estatutarios recibidos. Tasas especiales se aplican para trabajadores que laboran en sectores especiales de la economía. Las contribuciones de seguridad social son deducibles, excepto cuando las cubre el empleador. 13/ No existe un límite máximo de la cantidad gravable. 14/ No existe un límite al ingreso gravable. 15/ El fondo de asistencia social comprende el Fondo de Pensión y el Sistema de Salud. El Fondo de Pensión es financiado por los trabajadores y el Sistema de Salud por el empleador. 16/ Hasta una contribución máxima de EC$150 por mes. 17/ La contribución de los impuestos de seguridad social (vejez, sobreviviencia e invalidez) es de 6.2 por ciento sobre los primeros $87,000 dólares sobre los salarios más el impuesto de 1.45 por ciento sobre todos los salarios para el seguro de Medicare. El impuesto de seguridad social para el seguro de desempleo es equivalente al 12.4 por ciento de los primeros $87.000 dólares del ingreso neto del seguro de desempleo y del impuesto de 2.9 por ciento del impuesto al seguro de hospitalización de Medicare. 18/Existe el Impuesto a las Retribuciones Personales, creado en 1982, que grava las remuneraciones y prestaciones en efectivo o en especie derivadas de la prestación de servicios personales, exista o no relación de dependencia. La tasa de impuesto es de 0 por ciento hasta 3 salarios mínimos, de 2 por ciento para ingresos de 3 a 6 salarios mínimos y de 6 por ciento para ingresos por arriba de 6 salarios mínimos. Adicionalmente existe un impuesto para jubilaciones y pensiones de 2 por ciento que aplica para ingresos superiores a 6 salarios mínimos. 19/ Hasta Bs$190,080 por mes. Las contribuciones de seguridad social incluyen una contribución para el seguro de desempleo del 2.2 por ciento de los salarios obtenidos por los trabajadores.

relacionadas con la economía informal y su comparación entre economías nacionales. La preocupación acerca de los efectos de las altas tasas de impuestos se encuentra seguramente detrás de las tendencias hacia disminuir las tasas de impuesto al ingreso de las persona en América, la cual se detalló anteriormente.

A pesar de que el nivel de impuestos en América Latina es menor que el observado en países de la OCDE, la proporción de la población trabajadora fuera del ámbito de las actividades de la economía formal y que generan recursos para financiar los programas de seguridad social, es mucho mayor. Como se mencionó anteriormente, el nivel de evasión fiscal depende tanto de las tasas de impuesto como de la capacidad de las instituciones para obligar a su cumplimiento. Mientras que las tasas de impuestos son más bajas en Latinoamérica, es probable el caso de que en general la aplicación de la ley fiscal sea menos estricta y menos costo-efectiva. En la medida en que los individuos y las empresas escojan irse al sector informal con el fin de evadir impuestos, la disminución en la capacidad de cumplimiento puede ser una de las razones por las cuales existen grandes sectores informales estos países.

También se da el caso en Latinoamérica de que coexistan programas sociales no contributivos con programas de seguridad social contributivos. Los programas no contributivos son vistos como instrumentos necesarios para cubrir a la población del sector informal, especialmente en lo que se refiere a cuidado de salud y seguridad del ingreso en la vejez. En algunos países latinoamericanos, los programas no contributivos han sido vistos como complementos a los programas tradicionales contributivos y son financiados a través de impuestos generales o con subsidios cruzados de otros programas de seguridad social de naturaleza contributiva. Sin embargo, la coexistencia de esquemas de seguridad social autónomos y desconectados puede afectar el pago de las contribuciones de seguridad social y puede crear incentivos para utilizar beneficios no contributivos en lugar de completar los requisitos de los programas contributivos para acceder a los beneficios.

Bertranou, Solorio y Van Ginneken (2002) analizaron programas de pensiones no contributivas y asistenciales en Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay. Estos autores encontraron que este tipo de programas cubren una importante parte de los beneficios de pensiones. La cobertura de este tipo de programas es del 10.1 por ciento en Argentina; 22.6 por ciento en Chile; 31.2 por ciento en Costa Rica y 9.0 por ciento en Uruguay. En Brasil, existen dos tipos de programas de pensiones de beneficios similares, sin contribuciones individuales: los programas asistenciales de pensiones, los cuales cubren al 11.1 por ciento de beneficiarios y las pensiones rurales, cuya cobertura alcanza el 33.3 por ciento. También encontraron que, en general, en estos países los programas no contributivos se financian con impuestos generales con excepción de Costa Rica en donde las contribuciones de los empleadores financian el 46 por ciento de los beneficios. En Brasil y en Chile, el 10 por ciento del financiamiento proviene de las contribuciones sobre el salario.

IV.3 Incentivos Fiscales para el Ahorro

La seguridad social ha desarrollado instrumentos para influir sobre el trabajo en sus diferentes dimensiones (horas, intensidad, y edades de entrada y retiro), el ahorro, y los gastos de las familias (mientras se es trabajador activo y en el retiro). La sección previa trató sobre la forma y el nivel de las contribuciones; en esta sección se evaluará que las leyes fiscales incluyen reglas adicionales que pueden afectar el trabajo, el ahorro y los gastos. Estas reglas también pueden tener efectos muy grandes sobre los flujos financieros dedicados a financiar los gastos sociales. Para algunos países, el nivel del apoyo financiero dado a las familias para estabilizar su ingreso y los gastos de salud a través de leyes fiscales puede ser de una gran magnitud comparable en tamaño con programas destinados directamente al

gasto en pensiones y en salud. Mejores estructuras fiscales promueven el ahorro y complementan el diseño de los programas de seguridad social. A continuación, se muestra que en general las legislaciones fiscales de impuestos de los países han evolucionado favorablemente hacia la disminución de las distorsiones que los impuestos ejercen sobre el ahorro para el retiro y para salud.

IV.3.1 Pensiones

A pesar de las preferencias políticas y los puntos de vista sobre la evaluación a las reformas a la seguridad social, parece válido argumentar que la política de pensiones se ha vuelto más fuerte en los últimos años. Los gobiernos en América han tomado el reto de promover debates y reformas, y buscar soluciones. Esta sección trata de un tema, que a diferencia de muchos otros relacionados con pensiones, no ha sido discutido tan frecuentemente como se debiera. Los impuestos pueden representar una de las herramientas de política pública que pueden influir sobre el ahorro de largo plazo de las familias.

La estructura de impuestos afecta a la seguridad social en pensiones tanto en los esquemas de reparto como en los planes de pensiones privados. Los gobiernos pueden afectar el flujo de efectivo de pensiones a través de los impuestos en tres puntos principalmente: en el momento de la contribución (en donde el impuesto actúa como un impuesto a la nómina); en el momento en el que el interés o la ganancia de capital es acumulada (esto puede pasar en varios periodos mientras los recursos son ahorrados); y finalmente, los impuestos pueden aplicarse sobre los beneficios. En el último caso, puede ser un impuesto al ingreso (por ejemplo, sobre pensiones o sobre dinero retirado del fondo), o un impuesto al consumo (un impuesto al valor agregado u otro tipo de impuesto en salud o en servicios de guarderías). Whitehouse (2001) discute las diferentes combinaciones que pueden originarse de gravar los recursos en diferentes puntos. El autor resume estas combinaciones en dos tipos de impuestos: el "impuesto al gasto" y el "impuesto integral al ingreso", también utiliza las letras "E" para "exento" y "G" para "gravado", y define reglas fiscales aplicadas a los sistemas de pensión a través de una combinación de estas palabras (de acuerdo con los tres puntos en que puede haber gravamen).

El "impuesto al gasto" es asociado a las combinaciones EEG y GEE, las cuales significan que las acumulaciones al fondo de intereses y ganancias de capital no son gravadas y que existe un impuesto sobre los beneficios o sobre las contribuciones (las dos combinaciones tienen una "E" a la mitad). Esta política grava sólo el consumo o el gasto, independientemente del momento de su ocurrencia. Ejemplos de este impuesto son países que gravan pensiones a través de su acumulación en el ingreso gravable en el momento de su retiro, o un país que no permite la deducibilidad de las contribuciones.

El "impuesto integral al ingreso" se relaciona con las combinaciones EGG y GGE, las cuales significan que los intereses y las ganancias de capital se gravan, y puede también haber impuestos sobre los beneficios y las contribuciones. La idea detrás de este tipo de impuesto es que todo el ingreso es gravado, incluyendo los ingresos provenientes de la inversión de los fondos.

¿Cuáles son las metas de la política fiscal considerando estas opciones? ¿Debería ser gravado el ingreso derivado de los fondos de pensión? Estas preguntas son muy importantes para el bienestar de las familias, y deberían de ser tratadas como una característica importante para el diseño de la política social.

La meta específica debería ser que los impuestos no promuevan consumo presente sobre el futuro o a la inversa, consumo futuro sobre el presente. Por un lado, una tasa alta de impuestos sobre las contribuciones junto con un impuesto sobre el ingreso proveniente de la inversión del fondo favorece al consumo presente (desestimula al ahorro). Por otro lado, si se permite la deducibilidad de las contribuciones y el ingreso proveniente de la inversión del fondo de pensiones no se grava, las familias

reciben un incentivo a ahorrar. Los incentivos y desestímulos al ahorro significan que la tasa de retorno obtenida por ahorros en el sistema de seguridad social son más altas o más bajas, respectivamente, que el total de tasas de interés obtenidas por la economía en su conjunto.

El "impuesto al gasto" es más exitoso que el "impuesto integral al ingreso" en lograr la meta de ser neutral con respecto al consumo futuro y presente. La razón es que el "impuesto integral al ingreso" trata al ahorro como una forma adicional de consumo; sin embargo, es claro que el ahorro para el retiro no es una forma de consumo. Por lo tanto, el "impuesto integral al ingreso" se constituye como un doble impuesto pues se recaudan ingresos cuando el fondo para el retiro genera un rendimiento por su inversión y también cuando las contribuciones son pagadas o cuando los fondos son retirados (esto es, cuando las pensiones son pagadas).

Whitehouse (2001) muestra las reglas fiscales básicas en los países de la OCDE así como en los países de América Latina (Cuadros IV.5 y IV.6). Como se puede observar, los países de América Latina han optado en general por el "impuesto al gasto" (EEG), exentando las contribuciones y el rendimiento proveniente de la inversión, y gravando el consumo en el retiro (lo cual puede hacerse considerando los retiros del fondo y el ingreso por pensión acumulables al ingreso gravable).

Es bien conocido que las leyes fiscales sobre el ingreso son substancialmente más complejas de lo que puede inferirse de estos Cuadros. Los países frecuentemente imponen límites a la cantidad de ahorro para el retiro deducible, tratan de forma diferenciada los ahorros de los individuos y de las empresas, y cambian las tasas de impuestos en forma importante a través de las décadas (la perspectiva de interés para el jubilado). El Cuadro incluye algunas notas sobre estos temas.

Si, como se mencionó, el "impuesto al gasto" es preferible al "impuesto integral al ingreso" como base para los programas fiscales con un enfoque social, surge la pregunta sobre si los impuestos deben recaudarse "por adelantado", como impuestos a la nómina, o retrasados para ser recaudados en el momento del consumo. Frecuentemente, se ha decidido aplicar el impuesto a la hora del retiro, probablemente porque se cree que el permitir la deducibilidad de los ahorros promueve mayores ahorros. Otra consideración puede haber sido el transferir el riesgo a cambios futuros de política del gobierno, pero no es tan claro cómo influye esta variable: gobiernos futuros se pueden sentir facultados para incrementar los impuestos sobre los ingresos de inversión o de pensiones sin considerar las promesas de administraciones previas. En cualquier caso, parece ser que un ambiente fiscal estable, con reglas claras que se mantengan en el largo plazo es lo más favorable para la estabilidad en el consumo de trabajadores y jubilados.

Una práctica que es útil lograr para medir mejor el apoyo proporcionado por el estado a la protección social consiste en calcular el "impuesto al gasto", el cálculo de ingresos previos a las exenciones. Aproximadamente la mitad de los países de la OCDE están calculando el "impuesto al gasto"; sin embargo, los países de América Latina en general no lo hacen.

Los incentivos fiscales a los planes de pensiones tienen implicaciones presupuestales y crean activos fiscales implícitos. Antolín, Serres y Maisonneuve (2004) evalúan cómo los incentivos fiscales para los fondos privados de pensiones afectan la sustentabilidad fiscal. Ellos estiman los activos fiscales implícitos y la evolución en el tiempo de los costos fiscales y beneficios de los regímenes de pensiones favorecidos fiscalmente en 17 países de la OCDE (incluyendo Canadá, México y Estados Unidos).

IV.3.2 Salud

La tributación de gastos de salud con frecuencia recibe un trato especial en los códigos fiscales. Las sociedades tienen preferencia hacia la promoción del acceso a los servicios de salud de una forma más fácil y económica para la población, y los códigos

Cuadro IV.5
Tratamiento Fiscal a Planes de Pensiones Individuales en Países Desarrollados

País	Fondos de pensión				Pago de pensión		Notas
	IIP	Otros Impuestos			IIP/IGC		
	IIP	Ingreso del fondo	Ingreso del fondo	Valor del fondo	Ingreso de la pensión		
Australia	G	E	G	E	G	E	Deducción del 10% sobre los primeros $670 dólares, escalonado cuando el ingreso excede los $18,090 dólares; impuesto del 15% sobre el ingreso de la pensión; la suma global es gravada en 16.25% cuando el ingreso excede los $51,590 dólares; deducción del 15% sobre el ingreso de la pensión; las contribuciones deducibles se consideran beneficios marginales.
Alemania	E	E	E	E	G	G	Contribuciones deducibles hasta el techo, las cuales pueden ser cubiertas por contribuciones obligatorias a la Seguridad Social.
Austria	E	E	E	E	G	G	50% de las contribuciones son deducibles hasta el techo; 25% de la renta vitalicia de las contribuciones individuales son gravables; 30% de multa por disposiciones anticipadas de efectivo.
Bélgica	E	E	E	G	G	G	Límites sobre la deducción de contribuciones; 0.17% de impuesto sobre activos de proveedores mutualistas; crédito fiscal sobre rentas vitalicias, 10% de impuesto sobre suma global.
Canadá	E	E	E	E	G	G	Crédito sobre el ingreso de la pensión a una tasa de 17% sobre $780 dólares del ingreso de la renta vitalicia.
Dinamarca	E	E	G	E	G	G	Tasa de interés real gravable.
España	E	E	E	E	G	G	Límites sobre la deducción de contribuciones.
Estados Unidos	E	E	E	E	G	G	Límites sobre la deducción de contribuciones; 10% de multa sobre retiros de efectivo antes de cumplir 59 años y medio.
Finlandia	E	E	E	E	G	G	60% de las contribuciones son deducibles hasta el techo.
Francia	G	E	E	E	G	G	
Holanda	E	E	E	E	G	G	Límite sobre la deducción de contribuciones.
Irlanda	E	E	E	E	G	G	Límite sobre la deducción de contribuciones.
Islandia	G	E	E	E	G	G	
Japón	G	E	E	E	G	E	Ingreso de renta vitalicia neto de contribuciones gravables a tasas estándar; 50% de la suma global neta sobre $4,000 dólares gravable.
Luxemburgo	E	E	E	E	G	G	Límite sobre la deducción de contribuciones.
Noruega	E	E	E	E	G	G	Límite sobre la deducción de contribuciones.
Nueva Zelanda	G	E	G	E	E	E	
Portugal	E	E	E	E	G	G	Límite sobre la deducción de contribuciones; 20% de impuesto sobre la suma global neta de contribuciones.
Reino Unido	E	E	E	E	G	G	Límite sobre la deducción de contribuciones.
Suecia	E	E	G	E	G	G	Límite sobre la deducción de contribuciones; 20% de impuesto sobre ingresos del fondo.
Suiza	E	E	E	E	G	G	Límite sobre la deducción de contribuciones.

Fuente: Whitehouse (2001), con fuentes provenientes de OCDE (1994a), Tabla 4.4. Ver OCDE (1994b) para descripciones más detalladas.
Notas: IIP- Impuesto sobre el Ingreso Personal. IGC- Impuesto sobre Ganancias de Capital. E- Exento de Impuestos. G – Sujeto a Impuestos o Gravable.

Cuadro IV.6
Tratamiento Fiscal a Planes de Pensiones Individuales en Países en Vías de Desarrollo

	Contribuciones	Rendimientos	Beneficios	Notas
Latinoamérica				
Argentina	E	E	G	Contribuciones a las pensiones y a la Seguridad Social son deducibles de la base gravable. Pensiones y anualidades son sujetas al impuesto sobre el ingreso. El depósito y la disposición de la compensación del empleo y pagos de pensiones están exentos.
Barbados	E	G	G	Las contribuciones a un plan calificado de retiro y las contribuciones a un plan de ahorro para el retiro calificado son deducibles de la base gravable. Hasta un máximo de Bds$6,000 o 15% del ingreso gravable.
Bolivia	E	G	G	
Brasil	E	G	G	
Chile	E	E	G	Las contribuciones de Seguridad Social y un porcentaje de ciertas inversiones en acciones y depósitos a plazo están excluidas de la base gravable. Las ganancias de capital están gravadas como un ingreso normal. El ingreso por inversión se grava como ingreso normal. Solo se grava el ingreso real.
Colombia	E	E	G	Las contribuciones obligatorias y voluntarias a los fondos de pensión así como las ganancias de capital no deben considerarse en la base gravable. Con un límite de hasta 30% del ingreso del empleado. Las contribuciones voluntarias se considerarán gravadas si las retira el empleado en un plazo de 5 años a partir de que las realizó . Las contribuciones a fondos de pensión en el extranjero son gravables.
Costa Rica	E	E	?	Cualquier interés recibido de fuentes locales se incluyen en el ingreso gravable
México	E	E	G	Las ganancias de capital se consideran como un ingreso normal. El ingreso derivado de inversiones se grava al igual que el ingreso normal. Sólo el interés real se grava. Las contribuciones a ciertos fondos privados de pensiones y las contribuciones voluntarias a la AFORE son deducibles de la base gravable, hasta un límite de 5 salarios mínimos al año.
Perú	G	E	E	Los intereses y las ganancias de capital permanentes se incluyen en la base gravable.
Uruguay	E	E	G	No existe impuesto sobre el ingreso en Uruguay, pero existe un impuesto a la nómina.
Europa del Este				
República Checa	C	E	E	
Hungría	E	E	G	Contribuciones obligatorias o de "Segundo Pilar". Las contribuciones voluntarias tienen crédito fiscal hasta el límite.
Polonia	E	E	G	Contribuciones de "Segundo Pilar". El "Tercer Pilar" tiene un tratamiento fiscal de gastos prepagados.
Asia				
India	E	E	G	Contribuciones de asalariados a planes voluntarios de pensiones individuales. La suma global está exenta de impuestos. Las contribuciones de asalariados y los fondos previsores aprobados o exentos atraen el 20% de los créditos.
Indonesia	E	G	G	Depósitos bancarios de fondos y rendimientos sobre valores locales listados están exentos de impuesto; rendimientos de fondos mutualistas abiertos, valores no listados y propiedades son gravables.
Corea	E	E	E	
Filipinas	G	G	E	Contribuciones de asalariados. Las contribuciones del empleador son EGE para planes de pensión ocupacional restringidos y GCE para planes de pensión no restringidos.

Fuente: Tabla tomada de Whitehouse (2001), con notas adicionales para los países Latinoamericanos e información nueva para Barbados, Bolivia y Brasil.
Nota: G=Gravable, E=Exento, C=Crédito Fiscal.

Recuadro IV.1
¿Cómo Deben Representarse las Pensiones de Reparto en las Cuentas Públicas?

Históricamente, en todo el mundo, los pasivos de los sistemas de Seguridad social no han afectado los cálculos del déficit fiscal. Esto se debe en parte a que las cuentas gubernamentales usualmente no tienen un balance para contabilizar los activos y pasivos; además, los presupuestos son administrados anualmente sobre la base de flujo de efectivo. El Manual de Estadísticas de las Finanzas Públicas del Fondo Monetario Internacional no considera los pasivos acumulados en un año fiscal como gastos, argumentando que el pago de pensiones puede ser modificado a través de cambios en la ley. Sin embargo, el tamaño de los programas de seguridad social, el rápido crecimiento de los gastos en las siguientes dos décadas y la realidad de una población que espera cobrar una pensión sugiere que algunos lineamientos sobre el tema pudieran ser útiles para medir el impacto de las finanzas nacionales sobre la seguridad social en el futuro.

Por otro lado, los pagos proyectados del sistema de seguridad social no constituyen una medida del impacto futuro sobre el déficit. Esos flujos tienen que ser descontados por la recaudación esperada, así como por el rendimiento obtenido por los fondos de pensiones (públicos y privados) que financiará los pagos. El resultado neto son los pasivos no fondeados, los cuales deberían ser proyectados sobre una base anual y a valor presente.

Mientras para un gobierno puede ser difícil el registro del total de pasivos no fondeados, un avance gradual puede ayudar a mejorar la confianza en el sistema en el corto plazo, además puede proveer una solución definitiva en el mediano plazo. Actualmente, para las corporaciones privadas que enfrentan problemas de financiamiento de un plan de pensión, las reglas contables permiten una solución gradual. Un gobierno que opta por registrar esta falta de financiamiento tendrá que afectar la contabilidad en el año fiscal de forma inmediata, y así estará proporcionando a todos los agentes sociales completa información sobre el futuro de la seguridad social.

fiscales favorecen el gasto en salud incluso para los más ricos. En ese lugar se sitúa la principal distorsión en el tratamiento al financiamiento a la salud: los subsidios son en ocasiones dados al gasto presente, mientras que los ahorros pueden no recibir una consideración similar.

Como en el caso de pensiones, las regulaciones fiscales no deberían artificialmente poner un alto precio a los gastos en salud futuros o presentes, sino que deberían ser neutrales. Frecuentemente, las reglas fiscales que no favorecen tal neutralidad son: (i) se permite la deducibilidad para gastos presentes en servicios finales, pero no para seguros médicos; (ii) no se permite la deducibilidad de ahorro para futuros gastos de salud; (iii) el gasto financiado por empleadores tiene un tratamiento fiscal más favorable que el gasto de las familias. Anteriormente se vio que para pensiones, un avance favorable ha sido que los ahorros son deducibles de impuestos (lo que resuelve el tema de favorecer los gastos presentes sobre los futuros). Cuando los códigos fiscales proporcionan un tratamiento preferencial al gasto y no a los seguros o ahorros, los beneficios tienden a dirigirse hacia los más ricos, debido a que las familias de clase media y de bajos ingresos pagan impuestos al ingreso a tasas muy bajas o incluso de cero. El Cuadro IV.7 muestra el tratamiento fiscal para gastos de salud que se aplica en algunos países de América.

Una pregunta que ha surgido en varios países se relaciona con la conveniencia de adoptar un sistema de cuentas individuales de salud que permitan la deducibilidad fiscal de los ahorros dedicados a futuros gastos de salud. Estados Unidos ha adoptado una legislación en esta dirección. Las reformas incluyen (i) acumulación de activos libres de impuestos en cuentas de ahorro para la salud; las contribuciones son pre-impuestos, los ingresos son

Cuadro IV.7
Regulaciones Fiscales para Gastos de Salud Realizados por Individuos

	Contribuciones a un Seguro de Salud	Gastos Médicos	Notas
Argentina	D	D	Las contribuciones a esquemas médicos de terceros son deducibles hasta un máximo de 5% del ingreso neto. Otros gastos médicos pueden ser deducibles hasta un máximo de 40% del total de facturas en el año fiscal siempre y cuando la deducción no exceda el 5% del ingreso neto.
Brasil	D	D	Son deducibles los gastos médicos, dentales y hospitalarios, así como los pagos a un seguro de salud o programa de cobertura de gastos médicos registrado en Brasil.
Colombia	ND	D	Empleados con un ingreso anual menor a 77,000,000 pesos colombianos pueden escoger entre deducir los intereses hipotecarios o la asistencia médica prepagada.
Guatemala	ND	D	Excluyendo medicamentos.
México	D	D	A los contribuyentes residentes se les permite deducir gastos médicos y dentales de ellos y sus dependientes. Las primas de seguros médicos privados son deducibles a partir de 2002.
Panamá	ND	D	Los gastos médicos son deducibles, siempre y cuando se incurran en Panamá.
Estados Unidos	ND	D	Sujeto a limitaciones.
Venezuela	D	D	

Fuente: Impuestos Personales 2003-2004, WorldWide Summaries de Price Waterhouse Coopers (2003).
Notas: D/ Se permite deducibilidad.
ND/ No se permite deducibilidad.

libres de impuestos y los rendimientos son libre de impuestos si se utilizan para pagar gastos médicos calificados;[1] (ii) portabilidad, debido a que el individuo posee la cuenta y los ahorros siguen al individuo de un trabajo a otro hasta su retiro. (en caso de muerte la propiedad de la cuenta de ahorro para salud puede ser transferida a la esposa sobre una base libre de impuestos); (iii) medidas para contener el incremento de costos médicos, alentando a los individuos a comprar los planes de salud que mejor cubran sus necesidades (así el seguro es utilizado solo si se necesita verdaderamente); (iv) beneficios para beneficiarios de Medicare (así las cuentas de ahorro para salud pueden ser usadas durante el retiro para comprar un seguro de salud para el jubilado, cubrir gastos de Medicare y de recetas médicas). Este tratamiento fiscal se aplica sólo para trabajadores menores de 65 años que cuenten con planes calificados de salud y para individuos que pueden realizar contribuciones antes de impuestos hasta del 100 por ciento del plan de salud deducible.[2] Adicionalmente, aquellos individuos entre 55 y 65 años de edad pueden hacer contribuciones antes de impuestos "para ponerse al corriente" durante los años de mayor ahorro. Todas las contribuciones pre-impuestos pueden hacerse por los individuos, sus empleadores y miembros de familia.

Tal vez el mayor avance de las cuentas individuales de ahorro para la salud (CIAS) es el de promover el ahorro para gastos futuros, en lugar de subsidiar desembolsos presentes. Una deficiencia adicional relacionada con la exención de gastos presentes y no ahorros es que el individuo tiene un

[1] Los rendimientos no gravados pueden utilizarse para aquellas necesidades de salud no cubiertas por la póliza de seguro; como la continuación de coberturas establecidas por la Ley Federal, seguro de salud para desempleados y seguro de salud de cuidados de largo plazo.
[2] Un plan de salud calificado tiene un mínimo deducible de $1,000 dólares con un tope de $5,000 dólares sobre gastos de bolsillo para políticas únicas.

incentivo a gastar cuando está sano (debido a que tiene un mayor ingreso y se enfrenta a una tasa de impuesto al ingreso más alta), y no puede utilizar el subsidio fiscal cuando está enfermo (debido a que no puede generar un ingreso).

Las cuentas individuales de ahorro para la salud difieren de las cuentas individuales de ahorro para el retiro (CIAR) porque una CIAS puede ser útil sólo si se acompaña de un seguro de salud. Sin embargo, puede notarse que una CIAR también necesita un componente de aseguramiento, debido a que los sistemas de seguridad social que las han adoptado también cubren los riesgos de invalidez y muerte.

Algunas veces, la discusión alrededor de las CIAS se enmarca como propuestas de "una o la otra" y "todo o nada", como si las CIAS fueran a sustituir los mecanismos de seguridad social existentes. Sin embargo, dada la presión fiscal existente sobre los sistemas públicos para financiar salud, y el gran crecimiento esperado en los gastos privados, un modo más útil de pensar acerca de ellas es como un complemento que facilitará el ajuste. Este ajuste requiere atender a por lo menos dos temas de planeación. Primero, existe un costo fiscal definido por la cantidad ahorrada y las tasas de impuestos aplicables al ahorro de las familias; y segundo, las funciones de provisión y financiamiento de los sistemas públicos de salud deben ser compatibles con el gasto privado de las familias. Finalmente, las CIAS pueden ser útiles sólo para el sector que paga impuestos de la economía, lo cual limita su impacto en los países de ALC que cuentan con grandes sectores informales.

El financiamiento a la salud ha probado ser un campo difícil. Varios países en la región han tratado soluciones innovadoras (ver el Reporte de la Seguridad Social de América de la CISS para 2003); sin embargo, se requiere mayor investigación teórica y administrativa. El menú de opciones es rico (ver el Recuadro IV.2) y un buen diseño de las reglas y regulaciones que afectan los ahorros de las familias puede ser un sólido apoyo para cualquier mezcla de políticas utilizadas para financiar el cuidado de salud.

IV.4 Regulación General

Parece existir un consenso entre los países occidentales acerca de la creciente importancia de las actividades económicas "subterráneas", "oscuras" o "informales". En algunos países ricos, así como en algunos en vías de desarrollo, existe una percepción de las crecientes dificultades para las autoridades fiscales y regulatorias para recolectar impuestos, mantener registros de los contribuyentes, y en general para obligar al cumplimiento de las leyes y regulaciones que se han legislado para lograr la provisión pública de bienes y servicios. Mientras no es del todo claro que el problema esté creciendo, existe un consenso acerca de su relevancia. Para la seguridad social, la informalidad ha representado un problema importante para el financiamiento y la viabilidad de largo plazo de los sistemas de seguridad social, ya que muchos de los beneficios para la gente de la tercera edad, inválidos y programas de sobrevivencia son financiados con contribuciones de trabajadores y empleadores de la economía formal. Un gran sector informal hace difícil el financiamiento de los esquemas de seguridad social, particularmente si son sistemas de reparto y el cociente de dependencia (población jubilada dividida entre la población en edad de trabajar) es alto y se incrementa en el futuro. Para las instituciones de seguridad social en particular se ha vuelto difícil lograr una mayor cobertura de la población, tal vez porque eso se daba por hecho en muchos países hasta los años sesenta e incluso los setenta. El periodo de posguerra de la segunda guerra mundial fue testigo de logros substanciales en protección social en América Latina; sin embargo, el último cuarto del siglo XX fue dominado por crecientes preocupaciones sobre la habilidad de la seguridad social de alcanzar a toda la población de los países. Para el nuevo milenio, grandes economías informales prevalecen y las perspectivas de regreso hacia un camino de incremento de la cobertura se están viendo como menos probables.

El mercado laboral en Latinoamérica está caracterizado por un gran sector informal que está

Recuadro IV.2
Opciones para el Financiamiento del Cuidado para la Salud

La estructura financiera del cuidado para la salud está estrechamente relacionada con la organización de la atención médica. Barr (2001) analiza las opciones para el financiamiento de la atención médica a través de la evaluación de tres diferentes estrategias de organización que son: (i) financiamiento privado y provisión privada de cuidado de salud; (ii) financiamiento público y provisión pública; y (iii) financiamiento público y provisión privada. Estas estrategias se aplican en Estados Unidos, Reino Unido y Canadá, respectivamente. El financiamiento privado y la provisión privada en los Estados Unidos consisten de diversas fuentes de financiamiento que compiten entre sí. En el Reino Unido y en algunos países escandinavos, la atención médica se produce de forma pública y es en su mayoría financiada por los impuestos generales. En Canadá, la estrategia para la organización de cuidado a la salud consiste en el financiamiento público de la provisión de salud, la cual es proporcionada de forma privada.

Al evaluar estas opciones de financiamiento a la atención médica, el autor adopta cuatro criterios para evaluar estas tres diferentes estrategias. Para cada estrategia describe las ventajas y desventajas relacionadas con la contención de costos, el acceso, las listas de espera y la elección del consumidor. El cuadro siguiente resume estas conclusiones.

Estrategia	Ventajas	Desventajas
"Financiamiento privado contra provisión privada" (Estados Unidos)	-Las listas de espera no constituyen un problema. -La elección del consumidor no constituye un problema sin embargo existen presiones financieras que restringen la elección del paciente.	-Alto gasto -Persiste una brecha en cobertura y el acceso a la calidad es inequitativo.
"Financiamiento público contra provisión pública" (Reino Unido)	-El servicio de salud es económico comparado con estándares internacionales. -El acceso es bueno a pesar de que no es equitativo.	-La elección del consumidor es inflexible y la habilidad para adecuar las preferencias del consumidor son limitadas. -Altas listas de espera.
"Financiamiento público contra provisión privada" (Canadá y Alemania)	-Las listas de espera no constituyen un problema. -El acceso es bueno; nadie es excluido por ingreso. -La elección del consumidor no es un problema. Sin embargo, los presupuestos limitados están comenzando a restringir opciones.	-Vulnerabilidad por incentivos de terceros y presiones continuas sobre el gasto médico.

Barr (2001) concluye que las opciones para el financiamiento y la provisión de atención médica son limitadas. Los sistemas que se apoyan en el financiamiento privado enfrentan el problema de problemas de cobertura y costos explosivos, por lo que el autor recomienda que el principal medio para *financiar* la salud debiera ser el financiamiento público a través de impuestos o aseguramiento social. Esta opción podría ser administrada por un gobierno central, como el Reino Unido lo está haciendo; por gobiernos provinciales como en Canadá; o por instituciones paraestatales como en Alemania. Por otro lado, el autor continúa señalando que no es claro cómo debería estar organizada la *provisión* debido a que existen sistemas exitosos tanto de provisión principalmente pública como de provisión privada, o mixtos. Como resultado, el autor comenta, "ningún sistema de financiamiento a la salud es perfecto; el objetivo para los hacedores de política es el escoger la estrategia para la cual sus fallas sean las menos objetables para la sociedad en cuestión" (Barr 2001, p.70-71).

Barr (2001) discute que un país interesado en utilizar la estrategia de "financiamiento público y provisión privada" debería considerarla si los hacedores de política están seguros de contar con la capacidad administrativa y política para implementar fuertes medidas de contención de costos. Una estrategia que vale la pena observar es la de una especie de seguro social combinada con una regulación al gasto total en salud, como el esquema aplicado por la Universidad de Stanford.

creciendo. Schneider y Enste (2000) han reunido las estimaciones de la economía informal según diferentes métodos de medición para algunos países desarrollados y otros en vías de desarrollo. En la región latinoamericana, los países con las mayores economías informales son Bolivia, Panamá, Perú y Guatemala, mientras que las menores se encontraron en Costa Rica, Argentina y Chile. Para México, las estimaciones varían substancialmente, entre 27.1 y 49%. Por otro lado, los Estados Unidos y Canadá tienen los niveles más bajos, incluso dentro de los países de la OCDE (Cuadro IV.8).

Giles y Tedds (1999) listan los factores que influyen en las actividades económicas "informales". Entre estos se encuentran las tasas de impuestos y la complejidad fiscal, la carga de las regulaciones, los niveles de desempleo, los niveles de ingreso disponible, la tasa de inflación, el perfil de edad y género de un país, la magnitud del autoempleo, la frecuencia de empleo en más de un solo trabajo, los niveles de inmigración, la confianza en el gobierno, la ética fiscal, el nivel de desarrollo político y económico, así como la sofisticación tecnológica y financiera.

Dejando a un lado las actividades ilegales y en particular las actividades criminales, para las cuales el término "informal" o "subterráneo" puede ser un nombre no apropiado, hay una amplia proporción de actividades desempeñadas al margen de la legalidad. Los gobiernos continuamente toman acciones para afectar las decisiones de las personas de participar en la economía formal o informal, por cuanto la informalidad afecta la protección social y, en general, a la habilidad del gobierno para proveer servicios públicos.

Un acontecimiento que se ha venido identificando en los estudios de la OCDE y que puede ser de gran relevancia política es que la proporción de la población involucrada en actividades informales ha crecido en países donde el problema era pequeño apenas hace dos y tres décadas atrás.

Cuadro IV.8
Economía Informal en Países en Vías de Desarrollo

	Tamaño de la economía informal (% del PIB)		Tamaño de la economía informal (% del PIB)
Centro y Sudamérica		**África**	
Argentina	21	Mauritania	20
Bolivia	65	Marruecos	39
Brasil	29-37	Nigeria	76
Chile	18-37	Sudáfrica	9
Colombia	25-35	Tanzania	31
Costa Rica	23-34	Túnez	45
Ecuador	31	**Asia**	
Guatemala	50-61	Chipre	21
Honduras	46	Hong Kong	13
México	27-35	India	22
Panamá	40-62	Israel	29
Paraguay	27	Malasia	39
Perú	44-57	Filipinas	50
Uruguay	35	Singapur	13
Venezuela	30-30	Corea del Sur	38
Africa		Sri Lanka	20-40
Botswana	27	Taiwan	N.D.
Egipto	68	Tailandia	16-71

Fuente: Schneider y Enste (2000).
Nota: N.D. = No Disponible.

En Dinamarca, la proporción de la población adulta desempeñando actividades informales creció de 8.3 a 22.5 por ciento entre los años ochenta y noventa, y para Alemania las cifras pasaron de entre 8 y 12 por ciento hasta por arriba de 22 por ciento en un periodo similar. Esto no constituye una medición de la economía subterránea, y en estos países usualmente significa que los trabajadores, quienes pueden estar cubiertos por el sistema de seguridad social en un trabajo, pueden también tener un segundo empleo o trabajar horas extras en una actividad no cubierta. Este comportamiento busca evadir contribuciones cuando los beneficios llegan a ser en su mayoría independientes de los pagos adicionales. Por lo tanto, es útil revisar las fuerzas globales que conducen a la informalidad.

Giles y Tedds (1999) examinan la evidencia disponible sobre las actividades informales en los países desarrollados. Los autores encuentran que existe una fuerte asociación entre los incrementos a las tasas de impuestos y los incrementos en el tamaño de la economía informal. Utilizando una metodología estadística, los autores intentan responder preguntas sobre el alcance de la economía informal, su crecimiento, las motivaciones de los individuos para hacer trampa en sus declaraciones de impuestos, y sobre las respuestas de política gubernamental adecuadas o incluso posibles contra la evasión fiscal.

Las actividades informales crecen por la combinación de fuertes cargas fiscales y regulaciones, pero también debido a la inhabilidad de las instituciones para hacerlas cumplir. Loayza (1996) realizó un análisis de factores múltiples que se relacionan estadísticamente con el nivel de informalidad entre países, y encontró que para 14 países Latinoamericanos las tres variables más importantes son la carga de impuestos, las regulaciones del mercado laboral y la eficiencia de las instituciones de gobierno. Sin embargo, no es posible hacer inferencias fáciles sobre el modo de transformar estos elementos. Las regulaciones que apoyan al sistema fiscal son frecuentemente complejas y las propuestas para simplificarlas han tenido avances en muchos países. El argumento teórico es que la simplificación fiscal hace más fácil su cumplimiento, lo que reduce el incentivo de los individuos para evadir impuestos realizando actividades informales. Por otro lado, ampliar la base fiscal y eliminar las exenciones, sin prestar atención a la naturaleza especial de algunas actividades económicas, crea incentivos adicionales para mover ciertas actividades a la informalidad. Ciertas actividades económicas sufren crónicamente de problemas de coordinación, principalmente en aquellas actividades donde los empresarios deben hacer inversiones y tomar en cuenta riesgos mucho tiempo antes de obtener ganancias de sus actividades. En consecuencia la simplificación a la legislación fiscal para empresas pequeñas tiene un límite, pues es necesario mantener algunas reglas contables y fiscales específicas para evitar gravar a la inversión indebidamente (este tipo de exención existe, desde que el impuesto al valor agregado es normalmente recaudado sobre bienes finales en muchos de los países). El simplificar el código fiscal eliminando este tipo de exenciones puede causar de manera marginal que muchas compañías o inversionistas realicen todas sus actividades de forma subterránea, mientras que antes las realizaban de manera formal y pagaban impuestos en general utilizando las exenciones legalmente para reducir su carga fiscal. Si bien, en general, la simplificación del sistema fiscal y el ampliar la base fiscal resultará en menos informalidad, es probable que los legisladores y los encargados de definir las políticas públicas sean cuidadosos con respecto a la eliminación de todas las exenciones, ya que el costo de eliminar algunas puede exceder los beneficios.

En la búsqueda de alternativas para fiscalizar actividades informales algunos países han desarrollado nuevas formas de fiscalización. Tanzi (2000) comenta que las actividades de pequeñas empresas crean mayores problemas para las administraciones fiscales y menciona que, en las últimas dos décadas, los países latinoamericanos han introducido algunas formas de fiscalización para

pequeños contribuyentes. El autor sostiene que Argentina, Bolivia, Brasil y Perú han establecido un impuesto único y obligatorio que substituye al IVA, a los impuestos al ingreso y a las contribuciones de seguridad social; y que además el "monotributo" de Argentina y el impuesto "Simples" de Brasil son particularmente interesantes como mecanismos para sustituir varios impuestos. Costa Rica, República Dominicana, Guatemala, México, Nicaragua y Panamá han simplificado impuestos para pequeños contribuyentes, a lo que Tanzi (2000) describe como una medida que sólo substituye al IVA o al impuesto al ingreso. En 2004, México aprobó una provisión en el código fiscal que permite a los pequeños contribuyentes acreditar las contribuciones de seguridad social contra el IVA (esto es, las contribuciones pueden ser deducidas de los pagos por IVA). Se desconoce aún el impacto en cobertura de esta innovación, pero se espera que de haber éxito se beneficiarán algunos millones de familias.

En los Estados Unidos, ha existido una política de reducir y contener la tasa fiscal pagada por los individuos, bajo la hipótesis de que una alta progresividad induce a actividades informales. Por ejemplo, Cebula (1997) estima que un incremento de un punto porcentual de la tasa de impuesto al ingreso induce al crecimiento de la economía informal en 1.4%. Sin embargo, Johnson, Kaufmann, y Zoido-Lobatón (1998a, b), así como Friedman, Johnson, Kaufmann y Zoido-Lobatón (2000) señalan que altas tasas de impuestos no son la causa directa de la economía informal y que una aplicación discrecional de las leyes es necesaria para explicar el evento. Esto significa que los empleadores van hacia la economía informal no solo para evadir impuestos sino también por corrupción e incertidumbre sobre la aplicación de las leyes. Franzoni (1998) describe los diferentes modelos que tratan de explicar el papel de la ley y del cumplimiento de la ley. Una de las principales conclusiones de esta literatura teórica sobre derecho y economía es que un enfoque simple de reformar las leyes o los métodos de auditoría puede no lograr reducciones significativas al problema de incumplimiento de la ley, debido a que los factores institucionales y de procedimiento también juegan un papel importante. La variable relevante para medir la eficiencia de la ejecución es la "probabilidad de que la investigación eventualmente resulte en sentencia y castigo para el culpable. Aquí entran en juego factores adicionales: en tanto que la evasión deje pistas detectables, la habilidad específica y la experiencia de los auditores, el conjunto de herramientas de investigación a su disposición (por ejemplo, el grado de secreto bancario), la posibilidad de inducir la colaboración del contribuyente, la factibilidad de acuerdos fuera de la corte, el estándar de prueba, la definición de "falla", la claridad de la ley fiscal, el número de niveles de apelación, entre otros" (Franzoni, 1998, p. 68). Para las instituciones de seguridad social, este diagnóstico conlleva un reto, debido a que las probabilidades de auditoría y tasas de sanción están cerca de su control, en ocasiones como herramientas administrativas; incluso si se requiere la aprobación por alguna legislatura, la institución es usualmente capaz de influir en legislaciones relacionada con sus operaciones. Sin embargo, la eficiencia del sistema de justicia, y en general otros mecanismos mencionados por Franzoni (1998) tienden a depender de la condición general del sistema legal de cada país, el cual puede no ser fácilmente influido por la institución de seguridad social.

Los importantes estudios de De Soto (1986, 2000) acentúan la importancia de las regulaciones como determinante de la economía informal. Su primer libro "El Otro Sendero" (1986) tuvo un importante impacto en la literatura académica del sector informal en la década después de su publicación. En su opinión, las regulaciones inadecuadas y mal administradas crean las tasas más altas de informalidad en el mundo, en tanto los empleadores regularmente ignoran o pagan para evadir las regulaciones. Como resultado, los negocios no son registrados y las propiedades no son escrituradas; además, las regulaciones

excesivas y discrecionales no sólo pueden significar un menor cumplimiento de la ley, sino también pueden propiciar una enorme depreciación del capital, especialmente de la gente de escasos recursos que llega a ser marginada.

Los sistemas de seguridad social pueden jugar un papel positivo en el desarrollo de los seis "efectos de propiedad" propuestos por De Soto (2000), los cuales son: (i) establecimiento del potencial económico de los activos, (ii) integración de información dispersa en un solo sistema, (iii) facultando a las personas con responsabilidad, (iv) propiciando que los activos sean comerciables, (v) creando redes, (vi) protegiendo transacciones. Hasta cierto punto, las recientes reformas en la seguridad social han dado mayor poder de decisión a los trabajadores y han incrementado la rendición de cuentas, por ejemplo a través de sistemas que ofrecen cuentas individuales para el retiro. Sin embargo, la evidencia sugiere que el mejorar la credibilidad de los beneficios de la seguridad social puede no ser suficiente. En economías donde la informalidad se ha extendido, se requieren varias acciones del estado para atraer a los trabajadores hacia el flujo de actividades económicas que estén basadas en el cumplimiento de la Ley. Hasta ahora las reformas parecen ser demasiado débiles en términos de mejorar la credibilidad o la rendición de cuentas. No está claro por ejemplo, que las cuentas individuales para el retiro den poder a los trabajadores (esto depende en su mayoría de la calidad del servicio y en el nivel de competencia en el mercado de cuentas para el retiro). Tampoco es claro que tales reformas incrementen la credibilidad de los beneficios de seguridad social. Además, el único camino obvio en el cual esto pueda incrementar los incentivos de trabajadores para estar en el sector formal es atrayéndolos con beneficios que no pueden adquirir en el sector informal. Sin embargo, si los trabajadores pueden obtener una cobertura pensionaria de seguridad social trabajando solo algunos años en el sector formal, y recibir cobertura de salud a través de contar con otro miembro de la familia trabajando de forma permanente en el sector formal, no es claro que la creación de cuentas individuales para el retiro afectará su decisión de operar principalmente en el mercado formal. También se puede mencionar que las inversiones hechas por las administradoras de fondos en los sistemas reformados incluyen una mayor proporción de bonos públicos, y los individuos pueden ver estos ahorros como sujetos a riesgo de futuras regulaciones o controles que reducirán su valor (como sucedió en Argentina después de su crisis monetaria en 2001).

Para el futuro previsible, la seguridad social permanecerá como el principal programa social en la mayoría de los países americanos y este privilegio llevará consigo sustanciales responsabilidades administrativas, tales como el mantenimiento de la más completa y confiable base de datos del trabajo de las familias, salarios y beneficios recibidos. También será cierto, como en América del Norte y Europa Occidental, que las transferencias de seguridad social constituirán la principal forma de ahorro para muchas y probablemente la mayoría de las familias. En la medida en que los registros de las contribuciones y beneficios sean precisos, la seguridad social si bien no estará resolviendo todo el problema de la informalidad, estará contribuyendo substancialmente a encontrar una salida. Esta observación puede llevar consigo un urgente mensaje donde la protección social es fragmentada (ver Capítulo V). Cuando un trabajador necesita mantener registros múltiples para beneficiarse de los programas de seguridad social, y las instituciones no desempeñan la tarea de integrar la información para fines de acumulación de beneficios; cuando las instituciones pierden información debido a un mal manejo; cuando las instituciones están dominadas por consideraciones políticas que ignoran acuerdos administrativos o legislativos para una integración funcional, entonces el peor escenario de De Soto (2002) se vuelve una realidad, y la seguridad social se puede convertir en un mecanismo fiscal que proporciona beneficios inciertos, y muchos hogares optan por trabajos sin protección social.

Una paradoja surge bajo la luz de los resultados de los varios investigadores que se han discutido arriba. Frente al problema de una gran economía informal y de los intentos del gobierno por establecer estrategias para incrementar regulaciones y controles, la condición se puede exacerbar. Una política efectiva será la de simplificar las leyes y regulaciones, mejorar las habilidades administrativas de las instituciones regulatorias a cargo de la aplicación y el cumplimiento de la ley y modernizar los procedimientos en las cortes para resolver controversias. Por lo tanto, en un país con una gran economía informal, como es el caso de la mayoría de los países de ALC, las reformas a la seguridad social que reduzcan impuestos y mejoren la administración de la recaudación o beneficios pueden ser útiles en el corto plazo pero pueden acabar teniendo un impacto limitado en cobertura, y solo un enfoque integral puede llegar a ser exitoso, un enfoque que trate todos los problemas regulatorios de empresas en la economía informal.

Una gran extensión de los sistemas de protección social lograda principalmente a través del incremento de recursos presupuestales, con el fin de cubrir a muchos individuos que trabajan en el sector informal, no producirá incentivos para registrar la propiedad o para trabajar en el sector formal. De hecho, el proveer salud y otros servicios sociales sobre una base no contributiva puede incrementar el tamaño del sector informal, y puede por lo tanto ser contraproducente.

IV.5 Administración de la Seguridad Social en un Mercado Laboral Dinámico

La organización administrativa y tecnológica de la seguridad social puede tener un impacto sustancial en la habilidad de las instituciones para ofrecer servicios financieros y finales establecidos en la legislación. Los problemas de fragmentación de la protección social y la falta de habilidad para atraer trabajadores y pequeñas empresas del mercado laboral informal o del mercado de trabajo rural se deben, en parte, a las dificultades administrativas inherentes al manejo de bases de datos e información de estas poblaciones. El seguro social no es muy diferente a otro tipo de seguros en este tema y es sabido que la administración de casos especiales puede ser extremadamente costosa.

Mientras la mayoría de las discusiones de política tratan sobre las estructuras de impuestos y beneficios, y de identificar las causas del retraso en seguridad social, se asume que el costo de provisión de los servicios está dado, hecho que para las instituciones de seguridad social no es satisfactorio. La administración es la clave para el éxito, e incluso cuando las administraciones no pueden resolver por ellas mismas el problema en su conjunto, son responsables de la modernización de sus procesos con el objeto de permitir el acceso menos costoso de la afiliación y beneficios. Dado el tamaño de las instituciones de seguridad social, y el impacto de sus servicios en el bienestar de las familias, su meta debería ser siempre permanecer entre las corporaciones líderes en términos del uso de tecnologías administrativas.

La arquitectura legal y financiera de la seguridad social es el conjunto de sistemas de información (recolección de datos, transferencia, procesamiento y acceso de información) y flujos financieros, que permiten el reconocimiento y recolección de contribuciones, en un punto en el tiempo y en el futuro, para calcular y proveer beneficios. Una correcta arquitectura permite la optimización de la administración de diferentes agentes en el sistema (instituciones públicas, administradores de fondos, así como asegurados o proveedores en el campo del cuidado de salud, cuidado de niños y otros servicios sociales).

Por ejemplo, un sistema de seguridad social contemporáneo debe tener como mínima aspiración contar con un sistema operativo basado en la red mundial (www), para permitir el registro y pago de contribuciones en forma continua, así como la consulta de información de derechos y beneficios, y otras transacciones relativamente sofisticadas a un bajo costo. El costo del desarrollo y operación de un sistema de ese tipo es sustantivo en términos

absolutos; sin embargo, es necesario para abrir las posibilidades de los programas de seguridad social en una sociedad contemporánea. La gran inversión social puede permitir costos promedio de operación muy bajos; de otro modo, los procesos de seguridad social tendrían un costo suficientemente alto para hacerlos demasiados costosos como para que las pequeñas empresas y los trabajadores migratorios tengan acceso a ellos.

Algunos ejemplos de éxito se pueden encontrar en las reformas de pensiones en varios países latinoamericanos. En un periodo de cinco años, algunos sistemas de pensión reformados están permitiendo el acceso vía internet a jubilados y trabajadores con información sobre sus contribuciones y activos, mostrando que la transformación se puede lograr en un periodo de pocos años. Si se logra un nivel de confianza, y el sistema es efectivo en las funciones básicas, se puede utilizar para propósitos más amplios, y así podrá atraer a un subconjunto de trabajadores que actualmente permanecen fuera de la protección social debido a altos costos administrativos. Siguiendo con el mismo caso, encontramos también un ejemplo de las deficiencias en la operación de los sistemas reformados, porque el número de cuentas activas ha crecido continuamente, en algunos países en una significativa proporción. Esta situación se deriva de una administración inadecuada de los números de identificación, los cuales producen múltiples cuentas para la misma persona.

El sistema operativo sobre el que el sistema de seguridad social se apoya es una herramienta para permitir la integración de diversos agentes, tales como administradores de fondos seleccionados por el trabajador, proveedores de servicios de salud que reciben transferencias de los fondos de seguro social, cientos de miles o millones de empleadores pagando beneficios a una fuerza laboral altamente móvil, millones de personas discapacitadas cobrando beneficios o recibiendo otros beneficios en especie, así como un conjunto de instituciones públicas (agencias de seguridad social, supervisores de administradoras de fondos o planes de salud, autoridades fiscales, y probablemente otras en algunos países). Lo anterior trae consigo el reto de administrar diariamente el flujo de información y dinero desde y hacia este conjunto de agentes, garantizando la integridad de estos flujos.

Sistemas financieros y aseguradores, vitales para el bienestar social e individual en una sociedad contemporánea, serían imposibles sin información. La información es indispensable para la medición efectiva y valuación del riesgo, para facilitar la operación continua de las leyes y regulaciones, así como para la continua negociación de contratos, quejas, ajustes y pagos. El expandir la capacidad social para administrar el riesgo requiere mejorar las bases de datos y las tecnologías para su administración. Las tecnologías disponibles permiten el desarrollo de bases de datos de riesgos detalladas, con información sobre ingreso y valores de activos, así como de variables agregadas relacionadas con los principales riesgos que enfrentan los individuos, las empresas, las instituciones de gobierno y otros agentes.

La seguridad social puede jugar un papel constructivo clave en este desarrollo, tal vez porque se constituye en un programa que combina un horizonte muy largo, una necesidad de administración intensiva de información y una de las más amplias series de corte transversal de individuos y empresas. También, el seguro social está compuesto de programas públicos, y algunos de los pasos necesarios en el desarrollo de base de datos y de metodologías para el análisis son del ámbito público. Por ejemplo, un paso inicial hacia el desarrollo de estas bases de datos es la creación de criterios legales y estándares. Las reglas deben establecer qué puede incluirse en las bases de datos y la información que sería pública. Asimismo, el estado debe garantizar la validez de ciertas transacciones y procedimientos establecidos en las leyes, incluso en el futuro distante (en los campos administrativos y judiciales). La naturaleza pública de la información determina que probablemente se seguirían algunos tipos de

subsidios o regulaciones de servicios públicos y habrá una evolución de la legislación sobre privacidad de la información.

La información sobre la administración también será incluida en estas bases de datos, permitiendo a individuos, proveedores, gobiernos y otros agentes que interactúan con la seguridad social, el acceso a la administración del riesgo y protección. Estas bases de datos mejorarán la supervisión de agencias y corporaciones que administran programas de seguridad social (integralmente o en partes del proceso) a través de la obligación de revelar información básica. En 2002, la Unión Europea acordó la adopción de Estándares Internacionales de Contabilidad, parecidos a los Principios Generalmente Aceptados de Contabilidad (PGAC) utilizados a diferentes grados de profundidad en el continente americano. Esto facilita la comparación de las bases de datos entre países. A la fecha, pocas instituciones de seguridad social aplican completamente los PGAC y existe poca justificación por esa omisión. El mantener un alto nivel de confianza de la sociedad puede requerir una seria consideración sobre este tema en cada país.

En forma adicional a las regulaciones contables, las leyes deberían acordar una revelación rápida y completa de la información financiera. A partir de 2002, en Estados Unidos se requiere que en el momento en que una empresa comparte información con un tercero, esa información debe hacerse del conocimiento público. Estas regulaciones deben ir de la mano con la adopción de tecnologías de información, ya que la información debe ser confiable y producida en formatos que puedan ser utilizados por grupos privados a un bajo costo. Dado el enorme impacto de la seguridad social sobre las finanzas públicas y los mercados (especialmente en los sistemas reformados), la información financiera de las instituciones de seguridad social deben cumplir con estándares similares e incluso mayores que aquellos aplicados por las corporaciones del sector privado.

Existen varios avances en la TI que pueden ser utilizadas en la administración de salud. Por ejemplo, la Administración de Alimentos y Medicamentos en Estados Unidos ha aprobado la comercialización para uso humano de chips que se implantan debajo de la piel, los cuales pueden proveer el acceso fácil a los registros médicos de los individuos y pueden ser utilizados como dispositivos de seguridad y de control de acceso. Sin embargo este tema genera importantes cuestiones de privacidad.

La privacidad es un tema que requiere una fuerte acción del estado. Las bases de datos permiten el acceso a una gran variedad de datos acerca del comportamiento de los individuos y la introducción de estas tecnologías ha incrementado de forma importante las preocupaciones acerca de la privacidad individual. Los individuos quieren estar seguros de que no existirá un uso indebido de la información que cualquier organización pudiera compartir con otros y pueden desear que otro tipo de información no se comparta. Las nuevas tecnologías de la información permitirán a las agencias de seguridad social proveer un servicio personalizado, y esto lleva consigo el tema de la privacidad. Deben expedirse regulaciones para evitar el uso de la información por terceros sin consentimiento. Entre otros temas, las regulaciones deben tratar con el incumplimiento de contratos sobre la administración de información personal, así como también sobre el uso de información para fines de publicidad (Varian 2003).

Existen mecanismos para ocultar la identidad de individuos sobre la base del acceso inmediato a información actualizada. Las tecnologías disponibles en la actualidad permiten ese tipo de uniones de bases de datos, tales como la evaluación dinámica del riesgo de rompimiento de la privacidad después de búsquedas repetidas, el ocultamiento de matrices y el adicionamiento de ruido, u otras técnicas estadísticas. Se puede lograr una completa confianza solo si existe un balance entre el conocimiento de los operadores de bases de datos de los individuos y el conocimiento de los individuos sobre esos datos.

Se requieren procesos de consulta y corrección. El tema de privacidad es un tema complicado y existen muchos temas relacionados con él que desafortunadamente no se incluyen en este Informe.

La construcción de bases de datos entrelazadas con los sistemas de recaudación de impuestos y contribuciones ayudará a tratar el problema de códigos fiscales complejos. Si el sistema cuenta con información completa sobre el ingreso de los individuos y las corporaciones, las instituciones de seguridad social pueden calcular las contribuciones de forma automática, incluyendo los ajustes y movimientos especiales, los cuales actualmente requieren demasiado tiempo y cuantiosos recursos presupuestales. Con una sofisticada interfase sobre las bases de datos, las reglas de contribución pueden estar hechas como una función de diversas variables y el sistema puede así llegar a ser verdaderamente inter-temporal e inter-personal. En la medida en que estas interrelaciones se vuelvan automáticas, no representarán una carga adicional para los contribuyentes o beneficiarios. Aquí, se observa cómo el desarrollo de nuevos sistemas de información puede permitir una administración más barata de los procesos de aseguramiento social para pequeñas empresas y trabajadores individuales. Frecuentemente, los procesos de recaudación están basados sobre la nómina; sin embargo, las pequeñas empresas y los auto-empleados en ocasiones no cuentan con una nómina. No obstante, ellos pagan algunos impuestos (como los impuestos al valor agregado y otros impuestos sobre ventas), y servicios (tales como electricidad, agua y teléfono).

Lo anterior, es muy importante para programas sociales, debido a que pueden mejorar las reglas para apoyar a familias con niños, trabajadores con pérdidas inesperadas en el ingreso, reglas fiscales relacionadas con una alta rotación entre empleos y muchas otras, tomando en cuenta las historias completas de familias. El desarrollo del sistema permitirá la adopción de un formato de "cuenta corriente", el cual permitirá a los individuos y empleadores enterarse, en línea o por lo menos a un bajo costo (tal como en número "800 o llamada sin costo"), de información básica actualizada sobre contribuciones, beneficios, beneficios esperados y, en general, para mejorar el trabajo de las instituciones de seguridad social con las características de servicio al cliente. Cuando se habla de que los sistemas de la seguridad social están basados en red, no implica que los usuarios individuales y empresas pequeñas deban interactuar directamente vía internet con una computadora, sino que los organismos de seguridad social operan sus servicios en red (internamente), y cuentan con procesos de atención al usuario de acuerdo a la capacidad de cada país.

En consideración al problema de sistemas de seguridad social fragmentados que motiva este Informe, la tecnología reducirá los problemas asociados con la pérdida de beneficios debido a múltiples sistemas de aseguramiento social. La "coexistencia" de sistemas de seguridad social genera problemas de portabilidad en beneficios de pensiones, y pérdidas de beneficios en seguros de salud cuando la protección se liga a un contrato específico de empleo. Existen grandes oportunidades abiertas para mejorar a través de una mejor coordinación los programas sociales en todos los tipos de seguro.

Para cerrar esta Sección, se puede afirmar que mientras estas grandes oportunidades para el crecimiento de productividad están disponibles en las administraciones de la seguridad social, el éxito en general irá hacia organizaciones con la habilidad de adopción de estas nuevas tecnologías. Especial consideración se debe dar a la disminución en el costo administrativo que se ha logrado en varias industrias, especialmente en la industria de seguros, en donde la evidencia señala que la administración de pólizas individuales es muy costosa, incluso en países con los más avanzados sectores financieros. Bajo el enfoque integral sugerido en otras Secciones de este Capítulo, se puede argumentar que los avances en el frente administrativo no resolverán por completo el problema de la informalidad; sin embargo, las instituciones de seguridad social son

responsables frente a la sociedad de la modernización de sus servicios hacia estándares tecnológicos modelo, y que ello es necesario, si bien no suficiente, para resolver los problemas de informalidad y segmentación.

CAPÍTULO V
COEXISTENCIA DE REGÍMENES DE PENSIONES

CAPÍTULO V
COEXISTENCIA DE REGÍMENES DE PENSIONES

V.1 Introducción

La "coexistencia de regímenes" o "fragmentación" en la seguridad social representa un reto para la equidad, para la universalidad y para la administración eficiente. Atenderlo demanda comprender que históricamente el crecimiento de sistemas especiales fue una respuesta social para lograr la protección de amplios grupos de trabajadores. Esfuerzos recientes para resolver los problemas generados por la fragmentación siguen enfrentando dificultades conceptuales y de transición. De allí la necesidad de investigar la naturaleza de los problemas y las mejores soluciones a los mismos.

Este Capítulo recorrerá el ámbito de las pensiones, en el cual los problemas y potenciales soluciones están mejor definidos. El siguiente capítulo se concentrará en el tema de la segmentación en el área de salud, dentro del cual las soluciones que se han buscado y su evaluación son sujetas a debates más amplios.

La fragmentación determina un reto para la equidad porque la existencia de reglas diversas de tiempo de cotización, cálculo de la pensión y otras variables, genera la posibilidad de que el bienestar de las familias difiera en forma substancial de acuerdo a su tipo de contratación laboral, lo cual contradice en general los objetivos del sistema. La existencia de planes de pensiones, salud o cuidado de niños diferenciados en el sector privado se puede justificar por los objetivos de gestión de cada empresa, pero en el caso de los sistemas públicos generalmente se parte de un supuesto de equidad en el apoyo fiscal y en los derechos y obligaciones de las personas. Los eventos económicos que para la familia son aleatorios, tales como el desempleo generado por el ciclo económico o la evolución comercial, que llevan en ocasiones al cambio de ocupación o régimen de contratación laboral (asalariado, auto-empleado, etc.), no deberían resultar en una pérdida de protección social. La seguridad social debe estar precisamente para evitar ese menoscabo.

También se crea un reto para la universalidad porque la existencia de regímenes diversos obstaculiza la movilidad laboral por las dificultades que representa la portabilidad de beneficios. El caso más común de ello sería el de un trabajador que podría cambiar hacia un empleo más productivo, pero que decide no hacerlo porque el daño en términos de beneficios es mayor. También hay un daño social cuando por cuestiones regulatorias la movilidad del generador de ingresos del hogar se ve afectada por el temor a la pérdida del acceso a la atención médica o del cuidado adecuado para los niños pequeños.

Finalmente, la administración eficiente se ve afectada cuando por razones regulatorias se impide la integración de operaciones administrativas. La experiencia histórica señala que una total integración

vertical y horizontal de la seguridad social puede llevar a una burocracia excesiva y a monopolios públicos difíciles de regular. Pero, por otro lado, también es claro que existen procesos importantes que requieren de integración para lograr eficiencia, como es el caso de aquellos referentes a las bases de datos de empleadores, trabajadores y pensionados, la cobranza de contribuciones, la gestión de pensiones mínimas y de todas aquéllas financiadas directamente por los gobiernos.

Debe mencionarse que la existencia de beneficios especiales o superiores para un grupo de trabajadores, aún aquellos del sector público, no es por sí misma contraria a un funcionamiento adecuado de la seguridad social cuando la justifican las políticas de personal necesarias para quienes ofrecen esos planes. Así, un gobierno puede estar interesado en dar beneficios especiales a militares o jueces por el papel que juegan en la seguridad del estado, o bien puede desear incentivar a los maestros para disminuir su rotación y garantizar su presencia en todas las escuelas del país, por mencionar en estos ejemplos algunos de los casos más comunes. Similarmente, en el sector privado las empresas pueden utilizar planes complementarios de pensiones para atender a sus situaciones específicas, en búsqueda de mayor productividad y de optimizar la satisfacción de sus empleados. Sin embargo, esos beneficios especiales deben ser compatibles con el sistema de seguridad social en general, para beneficio de los propios trabajadores, que son quienes con frecuencia terminan perdiendo más por haber participado en un régimen especial; del fisco, que tiene que cargar con al menos parte de las pérdidas de eficiencia asociadas a la fragmentación; y de los empleadores, que sin duda tienen en los planes de pensiones una de las herramientas más eficaces para la administración de los recursos humanos.

Este Capítulo muestra los avances que se han logrado en materia de consolidación, portabilidad y homologación en las condiciones de acceso a beneficios, así como las dificultades que la existencia de regímenes especiales plantea a la administración pública y a los propios trabajadores.

V.2 Los Modelos Históricos

En esta Sección se verá que si bien se ha dado una evolución histórica favorable para disminuir la fragmentación de los sistemas de pensiones, permanecen problemas claros que se repiten en varios países. En secciones posteriores se profundizará en algunos casos de países y se plantearán opciones para avanzar en el encuentro de soluciones.

Mesa-Lago (1985) clasificó y ordenó a los países latinoamericanos en tres grupos, antes de que Chile iniciara las reformas estructurales en 1980, con base en la fecha en que introdujeron sus primeros programas de jubilaciones y pensiones, así como el grado de desarrollo alcanzado en los mismos: pionero-alto, intermedio y tardío-bajo, con el ordenamiento y las características siguientes. El grupo pionero-alto, integrado por Uruguay, Argentina, Chile, Cuba, Brasil y Costa Rica, fue el primero en establecer los sistemas de seguros sociales en la región, en los decenios del 20 y el 30. Este grupo alcanzó la mayor cobertura y desarrollo de dichos sistemas cuando su población estaba relativamente más envejecida y su esperanza de vida era mayor, pero los sistemas adolecían de estratificación, altos costos, déficit creciente y desequilibrio financiero y actuarial. El grupo intermedio, integrado por Panamá, México, Perú, Colombia, Bolivia, Ecuador y Venezuela, implementó sus programas principalmente en los decenios del 40 y 50, logrando una cobertura y desarrollo medio de sus sistemas. Éstos estaban menos estratificados, su costo era menor y su situación financiera mejor que en el primer grupo, aunque algunos ya enfrentaban desequilibrio. El grupo tardío-bajo (Paraguay, República Dominicana, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Honduras y Haití) fue el último que introdujo sus programas, en los decenios del 60 y 70. Su población era la más joven y su esperanza de vida la menor, sus sistemas eran relativamente más unificados y adolecían de menos

problemas financieros, pero tenían la menor cobertura y desarrollo de sus sistemas.

Hacia los ochenta, la fragmentación de los sistemas era la situación más común. El proceso de desarrollo gradual en el grupo pionero-alto resultó en una multiplicidad de programas sin coordinación central y, a menudo, sin supervisión. Por ejemplo, en 1979 en Chile había 90 programas de seguros sociales de vejez, antigüedad e incapacidad; en Uruguay existían 10 programas de seguros sociales de pensiones en 1967, y en Costa Rica se crearon 19 programas de pensiones públicas independientes después del establecimiento del sistema general, los cuales estaban en vigor a mediados del decenio del 80. Aunque el grupo intermedio tenía menor multiplicidad, en Colombia subsistían unos 1,000 programas de seguros sociales en el sector público; en Bolivia, 51 programas de pensiones, así como más de 35 en México y 13 en Venezuela. El grupo tardío-bajo era el más unificado debido probablemente a que se trata de países más pequeños. Por ejemplo, había un solo programa en Panamá y Nicaragua, pero 3 programas de pensiones públicas en El Salvador y Guatemala (más 14 de pensiones complementarias en el segundo) y 7 en Honduras. Todo esto resultaba en mayores gastos administrativos, serios problemas para el control, la supervisión y la falta de portabilidad. El proceso de unificación en los años 60, 70 y 80 permitió reducir en algunos países el número de instituciones y/o el establecimiento de una agencia central a cargo de la administración o al menos de la coordinación y supervisión, como fue el caso de Argentina, Brasil, Cuba, Chile y Uruguay.

En cuanto a la uniformidad de trato, los países del grupo pionero-alto y algunos del grupo intermedio tenían, desde fines del siglo XIX, programas que protegían a los militares y a los funcionarios públicos. En el siglo XX, el seguro social se desarrolló de manera fragmentada a través de múltiples programas que de forma gradual fueron cubriendo a sectores ocupacionales cerrados, cada uno de ellos con sus propios asegurados y legislación. Esta evolución generó un sistema estratificado por líneas ocupacionales, con diferencias no justificadas en condiciones de acceso, financiamiento y prestaciones, que contravenían la uniformidad de trato. Los sectores mejor organizados lograron una protección más temprana y condiciones de acceso más liberales, prestaciones superiores y subsidios fiscales, mientras que lo opuesto ocurrió con los sectores menos poderosos. En los decenios del 60, 70 y 80, paralelo al proceso de unificación, ocurrió un proceso de normalización (homologación relativa) de las condiciones de acceso en todos los países del grupo pionero-alto, aunque mantuvieron algunas desigualdades importantes. El grupo intermedio se benefició de la creación posterior de sus programas de pensiones y buscó el establecimiento de un sistema general de seguro social. Pero en algunos países subsistieron programas previamente existentes y en otros surgieron nuevos programas y desigualdades. El grupo tardío-bajo estableció los sistemas menos estratificados y con menores diferencias, aunque con excepciones importantes.

Los casos más comunes de segmentación se asocian a las fuerzas armadas y a los trabajadores del gobierno, pero también a ciertos gremios, industrias o actividades especiales: congresistas, jueces, maestros y profesores universitarios, trabajadores bancarios, de servicios públicos y energéticos, y aún los funcionarios de la seguridad social. Por el contrario, los trabajadores agrícolas, por cuenta propia y del servicio doméstico, cuando estaban cubiertos, tenían condiciones de acceso relativamente más estrictas y prestaciones más magras. Como en la mayor parte del mundo, el seguro social de pensiones en la región se basaba en cierta relación entre la cotización y la pensión. Los seis países del grupo pionero-alto concedían una pensión asistencial a sectores desposeídos, basada en una prueba de ingreso y según los recursos disponibles (Mesa-Lago 1985; Mesa-Lago y Bertranou 1998).

V.3 Procesos Recientes de Consolidación

V.3.1 Sistemas Reformados

Para el estudio de la fragmentación de sistemas, una clasificación útil es la provista por el mismo Mesa-Lago (1985), quien distribuye las estrategias para la transición de ALC de acuerdo a tres modelos generales: (1) sustitutivo, en que el sistema público se sustituye totalmente por uno privado, ya sea de manera inmediata o a mediano plazo, como es el caso de Chile (1981), Bolivia (1997), México (1997), El Salvador (1998), República Dominicana (2003-2006) y Nicaragua (2004); (2) paralelo, cuando compiten un sistema privado y uno público: Perú (1993) y Colombia (1994); (3) mixto, que integra un programa público con uno privado, entre los cuales está Argentina (1994), Uruguay (1996), Costa Rica (2001) y Ecuador (2004). Entre los sistemas no reformados, dos han implantado o están en proceso de introducir reformas paramétricas (Brasil y Venezuela) y el resto no han tenido reformas aún (Cuba, Guatemala, Haití, Honduras, Panamá y Paraguay).

La situación de los sistemas públicos varía de acuerdo con el modelo de reforma (Cuadro V.1). En el modelo sustitutivo, el sistema público se cerró completamente como en Bolivia y México, donde la institución hacendaria se hizo cargo del pago de las pensiones públicas, o parcialmente como en Chile, El Salvador y República Dominicana, donde subsistió un remanente del sistema anterior que fue puesto bajo un solo ente gestor, como es el caso del Instituto de Normalización Previsional en Chile. En el modelo paralelo, el sistema público continuó abierto, con mayor vigor en Colombia que en Perú, y se concentró en un solo ente gestor: el Instituto Nacional de Previsión en Perú y el Instituto de Seguros Sociales en Colombia. Por último, en los modelos mixtos (Argentina, Costa Rica, Ecuador y Uruguay), la

Cuadro V.1
Unidad y Multiplicidad en los Países con Reforma Estructural, 2003-2004

Países	Sistema privado general		Sistema público general		Programas separados de los sistemas generales		
	Número de administradoras	Afiliados (%)[a]	¿Existe?	Afiliados (%)	Fuerzas armadas	Funcionarios públicos	Otros grupos
Argentina	12	80 [c]	Sí	20	Sí	Sí [g]	Provincias, maestros, profesionales, etc.
Bolivia	2	100	No	0	Sí [f]	No	No
Colombia	6	45	Sí	55	Sí	Sí [h]	Petróleo, maestros, etc
Costa Rica	8	100 [d]	Sí	100 [d]	No	No	Maestros, jueces
Chile	6	98	Sí [e]	2	Sí	No	No
Ecuador	N.D.	N.D.	Sí	N.D.	Sí	No	No
El Salvador	3 [b]	91	Sí	9	Sí	No	No
México	12	100	No	0	Sí	Sí	Funcionarios de estados, petróleo
Nicaragua	N.D.	N.D.	Sí	N.D.	Sí	N.D.	N.D.
Perú	4	96	Sí	4	Sí	Sí [i]	Fondo en sector público
R. Dominicana	9	N.D.	Sí	N.D.	Sí	Sí [j]	No
Uruguay	4	51 [c]	Sí	49	Sí	No	Bancarios, profesionales universitarios, escribanos

[a] Porcentaje de afiliados totales, combinado los sistemas privados y públicos generales. [b] A fines de 2003 una administradora estaba en quiebra y a punto de desaparecer. [c] Los asegurados en el pilar de capitalización también están en el sistema público básico. [d] Todos los asegurados están en ambos sistemas. [e] Cerrado y reducido a una proporción mínima. [f] La ley estipula la incorporación pero con condiciones especiales. [g] Quedan la mitad de los funcionarios públicos de las provincias, así como de los tres poderes. [h] Sólo parte, incorporación prevista para 2014, los nuevos funcionarios deben afiliarse al sistema privado general. [i] Los nuevos funcionarios deben afiliarse a uno de los sistemas generales, existe un fondo de ahorro especial para mejorar las pensiones públicas. [j] Los funcionarios al tiempo de la reforma pueden escoger entre quedarse en su propio sistema o pasarse al nuevo sistema mixto, los nuevos funcionarios deben afiliarse al mixto.
N.D.:No disponible.
Fuente: Legislación de los doce países; número de administradoras: AIOS (2003); porcentaje de afiliados: Mesa-Lago (2004).

administración del primer pilar continúa en el seguro social. Argentina es un caso especial porque los asegurados pueden escoger entre el sistema público y el sistema mixto; en ambos casos, el público está a cargo de la Secretaría de Estado de Seguridad Social por medio de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES).

Las reformas integraron la mayoría de los programas que antes estaban separados, pero permanecieron excepciones importantes para las fuerzas armadas en general y para los funcionarios públicos y otros grupos en cinco países (Argentina, Colombia, México, Perú y República Dominicana). En Bolivia, todos los programas fueron integrados al sistema general; la ley estipula la incorporación de las fuerzas armadas pero con condiciones especiales. En Perú, el programa de funcionarios públicos continúa separado pero cerrado a nuevas afiliaciones; los nuevos funcionarios deben afiliarse a uno de los dos sistemas generales. Además, se creó un fondo especial para aumentar las pensiones de este sector. En Uruguay, quedan tres grupos pequeños con programas separados: bancarios, escribanos y profesionales universitarios. En todos los países hay programas voluntarios de ahorro adicional. En la Sección V.4 se discute en más detalle la situación en varios países.

V.3.2 Sistemas Públicos

En ALC son comunes los programas especiales para funcionarios públicos o los poderes ejecutivo, legislativo y judicial, así como para maestros, funcionarios bancarios y otros grupos organizados e influyentes. También las fuerzas armadas tienen programas separados, con excepción de Panamá.

El sistema de Panamá es el más unificado de la región pues hay un solo programa que cubre a todos los trabajadores privados y públicos; además, hay programas voluntarios de pensiones complementarias. La Caja de Seguro Social (CSS) es una entidad autónoma y los fondos complementarios son administrados por entidades privadas.

Cuba unificó 51 programas de pensiones independientes, pero aún tiene tres programas: general, gestionado por el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social (MTSS); fuerzas armadas y seguridad interna. No hay programas de pensiones complementarias. El MTSS administra todos los programas de pensiones (seguro y asistencia), salvo las fuerzas armadas y la seguridad interna, los cuales son gestionados por sus respectivos ministerios; los órganos locales de poder popular administran algunas pensiones menores y las asistenciales.

Guatemala tiene tres programas: general (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social: IGSS), funcionarios públicos, y fuerzas armadas; además, hay 14 esquemas de pensiones complementarias para empleados públicos y privados. El programa general (IGSS) es autónomo, mientras que el de funcionarios públicos es administrado por el Estado y el de las fuerzas armadas por el ministerio de defensa. Los fondos de pensiones complementarias son gestionados por sociedades financieras, bancos y compañías de seguro, reguladas o supervisadas por la superintendencia bancaria.

Honduras tiene 7 programas: general (Instituto Hondureño de Seguridad Social: IHSS); poderes ejecutivo, legislativo y judicial, e instituciones autónomas; maestros; la universidad principal; fuerzas armadas; periodistas, y el banco central. Los 7 programas de pensiones son administrados por instituciones autónomas sin coordinación entre ellos; una comisión nacional de banca y seguros supervisa las inversiones del IHSS.

Venezuela tiene probablemente el sistema más segmentado: general (Instituto Venezolano de los Seguros Sociales: IVSS) para asalariados privados, obreros y funcionarios públicos, trabajadores independientes y servidores domésticos; funcionarios del gobierno central, estados y municipios (hasta 1991); y regímenes especiales para poder judicial, poder legislativo, fuerzas armadas, policía, banco central, contraloría, fiscalía, ministerio de educación, docentes universitarios, petróleo, y electricidad de Caracas, así

como unos 400 programas más. La ley de 2002 estipula la integración de todos los programas. La ley de reforma venezolana de 2002 estipula que en cinco años deberán incorporarse todos los sectores en un sistema integrado, pero los programas separados coexistirán con dicho sistema hasta que se extingan todos los derechos en aquéllos; los regímenes especiales podrán convertirse en programas voluntarios de pensiones complementarias. Todos los programas públicos son entidades autónomas y hasta ahora no ha habido coordinación ni un organismo supervisor; la ley de 2002 intenta resolver este problema (Cuadro V.2).

V.3.3 Alcance de las Reformas en la Homologación del Trato en Contribuciones y Beneficios

Las deficiencias en completar los procesos de consolidación se reflejan en la heterogeneidad del trato en contribuciones y beneficios, generando desigualdades injustificadas.

El Cuadro V.3 muestra que en 8 de los 12 países que han realizado reforma, se homologaron las condiciones de acceso en los sistemas/componentes públicos (cerrados o abiertos) con las de los sistemas privados. Las excepciones son: Bolivia (sólo para los que habían adquirido el derecho a jubilación al tiempo de la reforma); Colombia, en donde la edad y cotización en el sistema público eran, hasta antes de la reforma de 2002, más favorables que en el privado; y México, en donde quien haya estado asegurado al tiempo de la reforma, puede escoger en el momento del retiro entre las condiciones de acceso del sistema público cerrado y las del sistema privado. Es conveniente considerar que el significado de los requerimientos de edad y años de contribución son distintos para el sistema de capitalización individual y para el sistema de reparto. Para el primero, la falta de requerimientos mínimos no implica que el trabajador se retire antes o después que en el sistema de reparto con un nivel similar de contribuciones, pues el resultado está en función de las tasas de interés y de las comisiones cobradas por las administradoras de fondos, entre otras variables. Asimismo, el significado de la edad especificada de retiro es diferente porque en los sistemas reformados este parámetro usualmente se refiere a la edad en la que el individuo se hace elegible para recibir una pensión mínima.

Cuadro V.2
Unidad y Multiplicidad en los Sistemas Públicos, 2003-2004

	Sistema público general			Grupos separados de sistema público general			
	Número de programas	Institución gestora	Sector cubierto	Fuerzas armadas	Funcionarios públicos	Otros	Participación en la gestión de los sectores involucrados
Brasil	4 [a]	Ministerio	Privado	Sí [b]	Sí [b]	Estados, municipios	Sí
Cuba	3	Ministerio	Público	Sí	No	Seguridad interna	No
Guatemala	3	Seguro social	Privado	Sí	Sí	No	Sí
Honduras	7	Seguro social	Privado	Sí	Sí [c]	Maestros, universidad banca, central, periodistas	Sí
Panamá	1	Seguro social	Todos	No	No	No	Sí
Paraguay	7	Seguro social	Privado	Sí	Sí [c]	Maestros, bancos gráficos, ferrocarriles	Sí
Venezuela	13	Seguro social	Privado y público	Sí	Sí [d]	Banca central, contraloría, fiscalía, universidades, etc	Sí

[a] Programas principales, hay otros en parte de los estados y los municipios. [b] El programa de funcionarios públicos incluye a las fuerzas armadas y parte de los estados y municipios. [c] Poderes ejecutivo, legislativo y judicial e instituciones autónomas. [d] Programa cerrado para funcionarios del gobierno central, estados y municipios antes de 1991.
Fuente: Legislación de los países; Mesa-Lago (2004).

Cuadro V.3
Condiciones de Acceso para la Pensión por Vejez, Después de la Reforma, 2004

	Sistemas generales			
	Edades de jubilación (mujer/hombre)		Años de cotización	
	Público	Privado	Público	Privado
Argentina	60/65	60/65	30	[e]
Bolivia	50/55[a]	65	15 [a]	[e]
Colombia	55/60[b]	[e]	20 [b]	[e]
Costa Rica	65[c]	65[c]	20 [c]	20[c]
Chile	60/65	60/65	10 a 20	[e]
Ecuador	60[d]	60[d]	30[d]	30[d]
El Salvador	55/60	55/60	25	[g]
México	65	65	9.5	25
Nicaragua	60/65	65	N.D.	N.D.
Perú	65	65	20	20
R. Dominicana	60	60 y 65[f]	25 y 30 [f]	25 y 30[f]
Uruguay	60	60	35	35

[a] Sólo para los que adquirieron el derecho al cerrarse el sistema público. [b] Se aumentarán las edades a 57/62 en 2014 y las cotizaciones a 25 años en 2005-2015. [c] Retiro normal con 65 años y 20 años de cotización; retiro anticipado: mujeres edad 59 años y 11 meses, hombres 61 años y 11 meses, y 39/38 años de cotización. [d] También con 40 años de cotización y cualquier edad, o edades 65 y 70 con 10 y 15 años de cotización. [e] No se requieren edad y años de cotización específicos, sólo un monto determinado en la cuenta individual. [f] Contributivo: 60 años de edad con 30 años de cotización o 55 años edad con monto determinado en cuenta individual; contributivo-subsidiado: 60 años de edad con 25 años cotización; subsidiado: 60 años para indigentes, discapacitados o madres solteras sin recursos. [g] Hay tres alternativas: 25 años de cotizaciones con las edades 55/60, 30 años de cotizaciones con cualquier edad, y la acumulación de cierta suma en la cuenta individual sin tener en cuenta los años de edad y cotización.
N.D.: No disponible.
Fuente: Legislación de los doce países; Mesa-Lago (2004).

La mayoría de las reformas aumentaron las edades para la jubilación ordinaria o normal: Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Nicaragua, Perú y Uruguay (sólo para la mujer); en Colombia, la edad se aumentará a 57/62 (mujer/hombre) en 2014. Mientras que Costa Rica, El Salvador, México y la República Dominicana no han aumentado la edad. Los años de cotización requeridos también se han aumentado en los sistemas públicos (cerrados o abiertos) de El Salvador, Perú, República Dominicana y Uruguay; en Colombia, se aumentarán gradualmente entre 2005 a 2015. Todos los países requieren un mínimo de años de cotización para acceder al derecho a la pensión mínima, usualmente igual a los requeridos para la pensión general (basado en la legislación de los doce países).

Las edades requeridas para las pensiones asistenciales usualmente son más altas que las del programa contributivo, a pesar de que los beneficiarios de la primera tienen una esperanza de vida menor que los de la segunda: 65 años en Chile (versus 60 para las mujeres) y 70 años en Argentina (versus 60 las mujeres y 65 los hombres), al igual que en Ecuador y Uruguay (versus 60 para ambos sexos). Excepciones son la ley de la República Dominicana que fija una edad igual para las pensiones contributivas y asistenciales (5 años menos que las contributivas-subsidiadas para independientes) y la nueva ley de Colombia, la cual reduce en tres años la edad de retiro para los beneficiarios de estas pensiones (Mesa-Lago 2001; Bertranou et al. 2002).

V.3.4 Trato en Contribuciones y Beneficios en Sistemas No Reformados

En los países con múltiples instituciones también hay diferencias notables en las condiciones de acceso y prestaciones entre el sistema público general y los programas separados. Las edades de retiro por vejez en el sistema general de los 7 países mostrados en el Cuadro V.4 van de 55/60 (mujer/hombre) en Cuba y Venezuela hasta 60/65 en Brasil y Honduras. Además, se requieren entre 11 y 25 años de cotización; la media de 15 años es un período mucho más corto que el requerido en los países con reforma estructural (21 años en promedio para el sistema público y 26 para el privado). En los programas separados las condiciones de acceso son mucho más generosas y varios de ellos otorgan retiros por antigüedad, basados en años de servicios sin tener en cuenta la edad. A mayor segmentación del sistema, mayores las diferencias en las condiciones de acceso. En cinco países la edad de jubilación por vejez de la mujer es cinco años menos que la del hombre, lo cual combinado con una esperanza de vida más alta, resulta en una pensión promedio entre seis y siete años más larga que la del hombre.

Cuba, Venezuela y Panamá tienen las condiciones de acceso más generosas, las de Panamá son las más homologadas de la región, mientras que las condiciones de los otros dos países son diversas.

Los tres países del grupo tardío-bajo, Guatemala, Paraguay y Honduras, tienen condiciones de acceso muy diversas, relativamente más liberales en Guatemala, seguidas de Paraguay; las más estrictas se hallan en Honduras. En Guatemala, la edad de retiro por vejez en el IGSS es 60 años para ambos sexos y, a pesar de esta baja edad, las esperanzas de vida al tiempo de retiro son 20/18, relativamente bajas entre los 7 países; se requieren 15 años de cotización, que es la media de los países del grupo tardío-bajo. El programa de funcionarios públicos requiere sólo 50 años de edad y 10 de cotización o 20 años de cotización con cualquier edad, mientras que en el programa de las fuerzas armadas es posible retirarse con 20 años de servicio y cualquier edad.

En Paraguay, la edad de retiro por vejez en el Instituto de Previsión Social (IPS) es 60 años para ambos sexos, con 25 años de cotización, o 55 años de edad con 30 años de cotización; la última edad es la más baja entre los hombres en toda la región. Los períodos de cotización están entre los dos más largos en los 7 países y son difíciles de cumplir teniendo en cuenta las condiciones del mercado laboral. En varios de los otros programas (funcionarios públicos, fuerzas armadas, etc.) se requieren sólo entre 15 y

Cuadro V.4
Condiciones de Acceso a la Pensión por Vejez en el Sistema General, 2004

Países	Edades de retiro por vejez (mujer/hombre)	Esperanza de vida (años al retiro) (mujer/hombre)	Años de cotización estimados
Brasil	60/65[b]	19/13	11 a 15[b]
Cuba	55/60	26/20	25[c]
Guatemala	60	20/18	15
Honduras	60/65	21/15	15
Panamá	57/62	26/20	15
Paraguay	60[d]	N.D.	25[d]
Venezuela [a]	55/60	25/18	14.5

[a] La ley de 2002 no estipula las condiciones de acceso y mantiene en vigor las existentes hasta que se regulen las nuevas. [b] Retiro por edad en RGPS con salario base igual al 80 por ciento del promedio de los mejores años ajustados desde 1994; hay otras opciones. [c] Años de trabajo. [d] También 55 de edad con 30 años de cotización y tasa de reemplazo de 80 por ciento.
N.D.: No disponible.
Fuente: Legislación de los ocho países; Mesa-Lago (2004).

25 años de servicios, sin tener en cuenta la edad; los parlamentarios pueden retirarse con 55 años de edad y 10 de servicios o con 60 de edad y 5 de servicios.

En Honduras, las edades de retiro por vejez son 60/65 (iguales a las de Argentina, Brasil y Chile y superiores a las de Costa Rica, Cuba y Uruguay). Por ello, las esperanzas de vida al tiempo del retiro se colocan entre las dos más bajas; además, se requieren 15 años de cotización. Las condiciones de acceso y prestaciones son mucho más liberales en los otros programas: 58 años de edad y 10 de cotización en los poderes ejecutivo, legislativo y judicial; 50 y 10 en el magisterio y 18 años de servicios con cualquier edad en las fuerzas armadas (Mesa-Lago 2004).

V.4 Casos de Países

En esta Sección se analizan aspectos especiales que se dan en algunos países y cuyo conocimiento es de utilidad para la búsqueda de mejores políticas en la región. Un objetivo de estos reportes es contribuir al conocimiento de experiencias exitosas en la atención de los problemas de la seguridad social. Así, se encuentran en esta Sección los casos de la Superintendencia de Seguridad Social de Chile y la reforma al programa de pensiones del sector público

Recuadro V.1
Coexistencia de Regímenes de Seguridad Social en América

Existen diversos sistemas de pensiones: públicos, privados (de ahorro personal o capitalización individual) y de tipo ocupacional (especiales). Los sistemas públicos son ofrecidos por sistemas de seguridad social a nivel federal, estatal o municipal. Los planes ocupacionales son ofrecidos por los empleadores (empresas públicas o privadas) a sus trabajadores, y los privados son aquellos en que los trabajadores eligen de manera voluntaria al administrador de sus fondos.

Los cinco países del Continente Americano seleccionados (Brasil, Colombia, Chile, México y Uruguay) cuentan con al menos dos tipos de sistemas que brindan protección social a diferentes grupos de población. En general, existen diferencias entre los requisitos necesarios para acceder a los beneficios que proporciona cada régimen, así como entre las prestaciones que otorga cada sistema. En algunos casos esto puede conducir a ineficiencia e inequidad. En el caso de Brasil, antes de que entrara en vigor la reforma de 2003, los empleados del sector público eran quienes gozaban de mayores beneficios en comparación con el resto de la población. Un caso parecido es el de Colombia, en donde hasta antes de la reforma de diciembre de 2003, existía fragmentación institucional con numerosas entidades con diferentes esquemas y beneficios.

Cuando coexisten sistemas con características diferentes es importante que exista portabilidad, ya que permite que un trabajador que ha cotizado en varios sistemas alcance una pensión adecuada y que los sistemas de pensiones sean más equitativos respecto al reconocimiento de los derechos adquiridos.

	Sistema Público	Sistema Privado	Sistemas Especiales
Brasil	Personas empleadas en la industria, comercio y agricultura; empleados domésticos; algunas categorías de empleados ocasionales; y trabajadores por cuenta propia.		Empleados en el sector público y personal militar.
Colombia	Todos los empleados incluyendo los que empezaron a trabajar en Ecopetrol después del 29 de de enero del 2003. La persona asegurada puede elegir el sistema público o el privado de cuentas individuales; una vez efectuada la selección inicial, ésta sólo podrá trasladarse de régimen por una sola vez cada 5 años)		Empleados de Ecopetrol que empezaron a trabajar antes del 30 de enero de 2003, maestros, militares y la policía nacional.
Chile	Empleados y asalariados en el sector privado, y trabajadores por cuenta propia.	Empleados y asalariados en el sector privado, y trabajadores por cuenta propia voluntarios.	Empleados del ferrocarril, marinos y trabajadores del puerto, empleados del sector público, las fuerzas armadas y otras 35 ocupaciones.

Recuadro V.1 (Cont.)

Coexistencia de Regímenes de Seguridad Social en América

	Sistema Público	Sistema Privado	Sistemas Especiales
México	A partir del 1° de julio de 1997 todos los trabajadores deben elegir el sistema privado. Los afiliados que habiendo aportado al sistema público se pensionen en el marco del sistema privado pueden elegir el régimen que más les convenga.	Todos los trabajadores del sector privado afiliados al IMSS, así como los empleados del sector público afiliados al ISSSTE que así lo decidan.	Trabajadores de la industria petrolera, empleados del sector público y militares.
Uruguay	Todos los empleados y todos los trabajadores por su cuenta con ingresos inferiores a $5000.[1]	Los empleados y los trabajadores por su cuenta que tengan un ingreso superior a $5000.[1]	Empleados bancarios, notarios, universitarios graduados, fuerzas armadas y policía.

1) Las referencias monetarias están expresadas en valores constantes de mayo de 1995 y se ajustan con base en la evolución del Índice Medio de Salarios.
Fuente: CISS (2004a).

de Brasil, que representan soluciones relativamente efectivas a los retos que otros países enfrentan.

V.4.1 Chile

En Chile, el derecho a la seguridad social se encuentra garantizado a todas las personas por la Carta Constitucional estableciéndose, entre otros aspectos, que la acción del Estado estará dirigida a garantizar el acceso de todos los habitantes al goce de prestaciones básicas uniformes, sea a través de instituciones públicas o privadas, pudiendo establecerse cotizaciones obligatorias.

El régimen de protección es contributivo y general para toda la población, aunque Chile comparte la limitación frecuente en América Latina de la no obligatoriedad de la contribución en el caso de los trabajadores no asalariados. El sistema es de adscripción voluntaria para los trabajadores independientes o autónomos y obligatoria para los trabajadores que presten servicios bajo dependencia y subordinación, independientemente de quien sea su empleador (del sector público, privado, agrícola, marítimo, servicio doméstico, etc.). La única excepción la constituyen los regímenes para las fuerzas armadas, policía y personal penitenciario uniformado, que cuentan con su propio sistema de seguridad social, administrado por Cajas de Previsión (CAPREDENA y DIPRECA)[1], cuyo régimen financiero es el de reparto. En la actualidad se debate en el Congreso un proyecto de ley con modificaciones que pretenden enfrentar las dificultades financieras por las que atraviesan esas Cajas de Previsión, no incorporadas al sistema general.

El sistema chileno también contempla prestaciones de carácter no contributivo y asistencial para los sectores de la población carentes de recursos e indigentes, los cuales no pueden acceder a prestaciones en un régimen contributivo. Por esta vía se aseguran Pensiones Asistenciales (PASIS) y Subsidios Únicos Familiares (SUF) a las personas que encontrándose en situación de pobreza, reúnan los requisitos específicos que la ley establece.[2] Los beneficiarios de esas prestaciones también tienen asegurada protección médica en los centros hospitalarios de los Servicios de Salud. Asimismo, se encuentran en vigor regímenes de prestaciones familiares (asignaciones familiares que están focalizadas a afiliados de ingresos bajos y medianos), de subsidios de cesantía, de maternidad y por enfermedad de hijos recién nacidos, con financiamiento puramente fiscal.

La cobertura de las prestaciones por pensiones de vejez, invalidez y sobrevivencia se estructura con base en la capitalización individual,

[1] CAPREDENA: Caja de Previsión de la Defensa Nacional; DIPRECA: División de Previsión de Carabineros de Chile.
[2] Cabe agregar que en el marco más amplio de la protección social, se han incluido las prestaciones indicadas y la de salud junto con otros beneficios, en un programa especialmente diseñado para familias en situación de mayor pobreza y cuyo objetivo es su incorporación o integración a la comunidad (Ley 19.949.2004). El número de personas con pensión asistencial es de alrededor de 370,000.

sin que se vea afectada por la subsistencia de los regímenes de reparto (ya minoritarios en cuanto al número de personas afiliadas), los cuales se encuentran en extinción.

En materia de gestión, el sistema chileno, puede calificarse en general como mixto, ya que intervienen instituciones tanto públicas como privadas. En Chile existe una larga trayectoria de participación de agentes privados en la gestión, especialmente de instituciones sin fines de lucro. De las actuales entidades privadas de previsión social, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) y las Mutualidades de Empleadores para Riesgos del Trabajo tienen una historia de alrededor de 50 años.

El Estado también interviene directamente en la gestión de seguros sociales. Administra integralmente el antiguo sistema de pensiones en extinción, a través del Instituto de Normalización Previsional, INP, que ha integrado todos los seguros sociales existentes en 1980. El Estado efectúa importantes aportes al sistema contributivo financiando, por ejemplo: las pensiones mínimas del antiguo sistema, las pensiones mínimas de garantía estatal en el sistema de capitalización individual, los déficit presupuestarios de los regímenes de pensiones administrados por el INP y del sistema público de salud, los bonos de reconocimiento, etc. Se añade a lo dicho que el Estado responde por los regímenes de asignaciones familiares, de subsidio de cesantía, de reposo maternal, de cuidado del hijo menor de un año gravemente enfermo y de atención de salud a la tercera edad.

La autoridad pública, a través de organismos contralores especializados denominados Superintendencias (de ISAPRES para salud, de AFP[3] para el nuevo sistema de pensiones y de Seguridad Social para los viejos sistemas de pensiones en extinción), controla, fiscaliza, resuelve los conflictos en el ámbito administrativo y regula la actuación, tanto de los servicios públicos como de las entidades privadas que intervienen en la gestión.

Chile ha resuelto esencialmente el problema de fragmentación pero conserva el problema de falta de cobertura que se trató en los Capítulos II a IV de este Informe. El problema de coexistencia es menor porque el régimen es general y aplicable a todos los trabajadores, sean de sector público o privado, salvo las excepciones de las fuerzas armadas y la policía. En Chile no existen dificultades de portabilidad de derechos en cursos de adquisición en materia de pensiones. La afiliación al sistema de AFP es única, permanente e irrevocable.

Con respecto a los regímenes de reparto gestionados por el INP, tampoco existen problemas de continuidad previsional, ya que el traspaso o cambio de faenas o de actividad, con el eventual traspaso de seguro social, no afecta los derechos en curso de adquisición. Cuando un imponente activo de alguno de esos regímenes en extinción desea traspasarse al sistema de capitalización individual, ejerciendo el derecho de opción que a su respecto existe, tiene asegurado el bono de reconocimiento por las cotizaciones efectuadas en alguna de las Cajas de Previsión, en la medida que cumpla con un número mínimo de imposiciones.

Si bien el tema de portabilidad internacional no es estudiado en este Informe en detalle, conviene destacar que en fecha reciente, se ha realizado el Convenio Bilateral de Seguridad Social con la República del Perú, en el cual se reconoce el derecho de los trabajadores de transferir el saldo acumulado en sus cuentas de una parte contratante a otra, con el fin de que sean administrados por la AFP de su elección (Diario Oficial 2004). Este es el primer convenio que permite la portabilidad de los fondos existentes en las cuentas individuales, entre dos países con regímenes de pensiones por capitalización individual.

El sistema anterior a las reformas cuenta con una diversidad de regímenes y cajas de previsión, cuyos estatutos jurídicos se encuentran vigentes para sus imponentes y pensionados. Sin

[3] ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional Privadas; AFP: Administradoras de Fondos Privados.

embargo, el problema de la fragmentación se ha resuelto ya que las cajas de previsión fueron fusionadas en el INP, servicio público que administra los antiguos regímenes hasta su extinción, entre otras funciones.

Chile es uno de los pocos países de la zona ALC que ha desarrollado un seguro de desempleo, vigente a partir de octubre de 2002. Este seguro permite disminuir el problema de la fragmentación, ya que el desempleado mantiene su cobertura. A diferencia de los seguros "tradicionales" de desempleo, que financian el subsidio al ingreso (o renta sustitutiva) a partir de un fondo público, en Chile existe una Cuenta Individual de Cesantía (CIC) del afiliado que financia la prestación en primer lugar. Por supuesto, esto se complementa con un Fondo de Cesantía Solidario (FCS), cuando no exista saldo en la cuenta y se cumplan los demás requisitos legales, pues de otra forma no habría propiamente un seguro.

La renta sustitutiva se puede percibir hasta por cinco meses, según los años de cotizaciones. Los giros de la CIC son de monto decreciente para incentivar la búsqueda de empleo. Para efectuar giros el trabajador debe estar cesante; es decir, el contrato de trabajo debe haber concluido por cualquier causal, y debe contar con un mínimo de doce meses de cotizaciones. Esta es una prestación a todo evento, lo que elimina el problema que se ha señalado en muchas legislaciones de ALC que condicionan las prestaciones a que el despido sea o no "justificado", lo que tiende a generar un nivel demasiado elevado de litigios. En caso que el trabajador se pensione (excepto por invalidez parcial) puede disponer del saldo en un solo giro, y de producirse el fallecimiento el saldo corresponde a los beneficiarios o herederos, por lo cual este seguro de desempleo contribuye a elevar el nivel de las pensiones.

Los trabajadores con contrato a plazo, por obra, servicio o faena (contratos de corta duración), en este evento de desempleo pueden girar de una vez el saldo acumulado, acreditando seis meses de cotizaciones y el término del contrato.

Por su parte, el FCS asegura una renta sustitutiva al afiliado que pierde su empleo por una causal que no le sea imputable, se encuentre cesante, busque empleo, cuente con 12 meses de cotizaciones y haya agotado el saldo de su CIC, para complementar las prestaciones mínimas de cuantía decreciente que asegura el FCS. El beneficiario de prestaciones a cargo del FCS también tiene derecho a asignaciones familiares y salud en las condiciones que tenía al momento de perder el empleo.

La administración de seguro corresponde a un único ente que tiene ese objeto exclusivo, creado al efecto como sociedad anónima de duración indefinida y que se adjudica la gestión en licitación pública, por un período de 10 años máximo, conforme con las bases que fija el Ministerio del Trabajo y Previsión Social. La gestión privada, encargada de la forma indicada a la Administración del Fondo de Cesantía (AFC), comprende: recaudar las cotizaciones y el aporte estatal, abonarlos al FCS o a la CIC, invertir los recursos y pagar los beneficios, verificando el cumplimiento de los requisitos. La AFC tiene como retribución por la gestión, una comisión de cargo a los cotizantes, que se deduce de las cotizaciones y aportes o de los fondos. La inversión de los recursos gestionados por el seguro se efectúa en los mismos instrumentos financieros de renta fija que se autoriza a las AFP. El control y supervigilancia del seguro están a cargo de la Superintendencia de AFP.

Además del seguro de cesantía, en Chile se ha instituido un subsidio de cesantía. La población protegida está constituida por los trabajadores afiliados a cualquier régimen previsional, que se encuentren cesantes y que no tengan derecho a protección por el seguro de cesantía. En tal situación se encuentra el trabajador que ha perdido su empleo por causa que no le sea imputable, que se ha inscrito en los registros respectivos, que es afiliado y cotizante en las condiciones que se establecen. La acción protectora asegura un subsidio en dinero hasta por un año de monto decreciente, al cual se

une el derecho a percibir asignación familiar y prestaciones médicas para él y sus cargas de familia. El financiamiento del subsidio y los gastos que genere su administración corresponde al Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidio de Cesantía, de origen fiscal. La administración del beneficio corresponde –respecto de los trabajadores del sector privado- al INP y a las Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF), en tanto que para el sector público los responsables son las entidades empleadoras directamente.

V.4.2 Costa Rica

La seguridad social costarricense está constituida por un conglomerado de instituciones, programas y procesos de gestión surgidos a lo largo de la historia con el fin de mejorar la protección social. Los avances logrados no siempre consideraron la perspectiva de largo plazo, por lo cual existen problemas de compatibilidad, coordinación y congruencia entre los distintos programas de protección. No sólo se generan inequidades comparativas sino también duplicación de esfuerzos y procesos inadecuados.

En el nivel de protección básico existe el régimen general del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) que administra la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), cuya cobertura formal se extiende a la totalidad de los trabajadores, tanto por cuenta propia como por cuenta ajena, que no se vean excluidos por la prevalencia de un régimen especial sustitutivo. En los hechos, la cobertura real es significativamente menor que la universal.

Por otra parte, existen tres regímenes que excluyen al general: los correspondientes al Magisterio Nacional, al Poder Judicial y a los Trabajadores del Estado (este último desde 1992 homologa a un conglomerado de planes). El régimen de pensiones y jubilaciones del Magisterio Nacional es, en realidad, un conjunto de tres regímenes coexistentes por circunstancias históricas.

Respecto a las condiciones de acceso al sistema de pensiones, es decir, aportes, años de cotización, edad, etc., Costa Rica muestra una gran variedad de modalidades en función de regímenes especiales y sustitutivos. No obstante, se han realizado algunos intentos de homologación que no han sido lo suficientemente prácticos.

En Costa Rica no existe un "sistema de pensiones" técnicamente considerado, a pesar de la Ley No. 7983 del año 2000 (que intenta crearlo) y de la existencia de una Ley General de Pensiones que data de 1935. La Ley del 2000 sólo contiene disposiciones sobre la transferencia entre Operadoras de Pensiones Complementarias, pero no indica nada sobre los regímenes básicos. Desde hace mucho tiempo, el diseño de los regímenes de pensiones ha pasado por alto el conocido fenómeno de la pluriactividad, y también se ha basado en el supuesto falso de que la vida laboral se desarrollaría como "carrera" dentro de una misma empresa o institución. Así, y con respecto al régimen general, no se presentarían mayores problemas por ser el régimen que resultaría único, según las intenciones de la ley de 1943 que supone que los regímenes especiales (por ejemplo, Magisterio y Poder Judicial) desaparecerían a medida que el Seguro Social fuera implementándose. Pero lo cierto fue que tal supuesto no se cumplió. Por el contrario, no sólo se conservaron los regímenes preexistentes sino que se crearon otros nuevos como los regímenes especiales de pensiones contributivas para los funcionarios del Registro Nacional, del Ministerio de Obras Públicas y Transportes, de Comunicaciones (correos y telégrafos), entre otros, a lo que hay que agregar la paulatina ampliación de la cobertura de algunos regímenes, como el de pensiones de Hacienda.

Por ello, el régimen general se ha venido enfrentando a la coexistencia de los regímenes especiales con escuetas normas sobre portabilidad de derechos, normas que son propias de los regímenes especiales.

El fenómeno de la portabilidad a nivel nacional no ha sido regulado como tal sino bajo una denominación a todas luces ilustrativa: "el traspaso

de cuotas". Ni el Reglamento del régimen general, ni la Ley Constitutiva de la CCSS, contemplan normativa alguna sobre el particular. Sólo la Constitución Política establece lo siguiente: "No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y reservas de los seguros sociales."[4] Ante esta disposición queda clara la prohibición de trasladar, vía exportación, las cuotas recaudadas por el Fondo de IVM. Por el contrario, no hay norma que prohíba el traslado por vía de importación de cuotas. Distinto sucede con los regímenes especiales, los cuales contienen normas específicas sobre dicho "traslado", permitiendo tanto la importación como la exportación de cotizaciones.

Con respecto a los requisitos para exportar el derecho, la cuestión se plantea en determinar cuándo se alcanza el mínimo necesario dentro de un régimen para obligar a exportar las cotizaciones. El régimen general de la CCSS no requiere de un mínimo tiempo, ya que no puede exportar y atrae los casos de pensiones no otorgables por otros regímenes especiales. El Régimen del Poder Judicial lo establece en 10 años, de los cuales los últimos 5 deben haber sido al servicio del Poder Judicial. En los casos de los Regímenes de los Trabajadores del Estado y del Magisterio Nacional no hay tiempo mínimo ya que se requiere la carrera completa.

Una vez realizado el traslado de cuotas, se otorga la pensión del régimen en las mismas condiciones que hubieran acontecido si la totalidad de las cuotas se hubieran aportado en él. En este sentido, sólo funciona bajo el principio de "totalización de períodos", sin que afecte la cuantía de las prestaciones o los requisitos para su otorgamiento.

A nivel internacional, la problemática referida genera dificultades para enfrentar la confluencia de un importante fenómeno migratorio, sobre todo con recepción de ciudadanos nicaragüenses y colombianos, junto con una casi total ausencia de normativa internacional que regule la situación de la portabilidad de derechos de los trabajadores migrantes.

V.4.3 Argentina

La reforma a la seguridad social argentina del año 1994 surge por diversos problemas políticos, económicos y demográficos, entre los que se encuentran el aumento del desempleo y del trabajo informal, la ineficiencia en la administración de los fondos, así como el incremento en la esperanza de vida. Estos factores provocaron graves problemas financieros que obligaron al Estado a utilizar recursos tributarios para poder sostener el sistema de reparto. Debido a esta situación fue necesario que se llevara a cabo un proceso de reforma de los distintos subsistemas de la seguridad social, que comenzó con la desregulación económica y la creación del Sistema Único de Seguridad Social. Las distintas Cajas de Jubilaciones y de Asignaciones Familiares se fusionaron en la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES). Argentina tuvo entonces reformas en los regímenes de salud y de pensiones de la seguridad social, pero la profunda crisis económica de los primeros años del milenio ha forzado nuevos pensamientos sobre el futuro del sistema.

Actualmente, el régimen de Jubilaciones y Pensiones de la Argentina, sigue siendo un sistema mixto, donde conviven el régimen de reparto, organizado por el Estado, a través de la ANSES, dependiente del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTSS) y un sistema de capitalización individual, gestionado por las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP), reguladas y supervisadas por una Superintendencia del sector (SAFJP) quien también depende del MTSS.

Cualquier nuevo trabajador puede elegir entre cualquiera de los dos sistemas, pudiendo pasar del régimen de reparto al de capitalización en cualquier

[4] Art. 73 de la Constitución Política.

momento, pero no puede hacerlo en forma inversa. Dentro del régimen de capitalización, el trabajador tiene movilidad entre las AFJP, transcurrido un período de un año como mínimo.

La edad de jubilación para el hombre es de 65 años y para la mujer es de 60 años, debiendo demostrarse 30 años de servicio y 28 años de aportes. Los beneficios se determinan teniendo en cuenta lo siguiente:

a) Una prestación básica universal, a cargo del estado, que perciben todos los beneficiarios de ambos sistemas.

b) Una prestación complementaria, a cargo del Estado, que perciben sólo aquéllos que han pasado del sistema de reparto al de capitalización, y que tiene que ver con la cantidad de años de aporte al viejo régimen.

c) Una prestación originada en los aportes ingresados al sistema:

c.1) Para el caso del sistema de reparto se promedia y genera el haber mensual, que nunca podrá ser inferior al monto de la prestación básica universal, asegurada por el Estado.

c.2) Para el caso del sistema de capitalización, el monto acumulado en la cuenta individual se liquida de la forma que elija el beneficiario (por ejemplo, renta vitalicia o retiro programado, a cargo de la AFJP), a lo cual se le adicionará la prestación básica universal y la complementaria si le correspondiera.

Si bien la estructura descrita no ha variado sustancialmente desde la creación del régimen de capitalización individual en el año 1994, lo que sí ha cambiado es el mercado laboral, donde los últimos años se caracterizan por una mayor informalidad y desempleo, como también las exigencias para la percepción del beneficio, las cuales fueron creciendo desde la sanción de la Ley. La combinación de ambas situaciones produce que disminuya la facilidad de acceso a las condiciones de jubilarse, lo que puede agravarse con el tiempo. De ahí que se estén discutiendo reformas relativas a la situación de quienes hayan cotizado un número significativo de años y no pueden jubilarse por estas nuevas condiciones. La experiencia de este país durante la crisis monetaria muestra que, un sistema fondeado tiene el riesgo de una pérdida de gran parte del ahorro si está sujeto a regulaciones monetarias inadecuadas. Argentinos de edades cercanas a la jubilatoria han debido alterar sus planes de retiro o aceptar pensiones inferiores a las que esperaban debido a los controles impuestos sobre sus ahorros.

En el ámbito de la Seguridad Social Argentina, está a debate la modificación del actual régimen, en especial en lo referente al otorgamiento de beneficios sin relacionarlo con la cantidad de años aportados, cuando se llegue a la edad exigida por la legislación. Una propuesta es que cuando una mujer cumpla 60 años o un hombre 65 años, podrá requerir su beneficio, demostrando la cantidad de años aportados hasta ese momento, recibiendo como contrapartida, un beneficio proporcional a sus años de contribución al régimen. Si bien el sistema de escalas de pago es tema de discusión, este cambio beneficiaría a las personas que superando los 20 años de aportes y con la edad alcanzada, no tienen posibilidad de presentar ninguna solicitud de beneficio.

La portabilidad de derechos adquiridos entre los sistemas en vigencia han sido previstos en las distintas normas legales, tanto para el régimen previsional, como estrictamente en el sistema de salud, donde la antigüedad es reconocida.

En cuanto a la portabilidad para trabajadores migrantes, si bien en gran parte el reconocimiento de servicios está normado en las legislaciones y convenios vigentes, lo cierto es que en muchos casos, los trámites son engorrosos y se ve con bastante frecuencia, que aquéllos que se jubilan, sólo perciben parte de lo que por derecho les corresponde, generándose en consecuencia problemas legales de difícil solución.

En la República Argentina, en general, no hay duplicidad de funciones sobre idénticas prestaciones. En el régimen previsional, el sistema de reparto y la

historia laboral está en manos de un solo ente, la ANSES, y el sistema de capitalización en manos de las AFJP, que compiten en el mercado, donde incluso hay una AFJP propia del Estado y otra AFJP Provincial que está asociada con una administradora privada. En cuanto a la salud sucede algo parecido, ya que las Obras Sociales que pueden dividirse en Sindicales y Empresariales, son elegidas libremente por los dependientes de cada grupo, y eso genera una competencia de servicios.

En resumen, mientras que Argentina intentó adoptar a mediados de los noventa reformas en las áreas de salud y de pensiones para promover la flexibilidad, el ahorro de largo plazo y la competencia, la reciente crisis macroeconómica ha implicado un grado significativo de interrupción en los avances. Sin embargo, se han dado avances institucionales que determinan soluciones de largo plazo al problema de la segmentación.

V.4.4 República Dominicana

La República Dominicana inició a mediados de 2001 uno de los esfuerzos más comprehensivos en la zona de ALC para eliminar la segmentación del sistema de protección social. El escenario que antecedió al inicio de esta reforma se caracterizó por la atomización y exclusión de las instituciones destinadas a administrar y prestar los servicios y por una baja cobertura y grandes obstáculos al acceso de las familias más pobres y vulnerables; además, por grandes inequidades y desigualdades sociales, por la inexistencia o el incumplimiento de las normas y regulaciones, y por ineficiencias y costos elevados. Las reformas que establecen la Ley de Seguridad Social y la Ley General de Salud enfrentan esta situación, pero como sólo tienen tres años de promulgadas requieren todavía de un período de tiempo mayor para que las mismas comiencen a dar sus frutos.

La falta de respuesta del Seguro Social Dominicano a los requerimientos tanto de los trabajadores como de los empleadores de contar con una mayor protección social contra la vejez, incentivó el surgimiento de planes de pensiones institucionales, empresariales y sectoriales en beneficio de diversos sectores sociales con capacidad de negociación, logrados a través de convenios y pactos colectivos de condiciones de trabajo. Fue así como, ante la ausencia de un sistema generalizado de pensiones, se formó un "archipiélago previsional" para los trabajadores de empresas con alta productividad y para instituciones públicas descentralizadas con autonomía financiera.

El diseño del nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) estuvo fuertemente condicionado por la realidad preexistente, por lo que una premisa fundamental para la reforma fue garantizar los derechos adquiridos de los trabajadores y de las instituciones, reconocer a las instituciones existentes y establecer un período de transición con asistencia técnica para avanzar gradualmente en la transformación institucional y la construcción del nuevo sistema.

El nuevo SDSS tiene un carácter universal y comprende tres seguros: Seguro Familiar de Salud, Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia y el Seguro de Riesgos Laborales. La Ley 87-01 contempla tres grandes regímenes de financiamiento: un Régimen Contributivo para los trabajadores dependientes con aportes de éstos y de sus empleadores; un Régimen Contributivo Subsidiado reservado para los trabajadores informales y autónomos, financiado con aportes del propio trabajador y un subsidio del Estado para compensar la ausencia de un empleador solidario; y un Régimen Subsidiado para la población más pobre y vulnerable (desempleados, indigentes y personas con limitaciones físicas o psíquicas), con aportes del Estado Dominicano. El SDSS establece los criterios, indicadores y parámetros económicos y sociales para identificar y calificar a la población por régimen de financiamiento. La contribución al sistema se realiza mediante aportes porcentuales sobre los ingresos y según la capacidad contributiva, lo que permite aplicar los principios de solidaridad y equidad.

El SDSS se fundamenta en un modelo de afiliación mediante un número único y universal, válido para los tres seguros y los tres regímenes de financiamiento, eliminando así la doble afiliación y cotización. También cuenta con un sistema único de información, recaudo, distribución y pago que permite a la Tesorería de la Seguridad Social la asignación de los recursos.

El SDSS se organiza sobre la base de la separación de las funciones. Las funciones de dirección, regulación, financiamiento y supervisión son inalienables y corresponden exclusivamente al Estado; las de administración de riesgos y prestación de servicios están a cargo de las entidades públicas, privadas o mixtas debidamente acreditadas por la institución pública competente. El SDSS comprende las siguientes entidades: El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS); la Tesorería de la Seguridad Social; y la Dirección de Información y Defensa de los Asegurados (DIDA).

Las entidades públicas autónomas del sistema son: la Superintendencia de Pensiones y la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), y las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), así como las Proveedoras de Servicios de Salud (PSS) y todas las entidades que realizan como actividad principal funciones complementarias de seguridad social.

El CNSS, órgano superior del Sistema, con la Gerencia General como entidad ejecutora y la Contraloría General, tiene a su cargo la dirección y conducción del SDSS y como tal, es responsable de establecer las políticas, regular el funcionamiento del sistema y de sus instituciones, garantizar la extensión de cobertura, defender a los beneficiarios, así como velar por el desarrollo institucional, la integralidad de sus programas y el equilibrio financiero del SDSS.

De conformidad con el principio de universalidad, la Ley 87-01 establece tres tipos de pensión: a) pensiones contributivas para los trabajadores asalariados; b) pensiones solidarias (no contributivas) para las familias indigentes; y c) pensiones para los trabajadores por cuenta propia (contributivas con subsidio estatal).

En las pensiones contributivas coexisten los dos sistemas conocidos: a) reparto para los servidores públicos y para los trabajadores afiliados al antiguo Seguro Social mayores de 45 años; y b) capitalización individual para los afiliados al Seguro Social menores de 45 años y para todos los demás trabajadores del sector privado.

El SDSS reconoce, protege y articula todos los regímenes de jubilaciones y pensiones existentes antes de la promulgación de la Ley 87-01 instituidos bajo leyes específicas y planes corporativos, los cuales son supervisados por la Superintendencia y disponen de dos años para acogerse a las disposiciones vigentes. Además del plan de pensiones del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), existen otros tales como: el Fondo de Pensiones y Jubilaciones de los Empleados Públicos (Ley 379-81), los planes de retiro del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFFAA), del Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), del Instituto Nacional de Auxilios y Viviendas (INAVI), de la Caja de Pensiones y Jubilaciones para Choferes, del Fondo para el Bienestar Social de los Trabajadores Hoteleros y Gastronómicos, los Fondos de Pensiones y Jubilaciones de los Trabajadores Portuarios, de los Trabajadores de la Construcción, de los Obreros Metalúrgicos; y los Planes Sociales de Protección para los Periodistas y otros Planes de Retiro Corporativos de Empresas Privadas e Instituciones Públicas.

En el marco del sistema de capitalización individual operan 8 AFP privadas y una pública, cuya finalidad es administrar las cuentas personales de los afiliados e invertir adecuadamente los fondos de pensiones. Por Ley debe existir por lo menos una AFP pública con el fin de garantizar a la población las opciones diferentes para ejercer de manera efectiva el derecho a elegir libremente la entidad de su preferencia y a cambiarla cuando ésta no le satisfaga.

El nuevo SDSS adopta medidas para permitir la portabilidad general de los derechos pensionarios.

Se ha creado un sistema capitalizado para el retiro, y se aplican las siguientes reglas de transición, partiendo de que todos los afiliados conservarán los años acumulados y los derechos adquiridos: a) las pensiones ya vigentes se conservan e indexan al índice de precios al consumidor; b) los afiliados con más de 45 años de edad recibirán en general una pensión de acuerdo a las leyes anteriormente vigentes; c) los afiliados protegidos por la legislación anterior y menores de 45 años a la fecha de la reforma reciben reconocimiento por años previos de cotización, así como un bono de reconocimiento que se deposita en su cuenta individual y genera intereses al 2 por ciento real; d) los nuevos afiliados, sin importar la edad, se incorporan al sistema de ahorro individual, pero si tienen más de 45 años al afiliarse por primera ocasión, pueden hacer aportes adicionales, exentos de impuestos, a fin de incrementar su fondo de pensión para el retiro; e) los dominicanos residentes en el exterior recibirán una pensión de acuerdo al monto de las aportaciones más los intereses y utilidades acumuladas, en la misma moneda en que realizaron sus aportaciones; f) los afiliados mayores de 45 años que debido al limitado tiempo de cotización no alcancen la pensión mínima, recibirán al momento de su retiro un solo pago por el monto de su cuenta personal más los intereses acumulados.

V.4.5 El Salvador

En mayo de 1998, El Salvador llevó a cabo una reforma estructural en el sistema de pensiones, sustituyendo los antiguos regímenes de beneficios definidos y administración estatal por uno de capitalización individual (contribución definida) y administración privada. Después de aproximadamente seis años de la reforma, la estructura del sistema se presenta de la forma siguiente.

El Sistema Público de Pensiones (SPP), antiguo sistema, ha sido cerrado a nuevas afiliaciones; asimismo fue objeto de un proceso de homogenización, tanto de los beneficios y requisitos, como en las tasas de cotización. Al mes de diciembre del 2003, el número de cotizantes activos asciende a 42,708 personas (menos del 10 por ciento de la cobertura antes de la reforma) cifra que seguirá disminuyendo gradualmente, según las personas vayan cumpliendo los requisitos para pensionarse o jubilarse. Adicionalmente, el SPP administra el pago de los pensionados actuales, los cuales ascienden a 102,078.

Aunque el sistema ha sido homogenizado, su administración aún continúa a cargo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) y del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP), pero ya se ha planteado su unificación. De acuerdo con lo previsto, el SPP desaparecerá gradualmente en el tiempo, en la medida que se pensione y fallezca el grupo de asegurados que obligatoria o voluntariamente se quedaron en el sistema; asimismo, el Estado ha asumido la obligación del pago de las pensiones hasta su extinción, una vez agotadas las reservas con que contaban los regímenes.

El Sistema de Ahorro para Pensiones (SAP) surgió con la ley del nuevo sistema de pensiones, aprobada por la Asamblea Legislativa en diciembre de 1996; la entrada en operaciones fue en abril de 1998. Quedaron sujetas al SAP todas las personas que al iniciar el sistema tenían menos de 36 años, así como también las que se incorporaron por primera vez a un trabajo remunerado. La ley permite la afiliación de trabajadores independientes aunque excluye por el momento a los trabajadores agrícolas y a los del servicio doméstico. Al mes de diciembre del 2003, el número de cotizantes activos del SAP es apenas el 46.3 por ciento del total de afiliados, lo que señala una alta rotación laboral que de persistir afectará la acumulación del fondo y por tanto el monto de los beneficios a obtener. La cobertura con respecto a la PEA es de 18.4 por ciento, similar a la que se tenía antes de la reforma, lo cual indica que a la fecha no se ha corregido el problema de baja cobertura.

Recuadro V.2
Contribuciones al Sistema de Pensiones

Las contribuciones en algunos países del Continente Americano en la última década no han tenido variaciones importantes. Sin embargo, la comparación de tasas entre países puede verse afectada por la forma en que se integra el salario gravable, tales como topes o exenciones. En Chile, la aportación para la pensión de vejez es del 10 por ciento del salario de los trabajadores, más una tasa adicional de hasta 2.5 por ciento para financiar la comisión de la AFP y la prima de seguro que se contrata, en caso de que el saldo de la cuenta no permita financiar las pensiones de invalidez y sobrevivencia; las contribuciones se efectúan únicamente por los afiliados. Argentina ha mantenido fija la cuota que paga el empleador; sin embargo, en el caso de los trabajadores disminuyó la cuota hasta 5 por ciento para en 2003 regresar al 11 por ciento que tenía previamente y se unificó la cuota que pagan tanto empleados como trabajadores independientes. En Estados Unidos y Brasil, las tasas de cotización no han presentado grandes cambios. En México, las contribuciones para pensiones a partir de la reforma de 1997 son prácticamente iguales a las vigentes con anterioridad.

Contribuciones al Seguro de Invalidez, Vejez y Vida, 1993/2003
(porcentaje de los salarios)

		1993	2003
Argentina	Empleador	16	16
	Trabajador	Empleados: 10; Independientes:21;	Empleados:11; Independientes: 27
	Gobierno	0.09 para empleados y 0.189 para independientes	0
Brasil	Empleador	20	20
	Trabajador	Empleados: 8, 9 ó 10 según el nivel salarial; Independientes:10, 20	Empleados: 8, 9 u 11 según el nivel salarial; Independientes: 20
	Gobierno	0	0
Chile	Empleador	0	0
	Trabajador	10	10 a/
	Gobierno	0	0
Estados Unidos	Empleador	6.2	6.2
	Trabajador	Empleados: 6.2; Independientes: 12.4 b/	Empleados: 6.2; Independientes: 12.4 b/
	Gobierno		
México	Empleador c/	5.95+2.00 c/	IV: 1.75 / RCV 5.15
	Trabajador	2.125	IV: 0.625 / RCV 1.125
	Gobierno	0.425	IV: 0.125 / RCV 0.225

a/ Más una cotización adicional variable que fluctúa entre 2.09 y 2.55.
b/ El costo de la pensión de vejez mensual especial para personas que cumplieron 72 años antes de 1968; todo el costo de la asignación subordinada a examen de recursos.
c/ De 1992 a 1997, el empleador pagaba 2% para una cuenta individual de retiro que no estaba integrada al Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte. A partir de julio de 1997 la ley define por separado las primas de Invalidez y Vida (IV) y de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV).
Fuente: CISS (2004b).

V.4.6 Paraguay

El Sistema de Seguridad Social de Paraguay (SSSP) cubre los riesgos de Invalidez, Vejez y Supervivencia (IVS), así como los riesgos por enfermedad común, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. El sistema tiene una estructura fragmentada, manejada por varias instituciones que no tienen vínculos entre sí, aunque es el Instituto de Previsión Social (IPS) quien administra directamente la mayor parte del sistema, tanto por la variedad de los riesgos asumidos como porque concentra, aproximadamente, al 50 por ciento de los trabajadores cotizantes.

El régimen general presenta las siguientes características: a) se basa en el sistema de reparto puro, teniendo en cuenta para otorgar beneficios los últimos salarios recibidos en un período de tiempo determinado; b) se financia con base en las aportaciones sobre los salarios y una aportación del gobierno, la cual no se ha hecho efectiva en la práctica; c) la prestación es de beneficio definido y proporcional al salario de cotización del afiliado, y d) la adscripción es obligatoria. Existen además tres regímenes especiales: para el personal de la Administración Nacional de Electricidad, para los trabajadores cubiertos únicamente por el programa de salud, y un régimen complementario para trabajadores independientes.

Existen Cajas que cubren los riegos de vejez y supervivencia, como la Fiscal (que incluye a policías y militares, junto con el resto de funcionarios públicos), la Municipal (que aglutina a todos los funcionarios municipales del país), la Ferroviaria, la Bancaria, la Parlamentaria y la de Itaipú. Las Cajas gestionan las prestaciones de los regímenes especiales o específicos, y están a cargo de los propios interesados con participación minoritaria de representantes del Poder Ejecutivo.

Las condiciones para acceder a un beneficio no son homogéneas entre las distintas instituciones administradoras; el IPS es, en general, quien presenta los requisitos más estrictos. Todos los sistemas operan bajo el principio de beneficio definido, en la forma de esquemas de reparto con reservas parciales.

Debe resaltarse que las distintas Cajas de Previsión no actúan como un sistema sino que más bien presentan elevados niveles de desarticulación y descoordinación entre sí y con el IPS. En la práctica no existe un sistema, sino un grupo de entidades que brindan cobertura a diversos colectivos de trabajadores. Mientras que el IPS y algunas de las Cajas pequeñas tienen superávit financieros presentes, así como condiciones para mantenerlos en el corto y mediano plazo, otras han requerido ayuda financiera del Estado en forma permanente.

Finalmente, el Paraguay no cuenta con un régimen de acumulación o "portabilidad" de los derechos entre las diferentes instituciones gestoras y los programas de cobertura. Esto significa que los trabajadores que se trasladan de una institución a otra no conservan sus derechos, lo que dificulta la obtención de los beneficios al final de su vida laboral en los casos donde ha habido el paso de una entidad a otra. Tampoco se advierte una autoridad central que supervise, regule y controle la seguridad social efectivamente, al modo de una superintendencia.

V.4.7 Colombia

Colombia tuvo un importante cambio político en 1991, cristalizado en una Constitución Política que determinó la transición hacia un nuevo Estado, bajo la perspectiva del modelo social y democrático de derecho. En ella se consagró la seguridad social como un servicio público, derecho de segunda generación, bajo responsabilidad del Estado, con prestación abierta a cargo de los particulares (artículo 48). El nuevo orden constitucional se constituyó en factor determinante para la implementación de un renovado sistema de seguridad social, contenido en la Ley 100 de 1993. Este desarrollo es probablemente el caso más ambicioso en América Latina para lograr una solución definitiva al problema de la fragmentación de la seguridad social. Aproximadamente 10 años después, se reportan avances pero también persisten dificultades substantivas en la implementación de la Ley 100. Las reformas de 2003 buscan atender algunos de estos problemas, pero es generalmente aceptado que serán necesarias acciones adicionales.

Con anterioridad a la expedición de la Ley 100 de 1993, se aplicaba en Colombia un modelo no integrado de pensiones con existencia de variados regímenes de beneficio definido. La Ley 100 constituye el sistema de seguridad social integral en Colombia, conformado por los siguientes regímenes generales: pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios. En Colombia, opera un gran programa de subsidio familiar que es parte del sistema de seguridad social, por lo cual debe considerársele como un quinto componente.

Tanto en el régimen de pensiones como en el de salud, la Ley definió dos componentes particulares, dependiendo de la capacidad de pago de cotizaciones y bajo los esquemas de régimen de aporte o contributivo o de régimen con financiación a través de subsidios, cuya fuente se ubica tanto en recursos fiscales como parafiscales. El Estado aplica, además, recursos fiscales para financiar dentro de sus estrategias de ampliación de cobertura, la cotización a pensiones de personas que requieren subsidio, como también la operación del régimen subsidiado de salud.

En el régimen de prima media con prestación definida se subsidia, en forma regresiva, con recursos públicos entre el 42 y el 72 por ciento de cada pensión reconocida en la actualidad, lo cual se traduce en un compromiso presupuestal de 2.04 puntos del PIB para el año 1999, lo cual permite que sólo dos de cada diez personas con la edad requerida accedan al subsidio para la pensión. De mantenerse la tendencia actual, en el año 2019 se requerirían 5.5 puntos del PIB para lograr la pensión de una minoría de colombianos. El pasivo pensional según el modelo de Planeación Nacional alcanzó en el año 2000 el 192.4 por ciento del PIB, ubicándose en el 206 por ciento en el año 2002.

A pesar de la Ley 100 subsisten regímenes especiales, con apenas el 11 por ciento del total de afiliados al régimen de pensiones. Los pasivos pensionales del Fondo de las Fuerzas Militares, de Policía y del Magisterio representan el 30 por ciento del déficit pensional de la Nación.

La Ley 797 del 29 de enero de 2003 realiza ajustes al régimen de pensiones de la Ley 100 de 1993, entre los que se encuentran algunos que buscan avanzar en el tema de falta de cobertura y fragmentación de la seguridad social. Con respecto a la universalización de la afiliación, se consagra como obligatoria la afiliación al sistema general de pensiones de los trabajadores independientes, que antes se ubicaban en la categoría de afiliados voluntarios. Para lograr una mayor cobertura, pero además una mayor sustentabilidad financiera, quienes ostenten la condición de contratistas, prestadores de servicios e independientes y tengan capacidad de pago, deberán cotizar al sistema de pensiones. Asimismo, se impone el régimen general y ordinario de pensiones a los servidores públicos que ingresen a partir de la vigencia de esta norma y a la empresa petrolera estatal ECOPETROL. Para lograr la permanencia en un régimen y en una entidad se ajustan los términos de selección y traslado de un régimen a otro (prima media con prestación definida y de ahorro individual con solidaridad), señalando que no es admisible el desplazamiento sino contados 5 años de la selección anterior. Igualmente, se restringe el traslado de régimen cuando al afiliado le faltaren 10 años o menos para cumplir la edad de pensión. Consagra, además, un período de inamovilidad de régimen para los servidores públicos que ocupen cargos de carrera administrativa, afiliados al régimen de prima media con prestación definida, los cuales deberán mantenerse en el mismo mientras ostenten la calidad de tales. Estas restricciones a la movilidad son importantes porque la reforma de pensiones de Colombia fue, entre las observadas en la región en los noventa, la que permitió una mayor movilidad entre el nuevo régimen de cuentas individuales y al anterior sistema de reparto, lo cual llevó a costos muy elevados en forma injustificada. Por el contrario, otros países obligaron la transferencia al nuevo régimen o permitieron la opción de permanecer en el viejo sistema, pero no de regresar a él una vez que se había optado por el sistema de cuenta individual. Con la reforma de 2003 también se establece la improcedencia de sustituir las semanas de cotización o el tiempo de servicios con el cumplimiento de requisitos distintos, posibilidad que se recogía en el anterior sistema y en regímenes pensionales especiales; en particular, por la publicación de libros o material de contenido pedagógico.

Uno de los pasos buscados con la reforma de 2003 que puede tener mayor impacto en eliminar la fragmentación de la seguridad social colombiana es la creación del Sistema de Registro Único para los afiliados a los regímenes de pensiones, salud, riesgos

profesionales, subsidio familiar y red de beneficios de protección social, constituido por una base única de aportantes y la posibilidad de lograr la integración de los pagos parafiscales o contribuciones de los diferentes regímenes, a través de entidades de economía mixta que tendrán a su cargo el manejo del mismo.

El tema pensional ha estado en el orden del día de los principales debates públicos, al punto de haber sido incluido como materia del referendo constitucional que propuso el Gobierno Nacional y que el Congreso sometió a decisión del pueblo, en el mes de octubre del 2003. En efecto, se consultó al constituyente sobre la imposición de un régimen único de pensiones con pensión máxima y el desmonte de los regímenes de excepción, así como también el congelamiento temporal de salarios y pensiones provenientes de recursos públicos. La Constitución Política de Colombia exige para la validez del trámite refrendatario una votación mínima equivalente a la cuarta parte del censo electoral, la cual no se dió en los comicios de octubre de 2003, habiéndose entonces quedado sin concretarse el pretendido ajuste normativo. La materia en todo caso se mantiene en el debate de las políticas públicas, pues la supervivencia de regímenes excepcionales y especiales afecta la sustentabilidad financiera futura del sistema.

V.4.8 Brasil

El sistema de seguridad social brasileño está constituido por tres regímenes principales. El de mayor cobertura es el Régimen General de Previsión Social (RGPS), el cual es público, de cobertura nacional y afiliación obligatoria para los trabajadores del sector privado. También son públicos los Regímenes Propios del Seguro Social (RPPS), destinados a los servidores públicos federales, estatales y municipales, de afiliación obligatoria, pero de cobertura restringida a los servidores de los respectivos niveles del gobierno. Finalmente, los regímenes complementarios de seguro, privados, de filiación facultativa, son administrados por fondos de pensiones.

Todos los regímenes son autónomos, independientes entre sí, con presupuestos separados y legislación específica para cada uno de ellos. Adoptan la modalidad de reparto simple, excepto el de seguro complementario, cuyo régimen es de capitalización. El régimen general es administrado por el Instituto Nacional del Seguro Social (INSS) y tiene como fuente principal de financiamiento las contribuciones de las empresas y de los propios asegurados. Los regímenes propios, incluso el de los militares, son mantenidos y administrados por las entidades públicas, con reglas propias para la concesión de los beneficios de jubilación y pensión.

La Constitución de 1988 introdujo profundos cambios en el RGPS. Las reglas de cálculo y reajuste de los beneficios sociales fueron reformadas para protegerlos de la inflación. Al mismo tiempo, hubo la equiparación entre el valor de los beneficios urbanos y rurales y la extensión de la cobertura social a los trabajadores del sector agrícola. Esas iniciativas tuvieron amplias consecuencias fiscales, sobre todo debido a los cambios acelerados en la composición de la edad de la población brasileña. El reflejo de estos y de otros desequilibrios fue el pasaje de una situación financiera con superávit a un déficit a partir de 1995, con fuerte tendencia de continuo agravamiento.

En relación al problema de la fragmentación social, el caso brasileño representa un ejemplo de que el costo fiscal es una herramienta de solución. La enmienda constitucional Nº 20 (1998) tuvo por fin neutralizar, en parte, los efectos de los cambios demográficos verificados en las últimas décadas, notablemente en cuanto a la disminución de la tasa de natalidad y al aumento de la expectativa de vida. En la década de los 50 había 8 contribuyentes financiando a cada beneficiario y para 1997 apenas 1.7, evidenciando la inviabilidad financiera del sistema. Los ajustes hechos se constituyeron, básicamente, en el establecimiento de nuevas reglas de concesión de beneficios y sus plazos de duración. El objetivo consistía en que, con el nuevo método, el beneficio fuera calculado de acuerdo con

el estimativo del monto de contribuciones realizadas por el asegurado, capitalizadas de acuerdo a la tasa implícita, que varía en razón del tiempo de contribución, de la edad del asegurado y de la expectativa de duración del beneficio.

La consecuencia inmediata de la reforma ha sido el aumento de la edad media de concesión de ese beneficio. Entre 1998 y 2002, la edad media aumentó de 48.9 a 54.2 años. A pesar de ese avance, esta edad aún es relativamente baja si comparamos Brasil con otros países de América y aún de Europa, donde la jubilación es concebida con la edad mínima de 60 años.

Es interesante registrar que, en 1998, el perfil de los beneficiarios de la jubilación por tiempo de servicio era el de trabajadores con sueldos más elevados; o sea, el sistema estaba proporcionando una perversa redistribución de renta donde los de bajos ingresos financiaban a los de mayor salario.

La situación que exigía soluciones más urgentes era, sin duda, el desequilibrio actuarial de los RPPS, por no existir relación entre la contribución y el beneficio percibido. Era en el sector público que acontecía el mayor número de jubilaciones precoces, acumulaciones de utilidades con sueldos de cargos o empleos públicos, mayor duración de los beneficios y menor plazo de carencia.

El gobierno tuvo como prioridad absoluta la reforma del servicio social del servidor público, mediante la introducción de reglas de convergencia entre los regímenes de seguro social, entre ellas la introducción de una nueva regla de cálculo de jubilaciones y pensiones; la creación de un tope común de beneficios y contribuciones para los asegurados futuros de los diversos regímenes; institución de la contribución para los jubilados y pensionados; y la aplicación a los servidores públicos, en lo posible, de los requisitos y criterios exigidos para los trabajadores del sector privado.

La reforma pretende reducir distorsiones del modelo, propiciar mayor equidad entre los regímenes del seguro social, permitir mejor adecuación al nuevo perfil demográfico brasileño, flexibilizar la política de recursos humanos, así como mejorar los resultados fiscales, a mediano y largo plazos. Adicionalmente, se asegura el cumplimiento del derecho del servidor público de obtener una jubilación digna de manera sustentable, pero sin privar al resto de la sociedad de los recursos necesarios para el crecimiento y desarrollo de la Nación. La reforma también contempla la unificación de los Órganos Gestores de los RPPS en las entidades. Esta medida se debe a la existencia de una intensa sobreposición de funciones en la operación de los regímenes propios por diversas entidades y órganos de la Administración Pública. Al unificarse en un órgano gestor disminuirán los costos administrativos al reducirse la cantidad de servidores involucrados auxiliados por sistemas informáticos.

En el área asistencial, el mayor desafío de este y de los próximos gobiernos es otorgar seguridad social a 27 millones de trabajadores socialmente desamparados, esto es, que no aportan para la seguridad social, no reciben ningún beneficio y no se encuadran en la categoría de asegurados especiales. La reforma introducida expresó esa preocupación y atribuyó al gobierno y a la sociedad el desafío de proteger a esos ciudadanos, facultando la institución de un sistema de seguridad social con costo reducido y garantía de beneficio mínimo, excepto la jubilación por tiempo de contribución.

Además de los claros beneficios para la Seguridad Social brasileña, la reforma también representó una evolución política, en la medida en la que fue precedida por debates en diversos foros y exigió la construcción de una alianza política innovadora entre el Gobierno Federal y los Gobiernos Estatales. Los retos todavía son grandes, pero Brasil tiene el objetivo de formar un sistema previsional básico universal, con reglas iguales (mismos derechos y deberes) para todos los ciudadanos.

V.4.9 México

El problema de fragmentación en el sistema de seguridad social mexicano se asocia a dos grandes bloques que operan de forma independiente: el

sector público central y el resto de los asegurados. Esta separación tiene un origen constitucional y lleva a que no se otorga trato uniforme, ya que en cada sector se advierten prestaciones y contribuciones distintas, incluso sistemas de beneficio y contribución diferentes (para el sector público se mantiene un sistema de beneficio definido, mientras que el resto se ha movido hacia contribuciones definidas). Además, así como en muchos otros países que se discuten en este capítulo, se restringe la cobertura a la población asalariada y a sus familias.

La prestación de seguridad social se gestiona a través de diversas instituciones federales y estatales que muestran un alto grado de desarticulación. En su mayoría son federales y son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para el sector privado y las empresas públicas, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en el sector público central y el Instituto de Seguro Social para las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM).[5] Algunos planes especiales que surgieron con anterioridad a la creación de la Ley del Seguro Social (1943) han sido incorporados a lo largo de los años al IMSS, pero todavía subsiste un caso con su propio régimen, que es la industria petrolera. En el sector público central la situación es más desventajosa, porque la mayoría de los estados han creado su propio sistema de seguridad social siguiendo el esquema del ISSSTE federal.

Los distintos regímenes comparten la característica de no ofrecer portabilidad de beneficios y de proporcionar un trato heterogéneo. Para el caso de los trabajadores de regímenes especiales (siendo todos del sector público), en los que prevalece el sistema de reparto, las condiciones de acceso y los montos de las pensiones son más generosos que los del sistema general.

La reforma de 1997 abandona el sistema de reparto por uno de capitalización individual y alcanzó únicamente a los trabajadores afiliados al IMSS (que conforman la mayor parte de la población asegurada, aproximadamente el 85 por ciento). Estos trabajadores fueron transferidos de inmediato al nuevo sistema, pero para fines de protección de derechos adquiridos, al momento de la jubilación tienen garantizado el nivel de pensión que hubiesen obtenido bajo el régimen anterior. Para la gran mayoría de los trabajadores, que nunca cotizan como empleados del sector público central, no se da un problema de portabilidad, y con la reforma hacia un régimen de capitalización individual se ha facilitado la coordinación con planes complementarios que ofrecen las empresas.

El segundo sistema de seguridad social con más beneficiarios es el ISSSTE federal, que incorpora a menos del 15 por ciento de la fuerza de trabajo asegurada en el país y cuya cobertura es decreciente. Mantiene un sistema de reparto y una situación financiera precaria pues el número de cotizantes por pensionado ha disminuido a cerca de cinco. Para los afiliados al ISSSTE es mayor el costo de la fragmentación porque es muy común que una persona que ha trabajado para el sector público central tenga a lo largo de su vida algún empleo en el sector privado o en una empresa paraestatal afiliada al IMSS. Esta situación es aún más probable para los ISSSTE estatales, que son más pequeños. Paradójicamente, las reglas para dar mayores beneficios a trabajadores del sector público llevan a la menor protección cuando la persona no trabaja toda su vida y exclusivamente en el sector público central.

La fragmentación y falta de portabilidad del sistema de seguridad social mexicano plantea problemas que no han sido atendidos. La reforma de 1997 no intentó resolver el tema, y no existe en la actualidad alguna iniciativa para permitir la totalización de beneficios o la portabilidad entre sistemas.

[5] Los trabajadores de las empresas estatales han sido afiliados al IMSS o al ISSSTE según las distintas circunstancias históricas e interpretaciones legales. Los trabajadores de las corporaciones nacionalizadas y otras empresas públicas que producen bienes y servicios tienden a ser afiliados al IMSS, mientras que aquéllos en organizaciones descentralizadas creadas como divisiones de la administración pública centralizada tienden a ser afiliados al ISSSTE.

V.5 Problemas Generales y Soluciones

La descripción y análisis de las situaciones de fragmentación en la seguridad social señalan que si bien se han dado avances gracias a las reformas iniciadas desde los años noventa y a esfuerzos específicos por atender al problema, permanecen situaciones por resolver. El principal aspecto a atender es que la fragmentación que permanece es la de los trabajadores del sector público, ya que se ha avanzado en general en homologar condiciones y lograr la portabilidad de los fondos y derechos pensionarios, pero también hay un retraso consistente en adecuar los planes para empleados públicos al sistema general de seguridad social. Norteamérica y el Caribe no figuran en el mapa de las zonas conflictivas sobre el problema de pensiones; el Cono Sur ha tenido éxito en la solución del problema mediante reformas en los ochenta y noventa (excepto Paraguay); con la reciente reforma dominicana, el Caribe Latino también se puede agregar a la lista de aquéllos que han resuelto o que están en proceso de deshacerse del problema; pero América Central, México y la Zona Andina todavía presentan casos importantes donde acciones legales básicas y administrativas deben adoptarse para resolverlo.

Para atender estos problemas, las opciones disponibles son las siguientes, las que se listan sin una prelación: (i) incorporar a los asegurados en regímenes especiales al general, dejando los beneficios adicionales como complementarios; (ii) establecer reglas para la totalización de beneficios entre los distintos planes, en forma similar a como se hace en acuerdos bilaterales internacionales; (iii) portabilidad de fondos entre regímenes para que el trabajador pueda cambiar de empleo, migrando con esos recursos financieros.

La opción de incorporar a los regímenes especiales al sistema nacional es menos costosa, más equitativa, y facilita el sano desarrollo de planes especiales que complementen al sistema nacional. Esto no significa la desaparición de planes especiales de pensiones para ciertas empresas o segmentos del mercado laboral, los cuales son necesarios para un adecuado manejo de los recursos humanos, siguiendo los objetivos de rotación laboral, lealtad y recompensa que los empleadores públicos y privados deseen ofrecer a sus trabajadores. Significa que esos planes deben tener un ancla en el sistema nacional, de manera que los trabajadores puedan cambiar de empleo sin perder beneficios, y que el subsidio y las garantías fiscales que otorga el Estado sea equitativo para cada trabajador. Entre otros casos, así funcionan los sistemas de Estados Unidos y de Chile, siendo el último caso de destacar porque décadas atrás era uno de los países con mayores problemas de segmentación. El Salvador y Colombia son ejemplos más recientes. A pesar de las dificultades institucionales y políticas que puedan existir en un país para mantener un sistema fragmentado, eliminar la segmentación es una recomendación que debe mantenerse y todos los países deberían encontrar el tiempo y las condiciones apropiadas para adoptarla. Cuando no está presente, una meta permanente de política debería ser el alcanzar un sistema general básico de pensiones con reglas homogéneas de tasas de contribución y beneficios para todos, así como una base de datos única para administrar el sistema general y para apoyar el desarrollo de ahorros complementarios voluntarios y pensiones asistenciales (no contributivas) para los ancianos y discapacitados.

La opción de adoptar reglas de totalización puede lograr que el trabajador conserve beneficios, pero en forma costosa, ya que se requiere mantener una doble administración de las pensiones y no se eliminan los problemas de trato desigual.

Finalmente, la opción de permitir la portabilidad de fondos entre regímenes es también costosa de administrar y puede llevar a dificultades prácticas en la relación financiera entre los diversos sistemas. El caso de Costa Rica ha probado la dificultad de administrar una versión de esta opción.

Para países que han avanzado hacia sistemas de capitalización individual, una solución apropiada es transferir hacia el gobierno nacional la

responsabilidad de garantizar los componentes solidarios, que usualmente toman la forma de una pensión mínima garantizada. Tanto para sistemas de beneficio definido como de contribución definida es conveniente tener un sistema nacional de pensiones que provee esa garantía y adoptar regulaciones que faciliten la interacción de los planes complementarios con el programa nacional. En casos que han mantenido un sistema de reparto, se garantiza más que una pensión mínima, pero lo importante para el punto discutido en esta Sección es que exista una base común para la acumulación de antigüedad en el sistema.

Para algunos países, la coexistencia histórica de esquemas determina un reto de transformación institucional, pero atender a los objetivos básicos de la seguridad social obliga a enfrentarlo y a resolverlo. Diferentes fondos, cajas o institutos de seguridad social manejando planes con diferentes reglas para generar derecho a una pensión (por ejemplo, de periodos de cotización y edad requeridos para la jubilación), con frecuencia también operan complejos sistemas administrativos. Si bien existe usualmente un origen histórico a esta situación, asociado con logros gremiales o arreglos políticos que en su momento fueron necesarios para avanzar en el nivel de protección social, mantener a largo plazo reglas que bloquean la posibilidad de movilidad de los trabajadores es poco eficiente e injusto. En la medida en que dentro de un país se logra un acuerdo sobre la necesidad de contar con una red de protección social para todos, resolver el tema de portabilidad en el sistema de pensiones es una prioridad.

El camino trazado en Chile para lograr la portabilidad cuando se creó en 1980 el sistema de cuentas individuales que fue tomado como modelo en países alrededor del mundo, consistió en dar al trabajador la opción de permanecer en el sistema de reparto, pero dejando la garantía de poder pasar en cualquier momento al sistema reformado y recibir por ello un bono de reconocimiento por los derechos adquiridos. Así, por un lado, al tener cuentas individuales para el retiro, los trabajadores pueden cambiar de empleo sin ninguna pérdida, y aquéllos que optaron por permanecer en el sistema anterior tienen una garantía de que no perderán beneficios en caso de que en el futuro decidan el cambio. En cualquier caso, esa última es una condición temporal que desaparecerá en los próximos años al quedar más lejos en el tiempo el año 1980, el de la reforma. Complementariamente, Chile cuenta con un Instituto de Normalización Previsional que gestiona los antiguos planes en la larga transición total al nuevo régimen, así como una Superintendencia de Seguridad Social que regula y supervisa al proceso.

Leyes recientes en Colombia y Venezuela ordenan la incorporación al sistema general de todos los programas separados (con excepción de las fuerzas armadas en Venezuela). La ley de reforma de Brasil uniforma las condiciones de los funcionarios federales, estatales y municipales, y les fija una pensión máxima igual a la del programa general. En todo caso, el Estado no debería subsidiar los programas separados y tendría que utilizar dichos recursos para objetivos de beneficio general, como extender la cobertura y mejorar las pensiones garantizadas en general.

En México, al reformar el sistema hacia uno de capitalización individual, en lugar del bono de reconocimiento y de la opción entre permanecer en el sistema anterior o moverse al nuevo (que es la estrategia más común en Sudamérica), todos los trabajadores recibieron la garantía de tener al menos la pensión que hubiesen recibido en ausencia de reforma, lo cual permitió transferir a todos de inmediato al nuevo sistema con un gran ahorro administrativo. Sin embargo, México no aplicó la reforma a los trabajadores del sector público centralizado, lo que ha implicado que para aproximadamente 15 por ciento de los asegurados hay un costo elevado de movilidad entre el sector público y el sector privado.

Otro tema que ha sido tratado en forma incompleta en algunas de las reformas estructurales

es el de dar una opción transparente al asegurado para, al menos dentro de un plazo determinado, escoger entre quedarse en el sistema público o traspasarse al privado. Las condiciones de acceso a ambos sistemas deberían ser equivalentes y el Estado debería de abstenerse en otorgar ventajas a un sistema sobre el otro, así como ofrecer información apropiada al asegurado sobre las ventajas e inconvenientes de ambos sistemas. En ocasiones, como es el caso de Colombia, el inadecuado tratamiento a esta opción ha llevó a costos excesivos y ha requerido de reformas adicionales.

La homologación de edades normales de jubilación y cotizaciones requeridas en el sistema privado y el público es necesaria para eliminar la fragmentación. Una vez más, esta homologación no

Recuadro V.3
Portabilidad de Pensiones en Europa: el Caso de Francia

La portabilidad de pensiones se refiere a la habilidad de preservar el valor de los beneficios de las pensiones ante el cambio de empleo. La importancia de la portabilidad en los diferentes mercados nacionales europeos varía de acuerdo a la importancia de las pensiones ocupacionales, las cuales sólo son un complemento de la seguridad social. Por lo tanto, el papel de las pensiones ocupacionales depende de la protección del sistema de seguridad social que se provee a los ancianos en el país. Por ejemplo, en Holanda las pensiones ocupacionales son muy importantes debido a que la seguridad social sólo proporciona una pensión mínima garantizada.

El sistema de seguridad social para los ancianos en Francia se base en 3 principios fundamentales: los derechos adquiridos a través del empleo, los beneficios proporcionados por las contribuciones realizadas y la coexistencia de pensiones estatutarias con esquemas complementarios, entre los que se encuentra principalmente la pensión ocupacional obligatoria (ARRCO 2001). Para los trabajadores asalariados, las instituciones que proveen los esquemas complementarios más importantes son la Association Genérale des Institutuion de Retraite des Cadres (AGIRC) y la Association des Régimes de Retraite Complémentaire (ARRCO). La primera es para ejecutivos (*cadres*) y la segunda para empleados asalariados.

Cualquier empleador puede elegir para su grupo de administradores y supervisores cualquier pensión particular *cadre* que desee. AGIRC coordina y supervisa en general a 27 instituciones, además de permitir que estas últimas unan sus recursos y compartan responsabilidades. ARRCO coordina a 77 instituciones de pensiones complementarias (*caisses*), cubriendo a todos los trabajadores del sector privado.

El esquema de AGIRC y la mayoría de los de ARRCO usan un sistema de puntos, que garantiza la portabilidad de los derechos de pensiones cuando los beneficiarios se separan o cambian voluntaria o involuntariamente de trabajo. Las contribuciones pagadas a cualquiera de estas asociaciones se canalizan directamente a pensiones, convirtiéndolas en puntos. El número de puntos acumulados al año es equivalente al valor de las contribuciones realizadas en el mismo, divididas por un salario de referencia (que es el costo de adquirir un punto). Cuando el empleado se retira, el número total de puntos se multiplica por el valor actual por punto para determinar el monto de la pensión. Cualquier derecho acumulado adicional se añade al cálculo. Los puntos se acumulan en una cuenta individual hasta que termine la vida laboral del individuo, cuando el cálculo es realizado. Este sistema de puntos permite que las pensiones se ajusten cada año. El cambio de trabajo no conlleva pérdida de derechos; la acumulación de puntos en la cuenta individual no se ve afectada por la movilidad en el empleo.

Sin embargo, AGIRC y ARRCO poseen algunas diferencias en sus sistemas de puntos. AGIRC usa un solo esquema, por lo que los miembros siguen perteneciendo al mismo, sin importar a qué fondo se hayan afiliado. ARRCO funciona como un cuerpo que coordina los esquemas de cada uno de sus miembros, cuando éstos han adquirido derechos en diferentes esquemas. De esta forma, ARRCO permite que las personas puedan reclamar sus pensiones bajo las mismas condiciones que si existiera un solo esquema (Reynaud 1997). Es importante mencionar que el valor de los puntos es fijo para todos los esquemas.

Por otro lado, los esquemas de pensiones de contribución definida permiten la portabilidad porque sus beneficios son reconocidos en forma inmediata.

implica la eliminación de planes complementarios que los empleadores decidan ofrecer a sus trabajadores para lograr objetivos de gestión de los recursos humanos. Los períodos de cotización son excesivamente largos en algunos países con reforma estructural y muy cortos en algunos sistemas públicos y también deberían ser ajustados. Ambos ajustes tendrían que ser basados en cálculos actuariales. Las pensiones asistenciales deberían ser concedidas a edades similares a las de las contributivas.

El alto nivel de migración en el Continente Americano, el cual se documenta en el Capítulo II de este Informe, genera a nivel transfronterizo el problema de portabilidad. Los sistemas nacionales de pensiones contienen invariablemente elementos solidarios de acuerdo a la política nacional en la materia, y fueron creados bajo una concepción de aplicación territorial de la ley. Los Convenios Bilaterales de Seguridad Social (CBSS) tienen como objetivo atender a esta situación.

Usualmente, un CBSS establece que para el cálculo de beneficios se considere el tiempo de cotización en dos o más países y determina un pago a prorrata de beneficios. Si bien es poco probable que se observe un movimiento para la homologación de legislaciones nacionales de seguridad social, para los sistemas de capitalización individual se ha dado un antecedente valioso entre Chile y Perú, que han comenzado a permitir la integración del ahorro individual mediante un convenio internacional. Esta integración de fondos, y ya no sólo un acuerdo de pago prorrateado, permite una mejor gestión de los fondos, da al trabajador mejores opciones para adquirir una renta vitalicia u optar por una serie de retiros programados y reduce los gastos administrativos.

El CBSS entre Estados Unidos y México, recientemente firmado pero aún sujeto al proceso legislativo respectivo, considera la posibilidad de que la pensión pagada por el sistema nacional de un país se considere como un activo en el otro país para fines de aplicación de las reglas de retiro de fondos en la jubilación. Esto es importante porque usualmente, en un sistema de capitalización del ahorro individual, se aprovisionan recursos para garantizar la pensión (ya sea en la forma de renta vitalicia o de programa de retiros) y los remanentes pueden ser utilizados discrecionalmente por el jubilado. Es decir, una vez que una persona ha ahorrado lo suficiente para tener derecho a una pensión, puede utilizar el resto de los recursos para otros fines. Con la disposición en el CBSS mencionado, se abren opciones en beneficio del trabajador cuando ha tenido ahorro individual en un país y además cuenta ya con una pensión en cualquiera de ellos.

En el Capítulo IV de este Informe se discute la importancia de mejorar la arquitectura legal y financiera de la seguridad social, para disminuir y eventualmente eliminar el problema de la fragmentación. Las administradoras deben mejorar radicalmente en el uso de sistemas electrónicos para mantener la cuenta individual y otros registros individuales y controlar el pago de las cotizaciones, lo cual permitiría un procesamiento más rápido y efectivo de las pensiones, así como facilitar la movilidad de trabajadores entre regímenes. Además, tienen que desarrollar un sistema de información comprehensivo y comparativo, así como educar al asegurado para que éste pueda adoptar decisiones racionales y adquiera una cultura previsional.

El problema de coexistencia de regímenes de pensiones que no permiten la portabilidad de contribuciones y beneficios se acentúa por regulaciones laborales que atan beneficios al mantenimiento del empleo e imponen costos de separación elevados. Independientemente de su éxito, las regulaciones laborales tienen un claro objetivo de reducir la rotación en el empleo, pero en el caso de los costos a la movilidad que impone la coexistencia de regímenes de seguridad social no parece haber una razón válida para mantener la política. Aparentemente, todos pierden por la

fragmentación de la seguridad social: los trabajadores pierden beneficios cuando cambian de empleo, y los empleadores pierden por la baja movilidad de la fuerza de trabajo.

Por ello, los países que mantienen un problema de coexistencia pueden tener ganancias importantes al avanzar hacia un sistema nacional que permita plena portabilidad de derechos pensionarios. La forma de hacerlo puede verse afectada por la situación institucional inicial, pero independientemente de ello puede encontrase una mezcla de instrumentos para resolver el reto. El intento más reciente para buscar este cambio institucional se encuentra en la República Dominicana, que con la creación del Consejo Nacional de la Seguridad Social busca lograr la armonía entre los programas preexistentes.

CAPÍTULO VI
PORTABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD, OFERTA LABORAL Y MOVILIDAD DEL TRABAJO

CAPÍTULO VI
PORTABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD, OFERTA LABORAL Y MOVILIDAD DEL TRABAJO

VI.1 Introducción

El acceso a la salud es uno de los beneficios más apreciados por los ciudadanos en las sociedades modernas. Durante las últimas décadas, la mayoría de los países en el Continente Americano ha decretado el "derecho a la salud" en diversos estatutos, y aunque existen diferencias considerables entre éstos, hay un claro consenso político que apoya alguna forma de intervención pública para lograr que todos tengan acceso a los servicios de salud. De una importancia similar, es la conclusión de la sección VI.2 (basada en el trabajo de la profesora Brigitte Madrian) de que "el seguro de salud es un factor importante en casi todas las decisiones del mercado laboral hechas por los individuos: de trabajar, dónde trabajar, y por cuánto trabajar". Por lo tanto, la interacción del funcionamiento del sector salud y sus regulaciones con el mercado laboral es muy importante para la política de seguridad social.

Sin embargo, además del consenso general de que todos deben tener acceso, la forma específica que deberá tomar el sistema de servicios financieros y servicios finales que definen al seguro de salud así como el tipo y grado de la intervención pública para alcanzarlo, han demostrado ser temas para debates complicados. La intervención pública puede tomar formas variadas, entre las que se incluyen: la propiedad y operación de las instalaciones del sector salud por instituciones de seguridad social (como en el caso de Costa Rica, Panamá, Colombia y México); el subsidio a ciertos servicios médicos (como ocurre en Estados Unidos a través de "Medicare" y cada vez más en varios países de ALC); o el trato preferencial a los ahorros y a los seguros de salud en la legislación tributaria. Al igual que los beneficios de las pensiones, históricamente la forma principal de obtener un seguro de salud ha sido a través de la relación laboral, y las reformas para lograr mejores resultados de eficiencia y equidad se relacionan con la portabilidad de los beneficios al cambiar de empleo y de la provisión de algún mecanismo de provisión para los desempleados y los más necesitados. Los enfoques igualitarios de las sociedades han probado ser significativos en relación al acceso a los servicios médicos y a la participación del estado en el financiamiento, la propiedad y la regulación en el área de salud.

Las fórmulas que se han implementado en las reformas del sector salud están lejos de homogeneizarse. La acción pública en la política de salud ha tomado configuraciones variadas en su combinación público-privada para el financiamiento y la provisión de los servicios. Existe una tendencia distintiva en el pensamiento a favor de la adopción de mecanismos de seguridad en detrimento de los antiguos enfoques de "medidas sanitarias", "asistencia pública" y "caridad pública". Esta tendencia ha sido conducida por dos factores

importantes: el deseo de mejorar la eficiencia y el deseo de mejorar la interacción entre el sector salud y el mercado laboral.

El derecho a la salud toma tres dimensiones: universalidad, integralidad y totalidad (Chernichovsky 2000). La universalidad se refiere a proporcionar acceso para todos, la integralidad es la meta de cubrir todos los servicios de salud; la totalidad es la meta de proveer cada servicio con el espectro completo de la atención permitida por las tecnologías actuales. Un primer obstáculo en la realización de estas metas operacionales es que la frontera de posibles acciones que definen el seguro de salud no está bien definida. "Todos los servicios de salud" podrían incluir acciones preventivas, servicios de salud de largo plazo, cuidado y asilo no incluidos en los paquetes "básicos" de hospitales, entre otros. De forma similar, se discute a menudo si los copagos, deducciones, listas de espera, o restricciones a los medicamentos que pueden ser financiados limitan indebidamente el derecho a una protección completa. La universalidad es relativamente fácil de entender, pero la integralidad y la totalidad están condicionadas por variables sociales y técnicas que son difíciles de medir. Muchas atenciones de salud no son médicas, e inclusive dentro del campo médico el conjunto de tratamientos aceptables o recomendables no puede ser estandarizado de una manera simple.

Chernichovsky (2000) señala que una consecuencia de esta complejidad es que mientras las intenciones públicas se inclinan hacia un "principio de solidaridad", bajo el cual cada uno consigue lo que necesita, en la práctica opera un "principio de igualdad": los programas tienden a proporcionar los mismos beneficios a todos los usuarios y si un servicio específico no se puede financiar o proporcionar para todos, entonces no se financia ni se proporciona a nadie. Así, la seguridad social se enfrenta con un intercambio entre las metas de universalidad, integralidad y totalidad.

Por las razones ya mencionadas, el tema de la portabilidad es difícil de solucionar. La evidencia sugiere que los trabajadores y sus familias se preocupan en gran medida por el seguro de salud y para mantener su seguro médico están dispuestos a alterar sus decisiones de trabajo y retiro. La segmentación de los sistemas de la seguridad social descritos en el Capítulo V de este Informe, debida a razones de regulación e institucionales, complica aún más este problema. Pero incluso en un país donde el sector salud no está artificialmente segmentado por regímenes de seguridad social, las regulaciones y los programas que apoyan el acceso a los servicios médicos afectan la movilidad de trabajadores.

En ocasiones, los países han tomado acciones políticas que serían consideradas radicales en otros lugares, pues han intercambiado objetivos sociales por otros que permitan a la sociedad tener un mercado laboral flexible. Un ejemplo es el Servicio Nacional de Salud (National Health Service), que es financiado con impuestos y provee acceso universal a la salud en el Reino Unido. Bajo el esquema británico, los trabajadores se preocupan poco del impacto de sus decisiones laborales sobre su condición en la seguridad social porque pueden cambiar de trabajo sabiendo que tendrán acceso exactamente al mismo servicio, sin ningún costo adicional. En Canadá (ver Recuadro VI.1), para evitar la estratificación del sistema de salud, se han impuesto restricciones al sector privado de forma que no ofrezca los mismos servicios médicos y de hospitalización que están asegurados públicamente (Hurley et al. 2002).

Este Informe no intenta discutir la forma en que los seguros médicos están organizados, pero es útil tener presente que las implicaciones en el mercado laboral de la regulación del seguro de salud son derivadas de las presiones que se generan al intentar proporcionar el acceso a los servicios a todos los individuos, cumpliendo con los requisitos de integralidad y totalidad, es decir, el objetivo de solidaridad, así como de la necesidad de contar con un mercado laboral donde las relaciones entre trabajadores y empresas puedan desarrollarse para reconocer las necesidades de la población y adoptar nuevas tecnologías que generen ganancias en

productividad. Si los trabajadores pudieran permanecer con el mismo empleador y el mismo abastecedor de servicios de salud para toda la vida, el problema tendería a desaparecer. Se dice a veces que los sistemas de seguridad social no se adaptan para enfrentar la movilidad laboral, pues fueron fundados en períodos en que el mercado laboral era mucho más estático. Cualquiera que sea el origen y el estado actual de las cosas, la situación exige a cada país reconsiderar cómo pueden ajustar las regulaciones de la seguridad social para evitar restricciones indebidas en la movilidad de trabajo.

Las secciones siguientes se ocupan, bajo dos distintos enfoques, del tema en Estados Unidos (Sección VI.2) y del área de ALC (Sección VI.3). Estados Unidos es un caso muy importante, no solamente por su tamaño, sino también por ser una excepción entre los países desarrollados al no contar con un programa universal de seguro médico. Para Estados Unidos, el trabajo de la profesora Madrian describe una literatura de investigación rica en temas del mercado laboral y el seguro de salud en ese país. Incluso cuando la evidencia no está presente en otros países, los asuntos que se presentan son de aplicación general.

La Sección VI.3 se ocupa sobre todo de los países de ALC y de las regulaciones en el sector salud. Aunque estos países pueden haber decretado el acceso garantizado a los servicios médicos, la cobertura sigue siendo baja en la mayoría de los casos, los sistemas de seguridad social continúan fragmentados, y prevalece la necesidad de desarrollar regulaciones pertinentes que harán de la meta de universalidad un objetivo alcanzable. La manera en la que los estados nacionales nivelan los principios de universalidad, integralidad y totalidad, transformándolos en metas y estándares específicos, tendrá efectos significativos en el mercado laboral. Este Capítulo intenta plasmar los puntos principales alrededor de este tema básico.

Recuadro VI.1
El Sistema de Salud en Canadá

El sistema de salud en Canadá, conocido como "medicare", provee cobertura universal y gratuita para toda la población. Se financia públicamente pero se provee de forma privada y se basa en cinco principios fundamentales: integralidad (las provincias deben proveer los servicios médicos necesarios de hospital y especialistas), universalidad (todos los residentes en las provincias están suscritos al plan), portabilidad (protección para los canadienses que se encuentran viajando fuera de su provincia), accesibilidad (los recursos financieros del individuo no deben determinar el acceso a los servicios) y administración pública (las provincias deben administrar y operar el plan de salud sin fin de lucro) (Irvine y Ferguson 2002).

La historia de la cobertura universal en salud canadiense se remonta a 1944, cuando la provincia de Saskatchewan introdujo un seguro universal de hospitalización. Para incentivar a las demás provincias para que hicieran lo mismo, en 1956 el gobierno federal ofreció compartir costos en proporciones de 50-50 si éstas realizaban las reformas. Para 1958, todas las provincias contaban con cobertura universal de hospitalización. En 1962, a pesar de las huelgas de médicos, Saskatchewan introdujo cobertura médica universal y para 1965 el gobierno federal ofreció también compartir los costos en 50-50 si las provincias cumplían con los requerimientos de universalidad, integralidad, administración pública y portabilidad. En 1971, todos los canadienses tenían garantizado el acceso a los servicios médicos esenciales, sin importar su estado de salud, ingreso, edad o condición de empleo.

Muchos médicos no estaban de acuerdo con estas reformas, por lo que se salieron del sistema y cobraron directamente a sus pacientes. La *Canadian Act* de 1984 se diseñó como respuesta a estas protestas, negando el apoyo federal a las provincias que permitieran los cobros extra y prohibiendo que los practicantes privados que se hayan salido del sistema cobren tarifas mayores a las indicadas por las provincias (Irvine y Ferguson 2002).

Recuadro VI.1 (Cont.)
El Sistema de Salud en Canadá

El seguro de salud público se caracteriza por control local, autonomía de los médicos y opción para el consumidor (los pacientes pueden elegir libremente médico y hospital). Los diez gobiernos de las provincias son los principales proveedores del cuidado de salud, teniendo que cumplir con los cinco principios para poder recibir apoyo federal. Los planes en las provincias llegan a diferenciarse, principalmente en lo que se refiere a la extensión de la cobertura de servicios más allá de los necesarios de servicio médico y hospitalización, como la provisión de fármacos, cuidado en el hogar, cuidado continuo y de largo plazo. El gobierno federal hace transferencias monetarias a las provincias, pero éstas también pueden imponer sus propios impuestos para financiar sus costos.

Un atributo principal del sistema canadiense es que el gobierno es el único asegurador. Los médicos en general se encuentran en la práctica privada y trabajan por una tarifa por servicio otorgado (bajo la condición de no cobrar por arriba de las tarifas negociadas para los médicos de medicare), como en Estados Unidos, pero en lugar de enviar la cuenta a las distintas compañías aseguradoras, la mandan al gobierno de su provincia. Los dueños de esta "compañía de seguros" son los contribuyentes, quienes tienen que decidir entre su necesidad por más servicios de salud y su habilidad colectiva para pagar por ellos (Kraker 2001).

Los planes de salud de las provincias cubren ciertos tipos de servicios conocidos como servicios esenciales. Los servicios "no esenciales" son aquéllos que caen fuera del marco legislativo (Irvine y Ferguson 2002). La *Canada Health Act* prohibe a los canadienses comprar en el sector privado un servicio que ya esté cubierto por el sistema de salud público, limitando el aseguramiento privado a cuidados complementarios. Los programas universales contribuyen a asegurar la calidad para todos extendiendo sus servicios a los grupos socialmente poderosos. Los sectores pobres y con desventajas se incluyen en el sistema sin la etiqueta de "programas especiales". Por lo tanto, la ventaja de no tener un sistema privado paralelo al público es que los grupos con mayor poder adquisitivo no pueden comprar cuidados superiores, aumentando la presión de mantener alta calidad para todos y permitiendo la solidaridad social (Bernard 1992).

Con una población que envejece y el costoso avance de la tecnología médica, el sistema canadiense de salud ha enfrentado presiones para controlar el gasto. Las provincias canadienses han enfrentado esta situación limitando el servicio. Las listas de espera y la utilización de tecnología y equipo obsoleto se han hecho problemas comunes. Los canadienses se han visto forzados a esperar no sólo para cuidados no urgentes, pero también para servicios como camas de hospital y exámenes de diagnóstico, aunque no esperan para servicios de emergencia. Este problema ha constituido un serio tema de debate en el gobierno y diversas opciones se están considerando. Como el informe Romanov (2002) señala: "El sistema no es insostenible ni irreparable, pero se requiere de acciones que mantengan el balance correcto entre los servicios que se ofrecen y los recursos que se pueden encauzar para mantener el sistema en el futuro".

VI.2 Seguro de Salud y Mercado Laboral en Estados Unidos

VI.2.1 Introducción y Motivación

En Estados Unidos, aproximadamente dos tercios del producto nacional se derivan del mercado laboral, del trabajo que realizan los individuos empleados en la producción de bienes y servicios. Esto califica fácilmente al mercado laboral como el mercado más grande de la economía de Estados Unidos, hecho que indudablemente se cumple también para el mercado laboral de la mayoría de los países. Debido a su importancia en la economía como un todo, las distorsiones que afectan la eficiente operación del mercado laboral pueden tener un enorme impacto no solamente en el bienestar de individuos específicos sino en la economía en su conjunto. Por esta razón, el diseño de políticas considera y debe considerar, la relación existente entre las instituciones y las políticas públicas que afectan al mercado laboral.

Una institución en Estados Unidos que ha recibido mucha atención recientemente por su impacto en el mercado laboral, es la provisión del seguro de salud. No existe un abastecedor universal de seguro de salud o de cuidados de salud en el país.

Sin embargo, existe un sistema conglomerado de instituciones que cubren a diferentes subgrupos de la población. Ciertos tipos de seguro de salud condicionan su provisión a que el individuo esté empleado, otros están más fácilmente disponibles para los individuos desempleados o subempleados, mientras que otros están disponibles sin importar la condición laboral. La relación entre el mercado laboral y los diferentes tipos de cobertura del seguro de salud disponibles para los individuos puede motivar a algunos a tomar diversas decisiones laborales que en otro caso no tomarían, de tal forma que el funcionamiento del mercado laboral se afecta negativamente.

Esta Sección resume la evidencia empírica sobre cómo el seguro de salud afecta los resultados del mercado laboral, centrándose principalmente en Estados Unidos, el país que ha recibido mayor atención en la investigación de temas del seguro de salud y del mercado laboral. Para entender cómo el seguro de salud afecta los resultados del mercado laboral, no obstante, primero se debe entender a las instituciones de seguridad social relevantes y cómo éstas se vinculan al mercado laboral. Así, la primera subsección resume a las principales instituciones proveedoras del seguro de salud en los Estados Unidos. Después, se presenta evidencia empírica sobre el impacto del seguro de salud en los resultados del mercado laboral, tales como la oferta de trabajo (incluyendo retiro, oferta laboral femenina, trabajo de tiempo parcial contra trabajo de tiempo completo, trabajo formal e informal) y el reemplazo laboral.

VI.2.2 Instituciones del Seguro de Salud en Estados Unidos

El tipo más frecuente de seguro médico, que cubre al 64 por ciento de la población no mayor de Estados Unidos, es la cobertura del seguro de salud provista por el empleador (Fronstin 2003). Algunos de estos individuos cubiertos, aproximadamente la mitad, reciben este tipo de seguro en virtud de su propio empleo, mientras que el resto lo recibe por ser dependientes de un cónyuge o de un progenitor que se encuentra empleado. Los empleadores en Estados Unidos proporcionan seguro de salud voluntariamente, sin embargo, muchos individuos (el 17 por ciento de los no auto-empleados) trabajan en empresas donde no se ofrecen tales beneficios (Fronstin 1999). Incluso, en las empresas donde el seguro de salud se proporciona como beneficio, no necesariamente todos los empleados son elegibles, y quienes sí lo son deben optar por la cobertura para poder recibirla. De hecho, solamente el 62 por ciento de los trabajadores asalariados son elegibles para recibir los beneficios del seguro de salud por su propio empleo, y el 17 por ciento de estos individuos rechazan la cobertura que está disponible para ellos, aunque pueden recibir seguro de salud de otra fuente (Fronstin 1999). Algunos empleadores también proporcionan seguro de salud a los empleados que se han retirado, el cual se conoce como "seguro de salud para retirados" (retiree health insurance). Actualmente, alrededor del 29 por ciento de las empresas que emplean a más de 500 trabajadores ofrecen seguro de salud a los actuales y futuros retirados (Fronstin y Salisbury 2003); la proporción de las empresas que ofrecen esta cobertura, sin embargo, ha estado disminuyendo sustancialmente con el tiempo y es probable que esta tendencia continúe.

Los diferentes tipos de programas del seguro de salud del gobierno cubren a la mayoría, pero no a toda la población que no está cubierta por el seguro provisto por el empleador. Inclusive, es interesante señalar que aún en el ámbito gubernamental no existe un programa unificado de seguro médico. El mayor programa gubernamental de seguro de salud es Medicare, el cual fue implementado en 1965 para proporcionar cobertura de seguro de salud a los individuos de 65 años en adelante, muchos de los cuales no contaban con seguro o estaban subasegurados al momento del retiro porque terminó la cobertura provista por su empleador.[1] Medicare

[1] Cuando el programa Medicare federal se implementó, los individuos sólo podían acceder a los beneficios de la Seguridad Social hasta cumplir los 65 años.

también cubre a algunos individuos menores de 65 años, específicamente los que sean discapacitados y elegibles para el Seguro Social de Invalidez (Social Security Disability Insurance). Actualmente, Medicare cubre al 96 por ciento de las personas mayores de 65 años de edad y al 5 por ciento de los individuos con edad inferior a ésta.

"Medicaid" es un programa gubernamental de seguro de salud, fundado conjuntamente por el gobierno federal y de varios estados (algunos estados llaman el programa por diversos nombres, por ejemplo, en California el programa es conocido como Medi-Cal). Históricamente, éste fue un programa de seguro de salud de asistencia pública, dirigido principalmente a las madres solteras con bajos ingresos y a sus hijos, y también fue una fuente de seguro complementario para los ancianos de bajos ingresos. En años recientes, se ha ampliado para proporcionar cobertura a las familias de ingresos modestos no elegibles por el programa de asistencia, particularmente a niños. Los estados muestran gran heterogeneidad en las condiciones de acceso para Medicaid, así como en los beneficios que se proporcionan realmente. En general, el 9 por ciento de los adultos mayores están cubiertos por Medicaid, al igual que el 12 por ciento de la población no mayor (Fronstin 2003). El gobierno federal también proporciona seguro de salud a los miembros del servicio uniformado y a sus familias. Cerca del 3 por ciento de la población no mayor está cubierto por este tipo de seguro (Fronstin 2003).

Otros tipos de aseguramiento privado abarcan a cerca del 7 por ciento de la población no mayor, y quizás hasta un tercio de la población mayor. Éstos abarcan la venta de pólizas individuales de seguro de compañías de seguros privadas (tales como *Blue Cross/Blue Shield*), la provisión de seguro a través de organismos que requieren membresía como los sindicatos o asociaciones profesionales, el seguro de salud para estudiantes de universidades, y el seguro complementario para los ancianos elegibles en Medicare (a menudo llamados cobertura "Medigap").

Este conglomerado de seguros de salud deja a muchas personas sin cobertura: aquéllos que no tienen seguro de salud a través del empleo por cuenta propia o por el de un familiar, a quien no es tan mayor o lo suficientemente discapacitado para calificar en Medicare, a quien no es elegible o declina participar en Medicaid, y a quien tampoco puede o quiere comprar un seguro de salud privado. Se estima que existen cerca de 43 millones de individuos sin seguro en Estados Unidos que representan a cerca del 17 por ciento de la población no mayor (Fronstin 2003). Debido en gran parte a Medicare, solamente una pequeña fracción de los adultos mayores (65+), aproximadamente un 1 por ciento, no cuenta con seguro.

Es interesante considerar por qué Estados Unidos, en contraste con la mayoría de los países desarrollados, tienen un sistema del seguro de salud en el cual los empleadores son los abastecedores primarios del seguro en lugar del gobierno, por lo menos para la población no mayor.[2] Estados Unidos ha rechazado en varias ocasiones las intenciones de "socializar" ya sea los cuidados médicos o la provisión del seguro de salud. La primera iniciativa, durante la década de los treinta, falló a pesar del surgimiento simultáneo de otros numerosos programas sociales del gobierno (incluyendo la Seguridad Social, el Seguro de Desempleo, y el programa de Ayuda a las Familias con Niños, el precursor de los actuales programas públicos de ayuda para las familias con bajos ingresos). El intento más reciente, también fallido, fue la iniciativa de la reforma nacional de salud de 2003 de la administración de Clinton (se han producido otros intentos fallidos en ese lapso).

Aunque hay algunos ejemplos de compañías estadounidenses que proporcionan cobertura del seguro de salud antes de la Segunda Guerra Mundial, el seguro de salud provisto por el empleador, como institución, realmente se estableció durante las dos décadas posteriores a la guerra. En ausencia de la

[2] También es interesante considerar por qué los empleadores son los abastecedores primarios del seguro de salud, pero no de otros tipos de seguro.

cobertura de un seguro de salud universal proporcionado por el gobierno, las fuerzas del mercado impulsaron a los empleadores a tomar el papel de abastecedores primarios de seguro. Las ventajas de este resultado de mercado son varias, e incluyen: una ventaja sustancial del precio dado a los empleadores a través de la legislación tributaria, ya que los gastos en seguro de salud a favor de sus empleados no son considerados como ingreso gravable ni para la empresa ni para los empleados; significativas economías de escala que derivan de proporcionar seguro de salud a un amplio grupo de individuos; y la capacidad de reunir a individuos en grupos asegurados de una manera tal que se supera en gran parte el problema de selección adversa que enfrenta el mercado individual de seguro médico.

VI.2.3 Evidencia Empírica del Seguro de Salud y los Resultados en el Mercado Laboral

Una vez entendido cómo trabajan las instituciones de seguro de salud en Estados Unidos, se puede ahora considerar la relación entre el seguro de salud y los diversos resultados del mercado laboral. Esta Sección describe algunas de las principales estimaciones empíricas de la relación entre el seguro de salud y el mercado laboral, incluyendo el retiro, el empleo, el trabajo de tiempo completo frente al de tiempo parcial y la tasa de reemplazo del empleo. Sin embargo, no se especifican con gran detalle las virtudes y debilidades de los estudios empíricos que se citan. Currie y Madrian (1999), Gruber (2000), y Gruber y Madrian (2004) proporcionan mayor detalle en cuanto a los datos y los métodos utilizados en los estudios aquí citados (al igual que muchos otros artículos), y ofrecen opiniones sobre el mérito relativo de los diversos enfoques empíricos.

Retiro y Oferta Laboral de los Trabajadores Mayores

Quizás, el resultado más importante del mercado laboral a considerar es el empleo en sí mismo: ¿cómo el seguro de salud afecta la participación individual en el mercado laboral? El impacto potencial del seguro de salud en la participación de la fuerza laboral deriva del hecho que para algunos individuos, el estar empleado es la manera más barata (y quizás la única) de obtener seguro médico, mientras que para otros individuos, no estar empleado es de hecho la manera más barata de obtener seguro médico. El seguro de salud será el factor más importante en la decisión de estar o no empleado para los individuos que dan un alto valor al seguro de salud, aquellos que esperan altos gastos médicos para sí mismos o sus dependientes. Debido a que los gastos médicos tienden a incrementarse con la edad, los individuos que se acercan a la edad de retiro deben estar particularmente interesados en mantener su cobertura de seguro médico.

No debe entonces sorprender que la mayoría de los estudios acerca de la participación de la fuerza laboral que han sido revisados en la literatura sobre seguros médicos y mercados laborales, se ocupen del retiro: ¿en qué medida el seguro de salud determina cuándo y cómo los individuos eligen retirarse de la fuerza laboral? El seguro de salud es un importante y potencial determinante de los resultados del retiro porque algunos tipos de seguro de salud son más transportables, en la transición del trabajo al retiro, que otros. Por ejemplo, el seguro de salud provisto por el empleador se pierde típicamente con el retiro; en las compañías que proporcionan cobertura de salud para el retiro, sin embargo, el seguro de salud provisto por el empleador es transportable —los individuos conservan su cobertura incluso después de que se retiran—. El seguro de salud que proviene de una fuente distinta a la del propio empleo también puede ser transportable, incluyendo el seguro de salud individual comprado en el mercado privado o la cobertura obtenida en calidad de dependiente a través del cónyuge que recibe seguro provisto por el empleador (mientras el cónyuge no pierda la cobertura).

Si el seguro de salud no es transportable a través de la transición del trabajo al retiro, la pérdida potencial de cobertura del seguro de salud asociada a la separación de la fuerza laboral crea un impedimento para el retiro. Por lo tanto, se esperaría que las tasas de retiro fueran más altas entre aquellos

individuos con seguro de salud transportable. Una vez que los individuos alcanzan la edad de 65 años y son elegibles para Medicare, la pérdida completa de cobertura del seguro de salud no es tan importante para los trabajadores previamente cubiertos por un seguro de salud provisto por el empleador. Así, después de la edad 65 años, las tasas de retiro entre aquellos con seguro no transportable ya no serán las más bajas y, de hecho, pueden aumentar si los individuos han pospuesto el retiro hasta alcanzar la edad para ser cubiertos por Medicare.[3]

La evidencia empírica sobre el seguro de salud y el retiro es congruente en gran parte con estas predicciones teóricas. Varios estudios han encontrado evidencia consistente en que los individuos a quienes los empleadores proporcionan seguro de salud para el retiro, se separan antes de la fuerza laboral que aquellos cuyos empleadores no dan este beneficio. Por ejemplo, Rust y Phelan (1997) estiman que el seguro de salud para el retiro aumenta la probabilidad de retirarse antes de la edad de 65 años desde un 12 hasta un 29 por ciento (los efectos varían con la edad); Karoly y Rogowski (1994) y Rogowski y Karoly (2000) estiman el rango de los efectos de 47 a 62 por ciento; mientras que Blau y Gilleskie (2001) estiman esta medida entre 26 y 80 por ciento. Madrian (1994) encuentra que los individuos con acceso al seguro de salud de retiro dejan la fuerza laboral entre 6 y 18 meses antes que los individuos que no tienen acceso al seguro de salud de retiro, y que además tienen una mayor probabilidad de retirarse antes de la edad de 65 años.

Los individuos que son cubiertos por un seguro de salud no basado en el empleo, por ejemplo, a través de la compra de pólizas individuales en el mercado privado, a través de asociaciones comerciales, o por Medicaid, también cuentan con un tipo de cobertura de seguro de salud que es transportable a través de la transición del trabajo al retiro. Rust y Phelan (1997) amplían su análisis a estos otros tipos de seguro de salud transportable y encuentran que, al igual que con el seguro de salud de retiro, los individuos con tal cobertura también tienen tasas más altas del retiro que los individuos que perderían su cobertura del seguro de salud al tiempo del retiro. Johnson, Davidoff y Perese (1999) se enfocan en los costos del seguro de salud relacionados con el retiro de manera más general, y encuentran que cuantos más altos sean estos costos, menos probable es que los individuos se retiren.

Un sistema de instituciones diseñado para aumentar la portabilidad del seguro de salud provisto por el empleador, tanto a través de la transición del trabajo al retiro como para otros tipos de transiciones del mercado laboral (por ejemplo, el cambio de trabajo), son las leyes estatales y federales de "continuación de la cobertura". Estos incluyen dos leyes federales bien conocidas como lo son COBRA de las siglas en inglés (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) e HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act). COBRA y otras leyes similares a nivel estatal obligan a los empleadores permitir que los empleados y sus dependientes tengan la opción de continuar comprando el seguro de salud a través del plan de salud del empleador por un período de tiempo determinado aun cuando la cobertura hubiera terminado en el esquema anterior, incluso si el trabajador no vuelve a ser empleado por la empresa.[4] HIPAA restringe la capacidad de los aseguradores de imponer exclusiones por condiciones preexistentes a los individuos que cambian su cobertura de seguro médico.[5] Ambas leyes reducen los costos en términos de la pérdida potencial de la cobertura del seguro de salud asociada tanto al cambio de trabajo como al retiro.

[3] Si los individuos valoran más su cobertura de seguro de salud actual que a Medicare, lo que no es improbable, puede existir todavía un impedimento para el retiro por no contar con cobertura de seguro de salud transportable, aun después de que los individuos pueden ser elegibles para Medicare.

[4] Minnesota, en 1974, fue el primer estado en aprobar la ley de continuación de cobertura. Muchos estados aprobaron leyes similares en las décadas siguientes. Ver Gruber y Madrian (1995, 1996) para mayores detalles sobre las leyes de continuación de cobertura.

[5] Ver Berger et al. (1999) para más detalles sobre los aspectos de portabilidad del seguro de salud del HIPAA.

Aunque no se ha hecho ninguna investigación todavía sobre el impacto de HIPAA en el retiro, Gruber y Madrian (1995) examinan el efecto de COBRA y de sus precursores a nivel estatal en el retiro. Encuentran que entre aquellos que cuentan con seguro de salud provisto por el empleador, esta ley de continuación de cobertura del seguro de salud incrementa la probabilidad de retiro en 30 por ciento; en contraste, entre aquellos sin este tipo de seguro, para los cuales las leyes no proporcionan ninguna ventaja, la ley no tiene ningún efecto en el retiro. Estos resultados confirman que el retiro es muy sensible a la disponibilidad del seguro médico.

Una cosa interesante sucede a la edad de 65 años, cuando los individuos pueden tener acceso a Medicare. Incluso para los individuos con seguro de salud del empleador que no continúa en el retiro, dejar la fuerza laboral no implica una pérdida del seguro de salud porque están cubiertos por Medicare. Por lo tanto, la elegibilidad de Medicare debe proporcionar un incentivo fuerte para el retiro para los individuos no elegibles por el seguro de salud de retiro. Y de hecho, una fracción sustancial de individuos se retira a la edad de 65 años, al hacerse elegibles para Medicare. La investigación empírica no ha podido cuantificar exactamente la magnitud del efecto de Medicare porque la edad de 65 años es también la edad normal de retiro de la seguridad social y la edad en la cual muchos planes de jubilación proporcionan beneficios de retiro completos. Con tantos otros factores que motivan el retiro y que coinciden con la elegibilidad de Medicare, es difícil cuantificar exactamente qué tan grande es cada uno de los respectivos efectos. Pero la evidencia en cómo otros tipos de seguro de salud afectan el retiro sugiere que la elegibilidad de Medicare es también un factor muy importante.

Una característica idiosincrásica de Medicare, respecto a otros tipos de seguro médico que también generan variaciones interesantes en el comportamiento sobre el retiro, es que Medicare cubre solamente a individuos y no a cónyuges o a niños dependientes. Consecuentemente, las decisiones de retiro de dos individuos sin seguro de salud de retiro que están próximos a cumplir los 65 años, uno con un cónyuge más joven y el otro con un cónyuge mayor, podrían ser completamente diferentes. Para el individuo con el cónyuge mayor, el retiro a la edad de elegibilidad de Medicare no dará lugar a una pérdida de cobertura del seguro de salud para ninguno de los esposos porque ambos estarán cubiertos por Medicare (el cónyuge de mayor edad ya contaba con este seguro). En contraste, el retiro a la edad de elegibilidad de Medicare para el individuo con un cónyuge más joven dará lugar a una pérdida de cobertura del seguro de salud para este último, si está cubierto como dependiente en el plan de seguridad del empleador y no cuenta con cobertura independiente. Madrian y Beaulieu (1998) encuentran que los hombres con esposas más jóvenes tienen menores probabilidades de retirarse que los hombres con esposas mayores hasta que sus esposas también se hacen elegibles para Medicare. Así, el retiro es afectado no solamente por la propia elegibilidad de Medicare, sino también por la elegibilidad del cónyuge a este programa.

El seguro de salud también afecta la naturaleza de la transición del trabajo al retiro. Algunos individuos cambian del trabajo de tiempo completo al retiro de tiempo completo, mientras que otros persiguen una transición más gradual del trabajo al retiro, cambiando del trabajo de tiempo completo al trabajo de tiempo parcial (trabajos llamados "trabajos puente" —bridge jobs—), y eventualmente al retiro de tiempo completo. Aunque muchos trabajadores de edad avanzada, al ser cuestionados, expresan un deseo de realizar una transición gradual del trabajo al retiro, puede ser difícil para muchos lograrlo antes de llegar a ser elegibles para Medicare y al mismo tiempo mantener su cobertura de seguro médico. Esto se debe a que el seguro de salud provisto por el empleador de Estados Unidos es típicamente contingente sobre el empleo de tiempo completo; muy pocos empleadores proporcionan los beneficios del seguro de salud a los empleados de tiempo parcial. Los individuos con seguro de salud

de retiro, sin embargo, pueden retirarse de su trabajo de tiempo completo y trasladarse a diversos trabajos de tiempo parcial o al auto-empleo, mientras mantienen su seguro de salud a través del empleador anterior. La investigación ha demostrado que los individuos con seguro de salud de retiro tienen de hecho mucho más probabilidad de realizar una transición gradual del trabajo al retiro que los individuos sin el seguro de salud de retiro (Quinn 1997). Por lo tanto, el seguro de salud que es transportable a través de la transición del trabajo al retiro parece ser una institución que permite a los individuos elegir cuándo y cómo desean retirarse.

Elegibilidad del Seguro de Salud a Través de Programas de Asistencia Pública Gubernamental y la Oferta de Trabajo

Aunque la investigación sobre cómo el seguro de salud afecta la participación de la fuerza laboral se enfoca principalmente en el retiro, los individuos mayores no son los únicos que ven afectadas sus decisiones de empleo por el seguro médico. Otra forma de cómo el seguro de salud puede afectar los resultados del mercado laboral es a través de las decisiones de los receptores potenciales de los programas de asistencia pública de participar en la oferta laboral. Una característica crucial de los dos principales programas públicos de asistencia en Estados Unidos (TANF o Temporary Assistance for Needy Families —Ayuda Temporal para las Familias Necesitadas— *y* SSI o Supplemental Security Income —Ingreso Complementario de Seguridad—) es que, además de otorgar transferencias en efectivo y otros beneficios, los receptores califican para Medicaid, el seguro de salud proporcionado por los estados a los beneficiarios de la asistencia pública y (potencialmente) a otros individuos de bajos ingresos. Los grupos que califican para estos tipos de programas —mujeres solteras que son jefas de familia de bajos ingresos, discapacitados y ancianos de bajos ingresos— tienden a calificar para trabajos de bajo salario que requieren pocas habilidades y que no otorgan seguro médico, de tal forma que la unión de Medicaid con la asistencia pública incentiva a estos individuos a inscribirse y a permanecer en los programas públicos de asistencia.

En general, la literatura sugiere que la disponibilidad del seguro médico, y en particular la de Medicaid, no tiene ningún efecto sobre la participación de la fuerza laboral de las madres solteras con ingresos bajos (Meyer y Rosenbaum 2000; Blank 1989; Montgomery y Navin 2000; Decker 1993; Ham y Shore-Sheppard 2003) o sólo un efecto pequeño (Yelowitz 1995; Moffit y Wolfe 1992; Winkler 1991). Esto es algo sorprendente dado la importancia potencial del seguro de salud para esta población y sus hijos. Por otra parte, hay evidencia de que la decisión de participar en los programas asistenciales, lo cual condiciona la decisión de participar en la oferta laboral, es muy sensible a la disponibilidad del seguro de salud (Ellwood y Adams 1990; Moffit y Wolfe 1992; Decker 1993; Yelowitz 1996, 1998a y 1998b, 2000), una conclusión relevante por sí misma y de importantes implicaciones para las políticas públicas.

La Oferta Laboral de las Mujeres Casadas

Las mujeres casadas, y en un grado inferior los hombres casados, son otro grupo cuya participación en la fuerza laboral se ve probablemente afectada por la disponibilidad de la cobertura del seguro médico. Aunque el mayor interés en el efecto del seguro de salud sobre la participación de la fuerza laboral, tanto en la política como en los círculos académicos, se ha centrado en los trabajadores mayores y en los receptores de la asistencia pública, el impacto potencial en términos de efectos agregados en las horas totales trabajadas puede inclusive ser grande para los trabajadores adultos jóvenes, particularmente las mujeres casadas que típicamente se estima que tienen una alta elasticidad de la oferta de trabajo. Dada la sensibilidad de las mujeres casadas a los cambios en el salario, también se espera una cierta sensibilidad a la disponibilidad de la cobertura del seguro médico.

Debido a que la mayoría de las compañías ofrecen seguro de salud tanto a sus empleados como

a sus cónyuges, muchas mujeres casadas reciben cobertura del seguro de salud a través de sus esposos. El que las mujeres casadas cuenten o no con un seguro de salud a través de sus esposos resulta ser un factor importante en las decisiones de trabajar y por cuánto tiempo hacerlo. Las mujeres casadas con seguro de salud obtenido a través de sus maridos presentan menor probabilidad de trabajar (de 7 a 20 por ciento), en comparación con las mujeres sin seguro de salud de sus esposos (Buchmueller y Valletta 1999; Olson 1998; Schone y Primoff-Vistnes 2000; Wellington y Cobb-Clark 2000). Entre las que trabajan, es mucho más probable que estén empleadas en trabajos de tiempo parcial, donde comúnmente no proporcionan seguro de salud, que en trabajos de tiempo completo (Buchmueller y Valletta 1999; Olson 1998; Schone y Primoff-Vistnes 2000; Wellington y Cobb-Clark 2000). Por lo que, para las mujeres casadas, la carencia del seguro de salud por parte del empleo del esposo parece tener una fuerte influencia sobre los incentivos de éstas para encontrar trabajos que les provean del seguro de salud.

Uno de los pocos estudios de seguro de salud y mercado laboral que utiliza datos distintos de Estados Unidos, es el de Chou y Staiger (2001), en donde se examinan los efectos del seguro de salud en la oferta laboral de los cónyuges en Taiwán. Antes de marzo de 1995, cuando Taiwán implementó un nuevo programa de Seguro Nacional de Salud, el seguro de salud era proporcionado principalmente por uno de los tres planes de salud financiados gubernamentalmente, los cuales cubrían a los trabajadores en los diversos sectores de la economía. Históricamente, estos planes cubrían solamente a los trabajadores y a no sus dependientes, por lo que, para la mayoría de los individuos, estar empleado constituía la única manera de obtener seguro médico. Había la excepción, aplicada a partir de 1982, de una extensión de cobertura para los cónyuges de los trabajadores del gobierno, posteriormente ampliada a sus hijos y a sus padres. Observando esta variación en la disponibilidad de la cobertura del seguro médico como dependiente, Chou y Staiger (2001) identificaron el efecto del seguro de salud en el empleo. Estiman que la tasa de participación en la fuerza laboral de las mujeres casadas con empleados de gobierno cae en cerca del 3 por ciento después de obtener cobertura como dependientes del cónyuge, en comparación con la tasa de participación en la fuerza laboral de las mujeres casadas con empleados del sector privado. Además, estiman una caída similar en la participación en la fuerza laboral de las esposas de los trabajadores del sector privado, después de ponerse en práctica en 1995 el Seguro de Salud Nacional, que hacía accesible el seguro de salud a todos los individuos. Sus resultados son corroborados ampliamente por un estudio análogo de Chou y Liu (2000) que utiliza una distinta base de datos sobre la fuerza laboral en Taiwán.

Un estudio reciente de la oferta laboral de las mujeres casadas en España encontró otra relación interesante entre el financiamiento del seguro de salud y la oferta laboral femenina (De la Rica y Lemieux 1994). En España, el cuidado médico es proporcionado por el gobierno y financiado por un impuesto obligatorio sobre la nómina que es pagado en parte por la empresa y en parte por el trabajador. El pago de este impuesto da el derecho al trabajador, su cónyuge e hijos al cuidado médico, además de una pensión y un subsidio por enfermedad. Entre los hombres, el acatamiento al impuesto sobre la nómina es casi universal. Entre las mujeres casadas, sin embargo, más de un cuarto de las que se encuentran empleadas lo hacen en la economía "subterránea", donde el pago de impuestos no es "exigible".

Solamente dos estudios empíricos han examinado el efecto del seguro de salud en las decisiones de participación en la fuerza laboral masculina de los de adultos jóvenes. El primero, de Wellington y Cobb-Clark (2000), examina el efecto del seguro de salud de los cónyuges en la decisión de empleo tanto de los esposos como de las esposas. Como se ha señalado con anterioridad, se encontraron efectos significativos del seguro de salud conyugal en la decisión de la participación de las

mujeres casadas en la fuerza laboral. También se encontró un efecto del seguro de salud conyugal en la participación en la fuerza laboral de los hombres casados: tener una esposa con seguro de salud reduce la participación de los hombres en la fuerza laboral, aunque el efecto es menos de la mitad del estimado para las mujeres casadas.

Otro estudio del seguro de salud y empleo entre hombres jóvenes, de Gruber y Madrian (1997), se enfoca en la continuación de la cobertura obligatoria, discutida anteriormente en el contexto del retiro, para considerar el impacto del seguro de salud en la transición del empleo al no-empleo y la posterior duración del no-empleo. Este estudio encuentra que la disponibilidad de la continuación de la cobertura aumenta la probabilidad de experimentar un periodo de no-empleo en cerca de 15 por ciento y también aumenta la cantidad total de tiempo gastada en el no-empleo en cerca de 15 por ciento.

La literatura empírica sobre los efectos del seguro de salud en la oferta laboral de las mujeres casadas y de otros trabajadores adultos jóvenes da un soporte fuerte y consistente a la hipótesis de que el seguro de salud afecta las decisiones individuales de participar en la oferta de trabajo. Cuando existe una fuente de seguro de salud disponible no relacionada con el propio empleo, los individuos (particularmente las mujeres casadas) tienen mucho menos probabilidades de estar empleados. Esto sugiere que la relación institucional entre el seguro de salud y el empleo puede ser un factor significativo en las decisiones del empleo de los individuos.

Existen otras características menos estudiadas sobre cómo el seguro de salud afecta la oferta laboral. Por ejemplo, la relación entre la cobertura de Medicare y la recepción de la Seguridad Social por Invalidez por parte de los individuos discapacitados con edad menor a 65 años podría actuar como impedimento para el trabajo de los discapacitados, o al menos del trabajo que podría ser suficiente para descalificarlos de pagos futuros por incapacidad y de los beneficios del seguro de salud (Medicare) que acompaña a estos beneficios.

Seguro de Salud y Opciones de Empleo

Además de afectar la oferta laboral de tiempo completo frente a la de tiempo parcial, el seguro de salud también tiene el potencial de impactar la elección inicial sobre dónde trabajar y las subsecuentes decisiones de cambio de trabajo, incluyendo la opción de si volverse o no auto-empleado. Los economistas están interesados en el tema del reemplazo de trabajo porque es el proceso por el cual los trabajadores son reasignados de un trabajo en el que eran menos productivos a otro donde son más productivos. Los impedimentos al reemplazo de trabajo que mejoran la productividad constituyen una barrera al crecimiento económico.

¿Por qué el seguro de salud afecta el reemplazo de trabajo? Hay varias razones. Una razón obvia es que no todos los empleadores ofrecen seguro médico. Los individuos que cuentan con un seguro de salud provisto por el empleador al que le otorgan un alto valor, se muestran renuentes a cambiar a una compañía que no proporciona seguro médico. Además, los individuos que no tienen seguro de salud provisto por el empleador, y al que le otorgan un alto valor, se preocuparán por encontrar trabajos cuyas compañías proporcionen seguro médico. Una evidencia interesante de este aspecto proviene del comportamiento de los hombres casados que están trabajando en lugares que no proporcionan seguro médico. Los hombres casados sin seguro de salud pero que tienen esposas embarazadas tienen el doble de probabilidad de cambiar de trabajo que los hombres casados sin seguro de salud con esposas que no están embarazadas (Madrian 1994). El nacimiento inminente de un hijo aumenta claramente el valor del seguro médico, y estos hombres responden ante la situación cambiando de trabajos, principalmente con la tentativa de encontrar uno con seguro médico.

Una segunda razón por la que el seguro de salud afecta las decisiones de reemplazo del trabajo de los individuos es que no todos los planes de seguro de salud provistos por los empleadores son iguales,

por lo menos no para un empleado que considera cambiar de trabajo por esa causa. Además de la variación en la generosidad del paquete del seguro de salud del empleador en términos de copagos, deducciones y de lo que está o no cubierto, existen dos aspectos más sutiles a considerar. El primero, es que muchos empleadores excluyen condiciones de preexistencia por cierto período de tiempo. Así, aunque un nuevo empleador y el empleador actual pueden aparentemente proporcionar cobertura idéntica, la cobertura del nuevo empleador puede de hecho ser sumamente inferior para las familias con problemas médicos, si estos problemas están restringidos bajo las condiciones de exclusión. El segundo aspecto es que los empleadores generalmente no ofrecen a los empleados la opción de elegir libremente entre el universo de proveedores médicos de los planes del seguro de salud que ellos proporcionan. Por lo tanto, un cambio del empleo que es acompañado por un cambio del seguro de salud puede también hacer necesario un cambio de proveedor médico. Los individuos que valoran las relaciones con sus actuales doctores pueden mostrarse adversos a cambiar su plan de seguro de salud, incluso si las condiciones de preexistencia no son un problema.

La investigación de Madrian (1994) sobre la relación entre el seguro de salud y el reemplazo de trabajo sugiere que el seguro de salud es de hecho un factor importante en la decisión de cambiar de empleo. Un resultado interesante es que entre los individuos que tienen seguro de salud provisto por el empleador, aquellos que también cuentan con cobertura a través del empleo de su cónyuge, están mucho más dispuestos a cambiar de trabajo que aquellos que no lo tienen. En esencia, la cobertura del seguro de salud a través del empleo del cónyuge es transportable en la transición de un empleo a otro y es una forma de evitar las exclusiones por condiciones de preexistencia que pueden estar presentes en el nuevo trabajo. Otro resultado interesante es que COBRA, además de motivar el retiro entre los trabajadores mayores, también motiva el reemplazo de trabajo entre los trabajadores adultos jóvenes (Gruber y Madrian 1994). COBRA hace que el seguro de salud provisto por el empleador anterior sea transportable a través del empleo, por lo menos por un tiempo limitado, pero lo suficientemente amplio como para evitar las exclusiones por condiciones de preexistencia.

La literatura más amplia acerca del seguro de salud y la elección del empleo se encuentra más dividida. Cerca de un tercio de los trabajos de investigación encuentran que el seguro de salud afecta significativamente las decisiones de los individuos sobre la elección de empleo. Una pérdida o ganancia potencial del seguro de salud por el cambio de empleo resulta en una barrera al reemplazo de trabajo (Cooper y Monheit 1993; Madrian 1994; Gruber y Madrian 1994; Anderson 1997; Stroupe et al. 2001). Otro tercio de los trabajos no encuentra ninguna relación significativa entre la elección de trabajo y el seguro de salud (Mitchell 1982; Holtz-Eakin 1994; Penrod 1994, Holtz-Eakin et al. 1996; Slade 1997; Kapur 1998; Spaulding 1997). Y el tercio restante encuentra evidencia que varía con la especificación empírica o el subgrupo analizado, o encuentra efectos que no son estadísticamente significativos a los niveles aceptados (Buchmueller y Valletta 1996; Brunetti et al. 2000; Madrian y Lefgren 1998; Berger et al. 2004; Gilleskie y Lutz 2002). Es interesante observar que un número importante de los estudios que encuentran un efecto significativo del seguro de salud en la elección de empleo obtienen estimaciones que son bastante similares en magnitud—la pérdida potencial de seguro de salud provisto por el empleador asociada con el cambio del trabajo reduce movilidad del empleo entre 25 y 50 por ciento (Cooper y Monheit 1993; Madrian 1994; Buchmueller y Valletta 1996; Stroupe et al. 2001).

También es interesante considerar la relación existente entre el seguro de salud y el reemplazo de empleo desde la perspectiva del empleador. Para un empleador que ofrece cobertura de seguro médico, un empleado enfermo es costoso en dos maneras. Primero, un empleado enfermo puede ser menos

productivo. En segundo lugar, un empleado enfermo (o un empleado sano con los dependientes enfermos) tenderá a demandar mayores o mejores seguros médicos. Debido a sus gastos médicos, estos empleados pueden ser blancos relativamente más atractivos para el despido. La relación entre el seguro de salud y el empleo puede por tanto tener un impacto adverso en las familias con problemas médicos si estos problemas conducen a despedidos por la demanda de mejores seguros.

El Seguro de Salud y la Demanda de Trabajo

El seguro de salud, además de su impacto sobre el empleo y las opciones de trabajo de los individuos, puede también afectar las decisiones de demanda de trabajo de los empleadores. Existen dos características de la provisión de seguro de salud que son particularmente relevantes al respecto. La primera característica es que el seguro de salud es un costo fijo del empleo. Los gastos esperados del empleador en seguro de salud no aumentan cuando las horas semanales trabajadas por sus empleados aumentan, y tampoco aumentan cuando la remuneración aumenta. Aumentan solamente cuando se contrata a más empleados. Esta característica del seguro de salud del empleador da un incentivo a las empresas para economizar los costos de proporcionar seguro de salud en dos formas. La primera es empleando pocos trabajadores pero con más horas de trabajo a la semana —ésta es una forma de mantener el nivel de producción mientras se reducen los costos por el seguro médico. El segundo es empleando pocos trabajadores pero más productivos— que puedan producir más que el empleado promedio. Cutler y Madrian (1998) proporcionan evidencia parcial de que las empresas han sustituido largas horas de trabajo semanales por menos trabajadores, pues los costos del seguro de salud se han ido incrementando en años recientes. Más aún, los efectos no son triviales. El aumento en horas semanales asociado con el incremento de los costos del seguro de salud entre los años 1980 y 1993, ha dado lugar a un cambio en las horas semanales promedio entre aquellos con seguro de salud, equivalente a la mitad del cambio del insumo trabajo que se observa típicamente en una recesión.

La segunda característica del seguro de salud que es relevante para la decisión de demanda de trabajo es la distinción entre los trabajadores de tiempo completo y los de tiempo parcial en el trato fiscal de los gastos del empleador en seguro de salud. Los gastos del empleador en seguro de salud no están generalmente sujetos de ser gravados, salvo una excepción: los empleadores deben satisfacer determinadas reglas de no discriminación establecidas por el Servicio Interno de Ingresos,[6] las cuales estipulan que si una empresa proporciona seguro médico, debe hacerlo disponible para todos los empleados. En esencia, los empleadores no pueden decidir selectivamente si proporcionarán seguro de salud a algunos empleados y no a otros, en razón de favoritismo o como medida para ahorrar costos. Sin embargo, ciertos grupos de empleados, principalmente los de tiempo parcial, temporales y estacionales, están exentos de los requerimientos de las reglas de no discriminación. Por lo tanto, los empleadores pueden negar la cobertura del seguro de salud a los trabajadores de tiempo parcial, temporales y estacionales, mientras que el gasto en seguro de salud para los trabajadores de tiempo completo sigue teniendo un tratamiento fiscal favorable. A medida que el seguro de salud llegue a ser más costoso de proporcionar, las reglas de no discriminación darán a los empleadores un incentivo para emplear a trabajadores de tiempo parcial y temporales en lugar de trabajadores de tiempo completo, como una manera de economizar los gastos en seguro. Esto podría explicar en parte el crecimiento fenomenal en la industria de servicios de los empleados de tiempo parcial en las últimas dos décadas.

[6] El Internal Revenue Service (IRS) es la oficina federal encargada de recolectar impuestos en Estados Unidos.

Una evidencia más concreta de cómo los empleadores sustituyen trabajadores de tiempo completo por los de tiempo parcial para enfrentar los altos costos del seguro de salud proviene de Hawai. En 1974, Hawai asignó por mandato la provisión del seguro de salud por parte del empleador a los trabajadores de tiempo completo, pero no a los de tiempo parcial. Thurston (1997) encuentra que las industrias más afectadas por la ley, a saber las industrias en las que relativamente pocos trabajadores de tiempo completo estaban cubiertos con seguro médico, observaron un gran incremento en la fracción de trabajadores empleados de tiempo parcial. En contraste, las industrias en las que casi todos los empleados de tiempo completo recibían ya seguro de salud, registraron pocos cambios en la fracción de trabajadores de tiempo completo frente a los de tiempo parcial.

Así, el seguro de salud afecta el tamaño y la composición de la fuerza de trabajo que las empresas emplean. En la medida en que la provisión del seguro de salud se haga más costosa, los empleadores tendrán un incentivo para reducir los costos del seguro de salud sustituyendo empleo permanente por empleo de horas extras, trabajo no capacitado por trabajo capacitado, y trabajadores de tiempo completo por trabajadores de tiempo parcial o temporal.

VI.2.4 Conclusión de la Interacción entre el Seguro de Salud y los Mercados Laborales

Existe una relación importante entre los resultados del mercado laboral y las instituciones y reglas que establecen la provisión del seguro de salud en Estados Unidos. El seguro de salud es un factor importante que afecta casi todas las decisiones sobre el mercado laboral realizadas por los individuos: de trabajar, dónde trabajar, y cuánto trabajar. Es también un importante factor en las decisiones de recursos humanos hechas por los empleadores: cuántos trabajadores contratar, a quiénes contratar, y cómo estructurar los términos y condiciones del empleo.

Estas cuestiones son quizás las más importantes no sólo en Estados Unidos, sino en los países en vías de desarrollo del mundo que actualmente están luchando por desarrollar sus propias instituciones de cuidado de salud y de seguro salud. Una importante lección que se debe aprender de la experiencia de Estados Unidos es que aun cuando el seguro de salud provisto por el empleador es una manera conveniente de financiar los beneficios sin que implique la participación directa del presupuesto del gobierno, no todos los individuos estarán cubiertos por este tipo de programa. La dependencia y el fomento de la provisión del seguro de salud del empleador resultarán invariablemente en programas de gobierno que ayuden a cubrir la brecha—es decir, cubrir a los individuos que de otra forma no estarían asegurados, ya sea total o parcialmente. Pero es la interacción entre estas distintas instituciones, algunas ligadas directamente al mercado laboral mientras que otras no, lo que da lugar a la distorsión de las decisiones del mercado laboral tanto de los individuos como de las empresas.

VI.3 América Latina

VI.3.1 Evolución en las Últimas Dos Décadas

La seguridad social en la salud en el Continente Americano ha evolucionado de manera importante en los últimos diez a veinte años. Continuamente reformas constitucionales o marcos jurídicos han creado o reformado el enfoque del derecho al acceso de los servicios de salud, al seguro de salud y hasta el concepto mismo de “salud”. Los gobiernos han intentado crear reformas que persiguen cumplir el mandato legal general y la seguridad social ha sido el centro de debates para el desarrollo y la implementación de los cambios deseados.

Para los programas de pensiones, existe un acuerdo general sobre la necesidad de integrar algunas de las funciones básicas de los programas para permitir la movilidad de los trabajadores entre actividades y segmentos del mercado laboral. Para la salud el problema de segmentación ocurre de forma distinta al caso de los sistemas de pensiones, pues la segmentación del sistema de protección

social para la salud está comúnmente ligada a distintos estándares de servicio entre los diferentes grupos de la población y agentes empleados en la provisión de servicios, de forma tal que ambos grupos actúan activamente con respecto a las iniciativas de reforma para alcanzar la integración.

El debate alrededor de la seguridad social para las pensiones ha girado en torno al cambio hacia los sistemas de capitalización individual, y hacia la forma de combinar las garantías y operaciones públicas con incentivos de ahorro y administración privados. Sin minimizar la complejidad de las discusiones en el área de pensiones, es útil entender que la variedad de problemas que prevalecen en torno a los seguros y servicios de salud ha impedido que exista una tendencia clara que defina hacia dónde se están moviendo estos sistemas.

Finalmente, los problemas financieros de los sistemas de pensiones y el peso que imponen sobre las finanzas públicas es considerable, pero al menos ha habido investigación para medir la carga fiscal y las reformas de los noventa y ochenta han avanzado para encontrar una solución, aunque aún están inacabadas en algunos casos, como se vió en el Capítulo V. Desafortunadamente, el horizonte se presenta más sombrío para el área de salud: la mayoría, si no es que todos los sistemas nacionales que pueden proveer seguro de salud se han visto desafiados por los altos costos y en algunos casos por algún grado de mala administración que los ponen en riesgo de no ser capaces de proveer un conjunto importante de servicios en el corto plazo. Mientras que para los sistemas de pensiones se prevé que los riesgos aumenten en el paso de unas cuantas décadas, para el sistema de salud los problemas financieros son inmediatos. Las presiones sociales y políticas en el área de salud también son distintas porque se ven como inminentes, y en algunos casos, de forma apropiada, como cuestiones de vida o muerte. Los reformadores han sido más precavidos al intentar incorporar cambios en la regulación y administración de las aseguradoras sociales de salud, no sólo por la oposición política o los altos costos de transición, sino también porque los puntos de vista teóricos no han avanzado hacia el desarrollo de una solución "simple". Esto no implica que la política de pensiones sea fácil de sobrellevar, pero la mayoría de los expertos destaca el hecho de que la provisión de los servicios y el seguro de salud plantean un grado especial de complejidad.

El derecho a los servicios de salud, el seguro de salud, o simplemente el tema de la "salud" ha sido desarrollado a un nivel estatutario en la mayoría de los países en las últimas dos décadas.[7] A pesar de las fuertes declaraciones de las leyes, a lo largo del Continente muchas familias permanecen todavía sin seguro o sólo tienen acceso limitado a las intervenciones de salud básicas y viven con un estado de salud menor a cualquier estándar aceptable. La exclusión de los servicios básicos de salud lleva a la exposición de mayores riesgos, mayor discapacidad y mayores tasas de mortalidad para las familias no cubiertas (Rosenberg y Andersson 2000). Se estima que más de 30 por ciento de la población de ALC está excluída de la protección social en salud.[8] Entre los grupos más desfavorecidos por la exclusión se encuentran los niños, los adultos mayores, los grupos étnicos indígenas, los trabajadores temporales o informales y los desempleados y/o subempleados, así como la todavía amplia población rural. La falta de protección social en salud agrava las trampas de pobreza originadas por el círculo vicioso pobreza-enfermedad y se traduce en necesidades de salud no atendidas, en el acceso reducido a los servicios de salud, en pobreza de largo plazo o

[7] Antigua y Barbuda, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, República Dominicana, Ecuador, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, México, Paraguay, Surinam y Venezuela han establecido el derecho a la salud o el derecho a la protección de la salud en sus constituciones. Perú confiere en su Ley General de Salud la responsabilidad al Estado de proveer servicios públicos de salud y aseguramiento universal progresivo. En diversos casos, el reconocimiento de este derecho ha sido parte de las reformas emprendidas en el sector en las décadas recientes (PAHO 2004).

[8] Ello sin tomar en cuenta aquella población que queda excluida del acceso a los servicios debido a la insuficiente oportunidad o calidad de los servicios.

Recuadro VI.2
El Sistema de Salud en Chile

El sistema de salud chileno es un sistema mixto tanto en el financiamiento como en la provisión de servicios. Para el financiamiento, combina un sector de seguridad social (público) con un sistema de seguros competitivo (privado). Estos dos componentes comparten una fuente de financiamiento: los trabajadores activos y los pensionados deben contribuir con 7 por ciento de su ingreso mensual para pagar por el seguro de salud. Cada trabajador tiene la opción de escoger entre los regímenes.

Desde el punto de vista del financiamiento, el sistema chileno recae en dos instituciones: Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES).

FONASA es el único asegurador público y cubre aproximadamente al 60 por ciento de la población, principalmente a los pobres rurales y urbanos, la clase media baja y los retirados (Manuel 2001). Los recursos de esta institución vienen de los impuestos generales (50 por ciento), contribuciones obligatorias (33 por ciento) y copagos basados en el ingreso por el uso de hospitales públicos. El tipo de seguro ofrecido por esta institución es de redistribución de la seguridad social, donde los beneficios recibidos son independientes del pago realizado. Los ciudadanos que no contribuyen de manera obligatoria están afiliados bajo la "modalidad institucional", con acceso limitado a las instalaciones públicas y con copago. Los afiliados que contribuyen tienen la opción de escoger entre los diferentes proveedores públicos y privados que han suscrito contratos con el FONASA.

Las ISAPRES cubren a cerca del 25 por ciento de la población a través de distintos planes de seguro dentro de un modelo de administración de salud, y los afiliados son principalmente trabajadores con ingresos medios y altos. La Superintendencia de ISAPRE (SISP) es la agencia regulatoria.

Desde el punto de vista de la provisión, los servicios de salud son realizados por instituciones privadas y públicas. La oferta pública viene de una amplia red descentralizada de centros de servicio de salud administrados por los municipios. Los hospitales públicos son reembolsados por el número de intervenciones médicas que provean de acuerdo a una lista de tarifas (en lugar de recibir un presupuesto). El sector privado está integrado por hospitales, consultorios, farmacias y laboratorios que se concentran principalmente en las áreas con alta densidad poblacional.

Diversos problemas se han identificado en relación al sistema de salud chileno. La atención básica de salud se provee a toda la población, pero la provisión de servicios más complejos todavía esta limitada. El sistema mixto ha resultado en una segmentación de la población: los ancianos y las personas con enfermedades de alto costo terminan en el sector público, ejerciendo presión sobre sus finanzas (Tokman 2000). Sucede de esta manera porque los aseguradores privados pueden fijar libremente las primas sobre los riesgos de la salud (las primas son de 2.5 a 5 veces mayores para los ancianos que para los jóvenes) y rechazar a potenciales compradores considerados como individuos de alto riesgo. Las personas se inscriben al sistema privado mientras están saludables y con un ingreso relativamente alto, y una vez que su riesgo médico aumenta, son forzados a cambiarse a FONASA, que termina con el segmento de la población que tiene el gasto esperado mayor y que paga las menores contribuciones.

Dado que los ciudadanos pueden escoger entre el régimen público y el privado, la redistribución en el sector salud se realiza al nivel de las ISAPRES o FONASA, de forma separada. Mientras haya selección por niveles de ingreso a cada subsistema, un acceso equitativo no se podrá lograr utilizando solamente instrumentos de seguro en el sector salud (Manuel 2001). Esto lleva a la cuestión básica que todo país debe enfrentar al diseñar un sistema de salud que combine los incentivos adecuados para la eficiencia y que permita equidad en el acceso a los servicios: la redistribución puede realizarse en el mismo sistema de salud, pero también utilizando instrumentos más amplios, como un sistema de impuestos personal y programas complementarios que asignen el presupuesto público para complementar las necesidades de grupos específicos (Kaplow y Shavell 1994).

Los problemas de información son comunes en ambos sectores. Las compañías de seguridad privadas otorgan demasiados planes de salud que resultan en información confusa y algunos de sus beneficiarios acuden al sistema público para procedimientos más caros que los planes no cubren. FONASA todavía carece de información confiable y los copagos son difíciles de establecer con base en la habilidad de pago del beneficiario.

permanente, y en el uso irracional de algunos recursos y servicios de salud como son medicamentos o servicios de urgencias (Whitehead et al. 2001). Una cuestión de especial interés es la forma en que los esquemas de financiamiento han sido modificados para compartir recursos, reducir los pagos directos (gasto de bolsillo) y promover equidad en el uso del gasto público.

También ha habido un cambio en el pensamiento social, que se refiere fundamentalmente al rol de la seguridad social. En el pasado, el objetivo de la universalidad de los servicios de salud se definió en términos de garantizar la oferta. En la última década, una nueva oleada de propuestas ha tomado fuerza, y se refiere al objetivo de garantizar protección financiera, para evitar que se ponga en riesgo la economía de los hogares y no los empobrezca debido a enfermedades o accidentes (Rosenberg y Andersson 2000). Dos corolarios importantes a esta idea son: primero, que las políticas públicas para proveer protección financiera no sólo se aplican a los pobres, sino a cualquier persona en riesgo de caer en la pobreza debido a una enfermedad o accidente; segundo, hasta para los pobres, la transferencia de subsidios monetarios no resuelve el problema del acceso a los mecanismos para enfrentar los impactos sobre la riqueza o el ingreso, que pueden deberse a eventos relacionados con la salud pero también a otros riesgos, como la pérdida de la cosecha, desastres naturales (en la ciudad o en el campo) y desempleo, entre otros. Esta idea ha creado nuevos campos de acción para los debates de política. Por ejemplo, los grupos y las familias no son vulnerables en la misma dimensión, y los programas deben ser flexibles para atender a la diversidad de actores sociales. Asimismo, el incremento del presupuesto puede no ser suficiente para resolver algunos de los principales problemas porque algunas veces los programas antiguos no poseen una estructura adecuada para ayudar a las familias a suavizar sus patrones de consumo e inversión.

Para las instituciones de seguridad social, el objetivo del "aumento de cobertura" señala un camino a seguir, pero el término ha tenido diferentes significados hasta dentro de un mismo país. Bajo esta nueva visión, la protección social implica no sólo disponer físicamente de los servicios, sino contar con los mecanismos para financiarlos principalmente a través del prepago y que minimicen el gasto de bolsillo al momento de demandar los servicios. Esto significa que la persona debería ser capaz de recibir servicios independientemente de su capacidad de pagar al momento del consumo. El principal problema con este enfoque es cómo afiliar a la seguridad social a los grupos del sistema que no han sido capaces de afiliarse en el pasado (Figueras et al. 2002).

La falta de protección social en salud se traduce en pagos directos que efectúan los hogares en el momento en que deben hacer frente a un evento adverso en salud. Algunas veces, tal vez muy continuamente, como lo demuestra la evidencia de los procedimientos preventivos o en las enfermedades o accidentes menores, las familias pueden postergar el gasto, empeorando las condiciones intermedias de la salud y provocando que se tengan que demandar indebidamente servicios de salud más costosos, como las salas de emergencia.[9]

La falta de cobertura también limita la habilidad de la seguridad social para diversificar los riesgos y enfrentar los eventos más costosos que imponen un riesgo el sustento financiero del sistema. La epidemia del HIV/SIDA es un ejemplo. Como se discute en el Capítulo VII de este Informe, los pagos a este tipo de enfermedades por la seguridad social en un país de baja cobertura lleva a la dependencia excesiva de los fondos de la seguridad social para tratar la enfermedad, porque siempre resulta complicado que un programa público rechace pacientes, y para este caso en particular, el aumento del número de infectados y los costos ha sido muy rápido. Con menor velocidad y urgencia, el problema se repite

[9] Se entiende por gasto catastrófico cuando una familia destina más del 30% de su ingreso disponible o capacidad de pago al financiamiento de la atención de salud, OMS 2000.

para enfermedades en los riñones, diabetes y cáncer, entre otras enfermedades que tienen que ser tratadas por la seguridad social, aun cuando históricamente la baja cobertura puede corresponder a una baja afiliación y habilidad para diversificar los riesgos.

El impacto del gasto de bolsillo se captura solamente de manera parcial a través de los gastos catastróficos. En adición a este efecto, está el hecho de que muchos hogares pueden simplemente estar excluidos del todo del acceso a los servicios ante la incapacidad para sufragarlos directamente. Tres factores asociados a la presencia de gastos catastróficos han sido identificadas con base en la evidencia de 59 países, de los cuales 13 pertenecen al Continente Americano: el financiamiento de servicios mediante gasto de bolsillo, la baja capacidad de pago de los hogares, y la falta de esquemas de prepago o aseguramiento en salud Xu, et al. (2003). El concepto de gastos catastróficos está medido en relación a la habilidad de pago de los hogares y no en sentido absoluto. La misma evidencia internacional presentada por Xu (et al. 2003), indica que el financiamiento de la salud a través del gasto de bolsillo es regresivo, impidiendo el alcance del principio fundamental de equidad que está presente en la mayoría de los países. Entre los países de Europa Occidental y Norteamérica, sólo Portugal, Grecia, Suiza y los Estados Unidos tienen mas de 0.5 por ciento de hogares con gastos catastróficos en un año dado. Utilizando datos para el período 1992-97 se encontró que en países menos desarrollados la mayor proporción de hogares con riesgos catastróficos se ha identificado entre los países en transición (Azerbaiján, Ucrania, Vietnam y Camboya), mientras que los países Latinoamericanos tienen una menor incidencia que los anteriores (Argentina, Brasil, Colombia, Paraguay y Perú).

La evidencia indica que hay una relación positiva entre la proporción de hogares con gastos catastróficos en salud y la participación del gasto de bolsillo en el gasto total en salud. Un incremento de 1 por ciento en la proporción del gasto total en salud proveniente de pagos de bolsillo está asociado con un incremento promedio en la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos de 2.2 por ciento. Argentina, Colombia, México y Tailandia tienen una participación del gasto de bolsillo en el gasto total en salud entre 40 y 45 por ciento y gastos catastróficos en un rango de 0.8 por ciento en Tailandia hasta un 6.3 por ciento en Colombia (estas cifras se refieren al porcentaje de hogares que incurre en gastos catastróficos).

El principal mensaje de este análisis es que el prepago mediante la seguridad social, aseguramiento privado u otros mecanismos públicos o privados pueden reducir sustancialmente el riesgo de los hogares de enfrentarse a una condición económica catastrófica debido a eventos adversos a la salud.

Para la mayoría de los países de ALC, la planeación y las expectativas de los gobiernos de cada nación en el siglo XX ha recaído en gran parte en el crecimiento de la seguridad social. En las décadas que sucedieron a la Segunda Guerra Mundial, se esperaba que la industrialización y urbanización apoyaran el rápido crecimiento de las instituciones de seguridad social (Rosenberg y Andersson 2000). Sin embargo, para la década de los setenta comenzó a observarse que la proporción de trabajadores asalariados en las economías de ALC se estaba estabilizando en niveles muy por debajo de los observados en Norteamérica y Europa Occidental, y que las formas alternativas de empleo dejarían a muchas familias trabajadoras fuera de la cobertura de la seguridad social. Esto significó que el enfoque de la asistencia pública, que financia el aumento de la oferta de servicios de salud para la población por medio de los gobiernos federales o locales, permaneció como la principal estrategia para solucionar el problema en la región. Las instituciones de asistencia pública rara vez trabajaron en el desarrollo de un enfoque de administración de riesgos y en general no tuvieron como estrategia el intentar integrar su oferta con la financiación u oferta de seguridad social (es común que en la región de ALC la seguridad social no sólo está encargada del financiamiento, sino que también provee los servicios

de salud). Los sistemas nacionales de salud crecieron como sistemas conformados por dos o tres regímenes, donde los trabajadores asalariados en puestos estables recibían financiamiento y servicios de la seguridad social, mientras que los pobres, los trabajadores del sector informal, los campesinos y otros grupos en desventaja recibían servicios de otros proveedores públicos de menor calidad. El tercer régimen ha sido un amplio sector privado que provee servicios para toda la población y que complementa las deficiencias de los servicios públicos ofreciendo servicios mejorados para aquéllos que pueden comprarlos.

Mientras que algunas reformas comenzaron en los ochenta, para el nuevo milenio el problema de la falta de cobertura de la seguridad social o de cualquier tipo de seguro fue de principal importancia en la zona de ALC. Como se ha discutido en este Capítulo para Estados Unidos, la relación entre el mercado de trabajo y el seguro de salud es muy estrecha en los países desarrollados. Para ALC, la relación también es estrecha y las instituciones de seguridad social tradicionales, financiadas con impuestos sobre la nómina, han tenido problemas para aumentar la cobertura a nivel nacional en las últimas dos décadas.

En ocasiones, el debate político de aumentar la cobertura se dirige hacia el desarrollo de un modelo de salud tipo "Bismarck" o un modelo tipo "Beveridge" para la protección social (Feachem 2002). Lo que significa es que los países tienen la opción de dirigirse hacia sistemas de protección universal ("modelo de Beveridge"), que implica la disminución o eliminación de los impuestos sobre la nómina (pieza clave del "modelo de Bismarck") para dar acceso a los servicios de salud a toda la población. Sin importar la etiqueta, es útil pensar acerca de las opciones políticas que los gobiernos nacionales y la institución (o instituciones) de seguridad social tienen para enfrentar este problema. La cercana relación entre la protección social y el contrato de trabajo, la necesidad de coordinar la compleja red de proveedores de servicios de salud y las relaciones entre usuarios y oferentes implica que una política exitosa no se limita a la decisión de financiarse con impuestos generales o con impuestos sobre la nómina. El desarrollo de mecanismos para alcanzar el acceso universal a la protección social tendrá que enfrentarse con problemas como la manera óptima de mancomunar recursos, diversificar riesgos y la forma en que los servicios financieros deben asignarse eficientemente.

VI.3.2 Fragmentación y Alternativas para Aumentar la Cobertura del Seguro de Salud

Los problemas de la fragmentación en los sistemas de seguridad social discutidos en el capítulo V se aplican también al área de salud, con una adicional y considerable complicación: en la zona continental de ALC la seguridad social fue frecuentemente desarrollada como un solo programa de seguros para los riesgos de trabajo, salud y pensiones (incapacidad y vejez). Las reformas de los ochenta y especialmente de los noventa algunas veces han separado los programas, y actualmente las instituciones de los programas de pensiones trabajan independientemente de las instituciones de los programas de salud. Además, si existía una condición inicial de fragmentación en la seguridad social, ésta comúnmente se ha transmitido a las nuevas instituciones. Hay excepciones importantes y en Colombia, Costa Rica y Chile se han desarrollado políticas explícitas para reducir la fragmentación del acceso a los flujos financieros públicos para la salud. Tanto en salud como en pensiones, una multiplicidad de aseguradoras o proveedores no garantiza el aumento de alternativas para los usuarios, quienes generalmente están afiliados con el proveedor especificado en su contrato de trabajo o por alguna otra característica (Rosenberg y Andersson 2000).

Uno de los principales objetivos de las reformas ha sido impulsar la separación de las funciones de financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios con el objeto de mejorar la eficiencia y la equidad al facilitar el acceso a los servicios y permitiendo la movilidad de los flujos financieros

entre los proveedores. Se cree que al atar la asignación de los recursos (la función financiera) a la provisión de servicios lleva a la ineficiencia y a la falta de acceso (Chernichovsky 2000).

Algunas reformas recientes han intentado separar las funciones de financiamiento y provisión de los sistemas de salud. Cada país ha seguido una ruta que responde a sus circunstancias históricas, instituciones y objetivos de política, pero ha habido consenso acerca de la necesidad de aumentar la protección tanto por los asegurados como para los no asegurados. Las diferentes tendencias se pueden agrupar en dos vertientes. La primera es la representada por el intento de aumentar la formalización de la economía de forma que la seguridad social provea aseguramiento en salud a muchas más familias, manteniendo otros programas públicos asistenciales o no contributivos mediante ministerios de salud que han evolucionado en el uso de programas focalizados o con prueba de medios para los beneficiarios (es decir, en los cuales se debe demostrar cierta necesidad para recibir el apoyo público). Estos sistemas están comúnmente fragmentados, con diferentes esquemas para el aseguramiento y para la provisión de servicios. La segunda vertiente ha sido seguida por países que intentaron implementar nueva políticas para garantizar la cobertura universal, lo cual en general conllevó alguna separación de la cobertura de salud de otras ramas de la seguridad social y el deslinde total o parcial del pago de los impuestos sobre la nómina con el acceso a los servicios de salud (lo cual frecuentemente ha implicado un mayor nivel de financiamiento de los ingresos generales del gobierno). Tal vez el esfuerzo más ambicioso en la zona de ALC ha sido el de Costa Rica, pero Colombia también es una importante alusión a este caso.

En la práctica, la existencia de proveedores fuertes integrados verticalmente (esto es, regímenes separados que controlan el financiamiento y la provisión de servicios para un grupo social, con pocos o ningún flujo de presupuesto y pacientes entre ellos), complica la adopción de políticas públicas o instrumentos de mercado y en general dificultan la coordinación directa o la regulación de las instituciones que proveen seguro y servicios. Esta declaración no debe verse como una característica negativa de los sistemas donde los procesos de aseguramiento y provisión están integrados verticalmente. Una gran parte del sector de salud en Estados Unidos está integrado verticalmente y, por otro lado y en general, las organizaciones de salud en el mundo también suelen tener integración vertical al controlar los flujos financieros y los contratos de servicios finales. Los problemas de ineficiencia resultan de la relación del sistema con el mercado laboral: cuando al seguro de salud le falta portabilidad y cuando la demanda de los pacientes de cuidados médicos especiales no puede dirigirse hacia el proveedor más conveniente (y el servicio tiene que ser tomado en las instalaciones controladas por la institución aseguradora). Por lo tanto, en el grado en que los trabajadores puedan demandar servicios entre los diferentes proveedores de seguro y servicios, y los pacientes puedan escoger entre las instalaciones más convenientes, la integración vertical del seguro y la provisión de servicios no implica una solución socialmente ineficiente. Sin embargo, el problema en la mayor parte de ALC es que históricamente el sistema ha desarrollado una integración vertical aunada a restricciones a la movilidad de los trabajadores y pacientes entre los sistemas de seguridad social. Se puede observar que aun si todos los hogares estuvieran cubiertos por algún tipo de seguro, la fragmentación del sistema sería perniciosa si la movilidad del trabajo o de pacientes estuviera restringida.

Uno de los países que ha realizado esfuerzos más deliberados para resolver el problema de la fragmentación es Colombia, a través de la Ley 100 de 1993. Todos los residentes del país deben afiliarse a un plan de seguro, ya sea público o privado, nacional o local, con o sin fines de lucro. Al igual que en otros países, muchos hogares reciben seguro a través de planes relacionados con su trabajo. La Ley 100 prohíbe la discriminación y destina recursos para financiar a

los hogares con baja capacidad de pago. De forma más limitada, la reforma argentina de 1996 a las Obras Sociales permite a los afiliados elegir a qué Obra afiliarse y establece subsidios para deslindar la cotización con el derecho de recibir atención médica (ver Recuadro VI.3). El reto en ambos casos, ha sido no sólo organizar los flujos financieros sino especificar un paquete mínimo que toda aseguradora debe ofrecer, aumentando a la vez la capacidad reguladora de las instituciones nacionales (Figueras et al. 2002).

Los dos enfoques no son excluyentes. Para ampliar el alcance de los programas "tradicionales" de seguridad social o para abrir nuevos canales para el flujo de financiamiento para la provisión de servicios puede resultar una estrategia fructífera el separar el financiamiento de la provisión de servicios. Dado que el sector público ya gasta montos significativos de recursos presupuestarios en servicios de salud para los no asegurados, tiene sentido el crear instituciones que administren tales recursos desde un punto de vista de la seguridad social, permitiendo a estos hogares asegurarse a un muy bajo costo o totalmente subsidiados, pero también implementando mecanismos efectivos que permitan el movimiento de estos hogares hacia las instituciones de seguridad social tradicionales y permitiendo también la integración de la oferta de instalaciones y recursos.

Recuadro VI.3
El Sistema de Salud en Argentina

La constitución argentina garantiza el acceso a la atención médica para toda la población, hasta para los no ciudadanos. Para este fin, se diseñó un sistema de salud de tres sectores. El sector de seguridad social, administrado por sindicatos de comercio y profesionistas conocido como Obras Sociales (OS) es el principal proveedor del seguro de salud y cubre a cerca de la mitad de la población. El sector público ofrece un programa de seguridad social conocido como Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), que asegura a los ancianos y discapacitados; también ofrece cuidado y hospitalización para los no asegurados. Estos dos sectores se financian por impuestos sobre la nómina. Finalmente, el sector privado ofrece planes de prepago para una minoría pequeña y mayor ingreso familiar. Se supone que estos tres sectores cubren a todos los individuos del país, pero la realidad es que el sistema es aún segmentado (Cavallo 2002).

La seguridad social en Argentina ha evolucionado de forma particular: los trabajadores eran automáticamente afiliados (sin la opción de salir) a un régimen de salud administrado por sindicatos. El riesgo y financiamiento de cada régimen dependía de la actividad o industria que el sindicato representaba. También se creó un fondo de redistribución para ayudar a las OS más pobres, pero los beneficiarios de este fondo no fueron los grupos con menores ingresos sino aquéllos sindicatos con más poder político.

Las OS se crearon en 1970 y desde entonces han estado operando con una responsabilidad limitada. La afiliación obligatoria y cautiva de los trabajadores y empleadores evitaba la competencia. Estos factores, aunados a los cambios en la economía (aumento del empleo informal, evasión fiscal y desempleo) dieron paso a una caída y mal manejo de los fondos para la provisión de salud. Los trabajadores con mayores ingresos compraron seguros privados mientras que los de menores ingresos asistían a hospitales públicos, disminuyendo el número de afiliados a las OS. Esta sustitución de servicios no afectó el régimen: las OS seguían recibiendo un ingreso garantizado aun si no proveían ningún servicio. Este fenómeno de doble cobertura trajo ineficiencia en el sistema (Cavallo 2002).

Se intentaron reformas para resolver este problema y fue en 1997 que las OS comenzaron a competir, pero sólo entre ellas mismas y con poca movilidad, probablemente por los problemas generales de información que son inherentes al sector salud.

Recuadro VI.3 (Cont.)
El Sistema de Salud en Argentina

Los afiliados insatisfechos de las OS buscaron asistencia médica en el sector público. Los hospitales públicos se diseñaron principalmente para los no asegurados y la creciente demanda ha resultado en una escasez de fondos. En 1995 se permitió a los hospitales públicos cobrar a las OS por los servicios prestados a sus beneficiarios, pero los pagos se hicieron rara vez. Como resultado, los servicios y el equipo médico se deterioraron, y la ya deficiente administración y la falta de información sólo empeoraron las condiciones del sector público.

El principal problema del sistema de salud Argentino no es el financiamiento, que alcanzó el 11.4 por ciento del PIB en 2001, sino la mala asignación de esos fondos (Cavallo 2002).

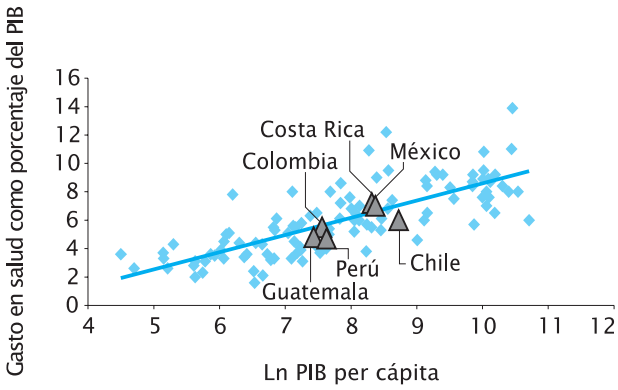
Estos problemas, aunados a la crisis de 2002 la cual forzó el recorte de gastos de la mayor parte de los programas de salud mientras la demanda de servicios públicos aumentaba por parte de aquellos individuos que ya no podían pagar seguro privado, resultó en un racionamiento de los servicios de salud y un acceso limitado a las medicinas.

VI.3.3 Factores que Han Facilitado o Permitido las Reformas

Para incrementar la cobertura del aseguramiento en salud se observan dos elementos que se pueden considerar como necesarios. El primero es que la financiación de la salud esté desvinculada del tradicional impuesto sobre la nómina que financia las pensiones y otros subsidios económicos. El segundo, aumentar la inversión en salud mediante recursos públicos derivados de impuestos generales. Los Capítulos III y IV de este Informe muestran que el problema del mercado de trabajo informal y no asegurado está asociado en gran medida con el auto-empleo, la poca calificación de los trabajadores y la incapacidad para ahorrar.

El gasto en salud en los países de ALC se encuentra entre el 4 y 8 por ciento del PIB (Gráfica VI.1). Brasil, Costa Rica y Chile cuentan con las mayores tasas de cobertura y también con las mayores tasas de inversión. Una excepción es Colombia, donde un bajo nivel de gasto se observa después de 1997 debido al deterioro de la situación económica en general.[10]

Gráfica VI.1
Gasto en Salud y PIB per capita, 2001



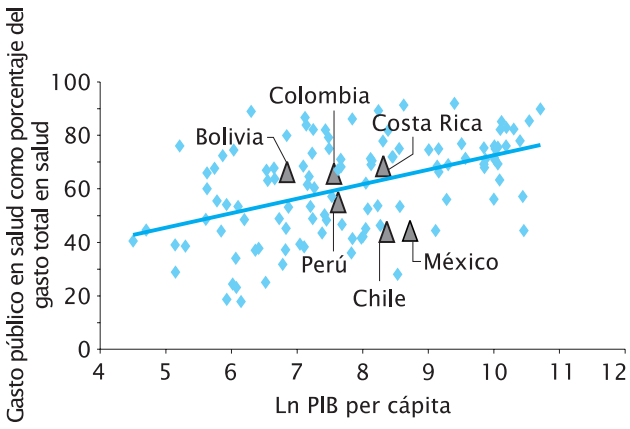
Fuente: El PIB per cápita se aproximó con el Ingreso Nacional Bruto. Banco Mundial (2001). La proporción de gasto en salud respecto al PIB para 2001 se obtuvo de la OMS (2004).

[10] Las cifras de gasto en salud reportadas por Colombia en la OPS indican un gasto mayor como porcentaje del PIB. Sin embargo, se ha documentado que en los años en que entró en vigor la Ley 100 se incrementó significativamente el gasto en salud, principalmente público. Aunque el crecimiento ha sido significativo, al parecer el gasto público ha sustituido el gasto privado.

En términos de prioridades en el presupuesto (Gráfica VI.2), se observa que países como Colombia, Bolivia y Costa Rica son países donde el gasto en salud es más importante como parte del gasto gubernamental total; en México, las actuales discusiones están haciendo de la salud un tema de alta prioridad. Colombia, Chile y Costa Rica tienen los menores niveles de gasto de bolsillo (Gráfica VI.3) mientras que México mantiene los niveles más altos debido a la baja cobertura del seguro de salud. Finalmente, otra cuestión importante es que un bajo nivel de gasto de bolsillo está asociado con mejores resultados en salud.

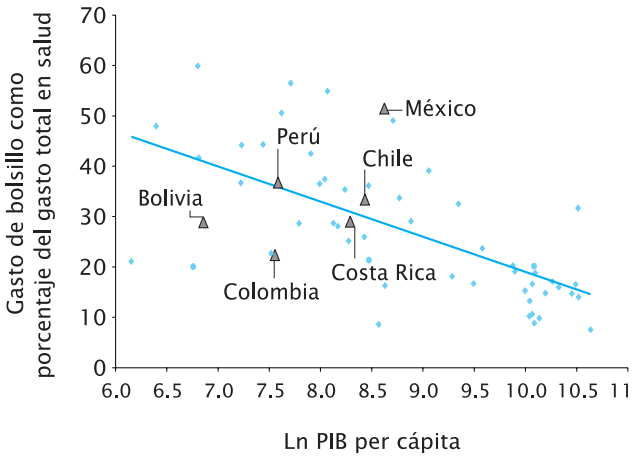
El Capítulo IV de este Informe describe las reformas más significativas de los sistemas impositivos en el trabajo para el Continente, lo que ha redefinido el escenario por los últimos veinte años. La Gráfica VI.1 da algunos indicios sobre la importancia del sistema de impuestos en las políticas de los seguros de salud, pues existe una clara relación entre la habilidad del sector público para recolectar sus ingresos y la habilidad del sector público para gastar en salud.

Gráfica VI.2
Participación del Gasto Público en el Gasto Total en Salud y Nivel de Ingreso, 2001



Fuente: El PIB per cápita se aproximó con el Ingreso Nacional Bruto, Banco Mundial (2001). El gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud para 2001 se obtuvo de la OMS (2004).

Gráfica VI.3
Gasto de Bolsillo en Salud como Porcentaje del Gasto Total en Salud y PIB per capita, 2001



Fuente: El PIB per cápita se aproximó con el Ingreso Nacional Bruto, Banco Mundial (2001). La proporción de gasto de bolsillo respecto al gasto total en salud se obtuvo de la OMS (2004).

Dado que hay algunas lecciones claras sobre la reforma de salud, una pregunta pertinente es por qué la reforma comprehensiva a la salud no se observa frecuentemente. La estrategia de esperar hasta el crecimiento de largo plazo de los regímenes tradicionales de seguridad social gradualmente ha perdido atractivo, y la consolidación del auto-empleo y de la economía informal sugiere que existe una necesidad de proveer a los sistemas nacionales de seguridad social con nuevas herramientas.

La restricción fiscal es un obstáculo que debe plantearse claramente. La fragmentación de la seguridad social frecuentemente se asocia con niveles heterogéneos en la cantidad y calidad de los servicios percibidos por los distintos grupos de la población, así como a la larga historia de operación de las corporaciones, de las asociaciones de trabajo y comercio, y otros agentes sociales que tienen algún interés particular en la forma en que el sistema funciona. Estas preocupaciones son, en general, legítimas porque tienen que ver con la protección de la calidad y cantidad de los servicios recibidos y de la protección financiera de la que ya gozan estos grupos. Una reforma que busca la universalidad con

reducción en el nivel de beneficios que perciben algunos grupos está destinada a enfrentar una oposición considerable. Por esta razón, desvincular el aseguramiento de la función de provisión de servicios comúnmente implica aumentar el nivel de subsidio para los grupos no asegurados. Desde esta perspectiva, la discusión del Capítulo IV acerca de la tendencia observada hacia un menor impuesto al ingreso y al impuesto sobre nómina, así como mayores impuestos al valor agregado toma relevancia adicional, porque el IVA parece ser una herramienta fiscal básica utilizada en Europa y en partes de Sudamérica para garantizar el acceso al seguro de salud.

Considerando la lista de objetivos de política de Chernichovsky (2000) para avanzar en la cobertura de grupos como los campesinos, los auto-empleados, los trabajadores migrantes y otros grupos en la economía informal, puede ser útil delinear el balance de universalidad, comprehensividad y completitud que un sistema de seguridad nacional debe alcanzar. Por ejemplo, la reforma colombiana de 1993 o la del Seguro Popular en México, aprobada en 2003, apuntan hacia la promoción de la equidad medido como el aporte fiscal que el gobierno nacional da a todas las familias, reconociendo que existen diferencias en los servicios percibidos, pues algunas familias contribuirán con recursos privados adicionales a sus planes de salud. Canadá tiene unos estándares más refinados y trata de evitar la estratificación del sistema de provisión final, mientras que el enfoque de Cuba es proveer el mismo estándar de integralidad y totalidad para todos. Esta ponderación de opciones de política puede hacer posible el desarrollo de una política con fuerte intervención gubernamental que regule el flujo de los fondos necesarios para garantizar el seguro de salud para todas las familias, mientras permite una diversidad de proveedores y planes especiales.

Este Capítulo ya ha mencionado cómo el "derecho a la salud" ha sido promulgado en la mayoría de los países de ALC. Pero en la ausencia de estructuras fiscales y financieras necesarias para facilitar el desarrollo de planes de seguro y su operación coordinada, y de consistencia entre la regulación de la salud y del trabajo, tal derecho puede permanecer sólo como declaración. También puede mencionarse (aunque no es el tema central de este Informe), que las instituciones de seguridad social involucradas en la provisión de servicios están frecuentemente necesitadas de reformas organizacionales en las áreas de compras y provisión de servicios, para permitirles que reduzcan sus costos y que provean servicios más atractivos para los trabajadores que prefieren laborar en la economía informal.

CAPÍTULO VII
SEGURIDAD SOCIAL DIRIGIDA A TRATAR EL VIH/SIDA EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA. FINANCIAMIENTO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO Y TRATAMIENTO

CAPÍTULO VII
SEGURIDAD SOCIAL DIRIGIDA A TRATAR EL VIH/SIDA EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA. FINANCIAMIENTO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO Y TRATAMIENTO

VII.1 Introducción

Las enfermedades emergentes han planteado nuevos desafíos a los sistemas de salud en el ámbito humano, tecnológico y financiero. Una de estas enfermedades es el VIH/SIDA, la cual incluye el hecho de que el número de personas que requieren gastos de salud muy caros se ha incrementado sustancialmente en un periodo corto de tiempo. Las políticas públicas se enfrentan a la decisión de cómo crear el mejor uso de los recursos disponibles para ampliar la cobertura, el acceso y la calidad de los servicios para VIH/SIDA, mientras continúan enfrentándose a otras demandas de salud. Frecuentemente, los programas de seguridad social contribuyen en gran parte a atender la carga financiera. Sin embargo, muchos países carecen de información confiable, la cual es necesaria para un proceso de diseño de políticas fuertes. Para poder dar prioridad y optimizar la asignación y uso de recursos es esencial tener información sobre el monto total, así como de las fuentes, la entrega y los usos de recursos disponibles.

En muchos países en vías de desarrollo la pandemia tiene límites sociales y económicos estrechos y está compitiendo en presupuestos públicos con otras demandas sociales. Es importante notar que los tratamientos de VIH/SIDA son muy caros en comparación con otras enfermedades. Como consecuencia, a finales de 2002, 370,000 personas en América Latina y el Caribe necesitaban tratamientos a través de terapia de antirretrovirales (ARV) y sólo el 53 por ciento de ellas fue cubierta; 60 por ciento de estas personas residían en Brasil (Olivera et al. 2004). La gran mayoría de gastos de VIH/SIDA son financiados por recursos públicos. Esto incluye al gobierno directamente, por ejemplo (ministerios de salud), así como otras fuentes de seguridad social.

Este Capítulo incluye los resultados de un esfuerzo por recolectar y compaginar información de gastos de la seguridad social en VIH/SIDA de la mayor cantidad posible de países en el Continente Americano. Muchos países carecen de la información confiable necesaria para estimar el nivel actual de financiamiento agregado y los prospectos para fondos crecientes. También se necesita información para estimar la asignación de gasto para programas prioritarios y grupos de la población específicos. Las cuentas nacionales de VIH/SIDA se han convertido en un enfoque asequible y útil para entender las políticas (Izazola-Licea 2000a, 2000b, 2000c, y SIDALAC 2001).

Este Informe contiene elementos que pueden ayudar a planear mejores políticas en la lucha, reconociendo las características específicas de esta epidemia en el Continente Americano. La información recolectada en este estudio fue utilizada para determinar el grado en el cual 21 países han asignado recursos para respaldar el financiamiento de la

seguridad social dirigido al VIH/SIDA. Adicionalmente, este estudio analiza las lecciones aprendidas de los procedimientos iniciales con respecto a las respuestas sociales organizadas hacia el financiamiento de VIH/SIDA y de las mejores prácticas observadas.

Para este Informe, algunas fuentes de búsqueda usadas para obtener información fueron: la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC), el Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial (BM), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la Fundación de la Familia Kaiser (KFF), Health Canada, el Caribbean Epidemiological Centre (CAREC), y el Reporte sobre la Epidemia Global 2004 (Report on the Global Epidemic). Adicionalmente, se encontraron varios estudios en la literatura, bases de datos electrónicas, de cuerpos gubernamentales de regulación, instituciones de investigación y economistas individuales especializados en salud consultados para este Informe.

La información de los gastos nacionales y en seguridad social en VIH/SIDA se obtuvo de SIDALAC para países en vías de desarrollo, de la KFF para Estados Unidos y de los reportes anuales de seguridad social en los diferentes países del Caribe-Anglo. El nivel de gasto en VIH/SIDA se estimó usando fuentes secundarias de información, reportes oficiales y encuestas específicas. Los gastos fueron clasificados por fuente (pública, privada, internacional), por el uso de fondos (prevención, cuidados), por objetivo y por el tipo de institución proveedora. Todas las gráficas monetarias reportadas por SIDALAC se citan en moneda estadounidense.

Es necesario especificar algunos de los conceptos usados usualmente en este Capítulo. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) es la interrupción o incapacidad de ciertas partes del sistema inmunológico para funcionar, haciendo a una persona susceptible a enfermedades ("infecciones oportunistas") que por lo general no se desarrollarían. El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es el retrovirus aislado y reconocido como la causa del SIDA. Generalmente, existe un período de tiempo en el cual las personas están infectadas con VIH, pero no desarrollan SIDA. Los tratamientos Antirretrovirales (ARV) consisten en medicamentos usados para el VIH/SIDA que retrasan la manifestación de SIDA o muerte prematura. El tratamiento ha evolucionado en los últimos 20 años desde el inicio de la epidemia, de no tener un tratamiento a tener tratamientos con un solo medicamento (AZT), a terapias de medicamento-dual y, actualmente, a terapias de antirretrovirales altamente activos (Highly Active Anti-Retroviral Therapy). HAART es un tratamiento más efectivo, ya que utiliza por lo menos tres ARV activos, se prescribe a personas con VIH positivo, incluso antes de que desarrollen síntomas de SIDA.

VII.2 Perfil Epidemiológico

Globalmente, a finales de 2002 existían 42 millones de personas viviendo mundialmente con VIH, y de éstos, 3 millones vivían en el Continente Americano (UNAIDS 2002). A finales de 2002, había un estimado de 980,000 casos de VIH/SIDA en América del Norte, con 45,000 personas recientemente infectadas durante el mismo año. El Caribe es sede de algunas de las tasas de infección más altas en todo el mundo después de África en el sub-Sahara, con un predominio de adultos superior al 4 por ciento en algunos países. En tan sólo 2002, un estimado de 440,000 personas vivían con VIH/SIDA en el Caribe con 60,000 infectados recientemente durante 2002, y otros 1.5 millones vivían con la infección en América Latina, con un estimado de 150 mil recién infectados durante 2003. Aproximadamente, el 57 por ciento de los casos en América Latina y el Caribe están en Brasil (CDC 2001). A nivel continental, Estados Unidos, Brasil y Haití contaban con el 66 por ciento del total de personas estimadas viviendo con VIH en 2001. América Central tiene una alta tasa de predominio adulta (población de 15 a 49 años): los seis países en ALC con mayores tasas son Guyana, Belice, Honduras,

Panamá, Surinam y Guatemala, cuatro de los cuales están en América Central.

La epidemia de VIH/SIDA en América Latina cae en el marco de un ajuste endémico bajo. En promedio, los países en América Latina estiman un predominio de VIH entre las edades de 15 a 49 años de 0.5 por ciento. En la mayoría de los países de América Latina la epidemia está aún concentrada en poblaciones de alto riesgo: hombres que tienen sexo con otros hombres (MSM), usuarios de drogas inyectadas (UDI), trabajadores comerciales de sexo (CSW), prisioneros y personas con infecciones de transmisión sexual (STI). Algunas de las excepciones están en Brasil, Honduras, Guatemala y Belice, donde la epidemia parece que se transmite de manera heterosexual y está aumentando rápidamente. El sexo entre hombres y el uso de drogas inyectadas juega un papel significativo en las transmisiones de VIH en el Cono Sur. También hay otras poblaciones con una creciente vulnerabilidad, como la gente joven y las mujeres. Además, en algunos países el efecto del SIDA en comunidades rurales está creciendo de manera rápida. El predominio de VIH varía considerablemente entre países de la región de ALC, de una incidencia de menos de 0.03 por ciento en Cuba a casi 6 por ciento en Haití. El predominio estimado en adultos en Estados Unidos es entre 0.6 y 0.8 por ciento, el mayor en los países desarrollados (Cuadro VII.1).

En Canadá, el contacto heterosexual y el uso de drogas a través de inyecciones se han ido incrementando como factores primarios de riesgo en casos reportados de VIH (Health Canada 2000). En Estados Unidos, estimaciones realizadas por el Centro Estadounidense para el Control y la Prevención de Enfermedades establece que la mitad de las nuevas infecciones en hombres y cerca de dos tercios

Cuadro VII.1
Número de Niños y Adultos con VIH/SIDA en Norte América y América Latina

	Población total (Miles)	Adultos y niños con VIH/SIDA	Mujeres adultas con VIH	Niños con VIH/ SIDA	Tasa de predominio del VIH en adultos (%)
Argentina	37,980.63	130,000	30,000	3,000	0.7
Bolivia	8,645.08	4,600	1,200	160	0.1
Brasil	176,257.33	610,000	220,000	13,000	0.7
Canadá	31,271.07	55,000	14,000	500	0.3
Chile	15,613.27	20,000	4,300	500	0.3
Colombia	43,526.43	140,000	20,000	4,000	0.4
Costa Rica	4,094.45	11,000	2,800	320	0.6
Cuba	11,270.69	3,200	830	100	0.03
R. Dominicana	8,615.91	130,000	61,000	4,700	2.5
Ecuador	12,810.12	20,000	N.D.	N.D.	0.3
El Salvador	6,415.01	23,000	N.D.	N.D.	1.6
Guatemala	12,035.74	60,000	N.D.	N.D.	1
Haití	8,217.70	250,000	120,000	12,000	6.1
Honduras	6,780.69	57,000	27,000	3,000	1.6
México	101,965.01	150,000	32,000	3,600	0.3
Nicaragua	5,335.05	5,800	1,500	210	0.2
Panamá	3,063.52	25,000	8,700	800	1.5
Perú	26,766.69	53,000	13,000	1,500	0.4
Estados Unidos	291,037.95	890,000	180,000	10,000	0.6
Uruguay	3,390.92	6,300	1,400	100	0.3

Fuente: UNAIDS (2002).
N.D.: No disponible.

en mujeres ocurren entre miembros de la población negra, aunque este grupo representa sólo un quinto de la población. Un cuarto de todas las infecciones nuevas de VIH son entre IDU y alrededor de 42 por ciento de personas con VIH positivo que están infectadas cada año adquieren la infección a través de actividad sexual entre hombres (UNAIDS/OMS/PAHO 2001).

En la década pasada, el cociente de hombres con VIH con respecto a mujeres con VIH se ha ido reduciendo considerablemente hasta aproximadamente 3 a 1 en América Latina y 2 a 1 en el Caribe (UNAIDS 2002). En Canadá, dicho cociente en casos nuevos reportados de VIH se calculó en 9.4 hombres infectados por cada mujer infectada entre 1985 y 1994, pero se redujo a 1.5 en 1998.

El Cuadro VII.2 muestra el número de personas viviendo con VIH/SIDA (People Living with HIV/AIDS, PHLA) en el Caribe-Anglo. Los números absolutos de personas infectadas parecen pequeños, pero es importante considerar que la muestra de países expuesta en este Cuadro son, en su mayoría, islas pequeñas y estados en vías de desarrollo, con poblaciones que varían desde 11,000 personas en Anguilla a 2.2 millones de personas en Jamaica. De hecho, sólo Jamaica y Trinidad y Tobago tienen poblaciones de más de un millón. Como se puede observar, las tasas de predominio de VIH disponibles en adultos son considerablemente altas comparadas con la mayoría de las tasas en América Latina mostradas en el Cuadro VII.1.

VII.3 El Impacto Económico del VIH/SIDA

Los dos principales determinantes del impacto económico de la epidemia son: primero, afecta a adultos en los años más productivos de sus vidas, dañando la capacidad de la fuerza laboral con un descenso en el número de trabajadores y en la productividad del trabajador; y segundo, el costo del tratamiento de infecciones oportunistas asociadas y agentes ARV prescritos es alto. Algunos de los

Cuadro VII.2
Número Estimado de las Personas que Viven con VIH/SIDA en el Caribe-Anglo, 2003

	Número estimado de personas que viven con VIH/SIDA		Tasa de predominio del VIH en adultos (14-49) (%)
	Bajo	Alto	Estimación
Anguila	125	209	N.D.
Antigua y Barbuda	526	878	N.D.
Aruba	905	1,507	N.D.
Bahamas	5,228	8,714	3
Barbados	2,650	4,416	1.5
Belice	4,104	6,840	2.4
Dominica	101	168	N.D.
Granada	329	549	N.D.
Guyana	23,408	39,014	2.5
Islas Vírgenes Británicas	164	274	N.D.
Jamaica	21,729	36,215	1.2
Saint Christopher y Nevis	269	449	N.D.
Santa Lucía	1,906	3,176	N.D.
San Vicente y las Granadinas	395	659	N.D.
Trinidad y Tobago	13,861	23,101	3.2

N.D.: No disponible.
Fuente: CAREC/PAHO/OMS (2004) y UNAIDS (2004).

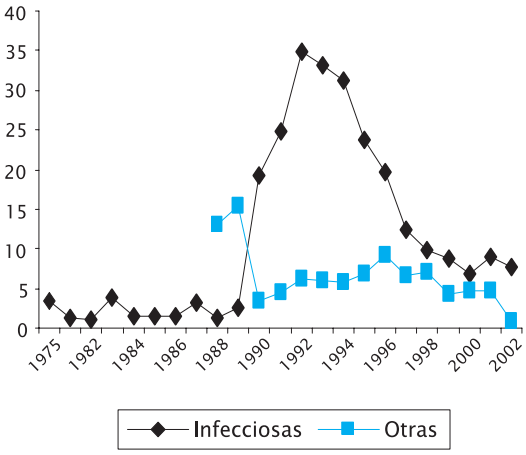
países con las mayores tasas de infección tienen muy poco o nulo acceso a terapias antirretrovirales.

Según la OIT, por lo menos 26 millones de personas infectadas mundialmente con VIH son trabajadores entre 15 y 49 años, en la cima de sus vidas laborales. Los efectos son catastróficos, no sólo en los trabajadores y sus familias, sino en las empresas y las economías nacionales. Las pérdidas de trabajadores y días laborales debido a enfermedades relacionadas con el SIDA y con las demandas por cuidados pueden dar como resultado una disminución en la productividad, pérdidas en ingresos y agotamiento en las habilidades y experiencia. Las tasas de prevalencia son generalmente altas en individuos económicamente activos en relación con otros segmentos poblacionales, lo cual tiene implicaciones para los esquemas de seguridad social, especialmente si las personas enfermas/infectadas son de la población económicamente activa o si son dependientes de aquellos que están en la fuerza laboral. La epidemia también ataca fuertemente a los pobres, los cuales no pueden acceder al tratamiento y cuidados mínimos, empeorando por lo tanto sus problemas existentes de pobreza y protección social inadecuada.

La Gráfica VII.1 muestra que en Estados Unidos, el SIDA causó un aumento en el número de pensiones para discapacitados debido a enfermedades infecciosas o de parásitos. Estos números no incluyen los casos que terminaron en muerte. En la ausencia de tratamientos de ARV, los cuales se volvieron crecientemente disponibles alrededor de mediados de los noventa, la enfermedad hubiera tenido un efecto muy grande en la seguridad social, posiblemente incrementando más del 10 por ciento el costo del programa. Esto ilustra la importancia de proveer un mayor acceso a tratamientos ARV para reducir pagos por programas de seguridad social y facilitar el regreso de las personas afectadas a la fuerza laboral.

Un gran problema de una enfermedad incurable es el financiamiento de la terapia por el resto de la vida del paciente. Adicionalmente, la terapia ARV es

Gráfica VII.1
Concesiones de Pagos por Invalidez por Enfermedades Infecciosas y Parasitarias para Personas de 50 Años o Menores. Estados Unidos, 1975-2002
(miles)



Nota: Los expedientes sobre el SIDA y el VIH se pueden encontrar dentro del grupo de enfermedades infecciosas y parasitarias. Antes de 1990, éstos se incluían en otro tipo de enfermedades.
Fuente: SSA (2002).

cara en comparación a las usadas en otras enfermedades incurables. En años recientes, el compromiso político para responder al problema pandémico VIH/SIDA ha aumentado y numerosos estudios han suscitado preocupación por los recursos necesarios para su prevención y cuidado. Estudios realizados para Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) en 2001, estiman los requerimientos de los recursos financieros para responder adecuadamente al problema pandémico. En particular, Schwärtlander et al. (2001) estima un gasto de US$9.2 mil millones para el año 2005, con un escalamiento gradual hacia arriba desde un nivel más bajo en el año 2000. En noviembre de 2002, otro estudio realizado por el Programa sobre el VIH/SIDA de las Naciones Unidas (UNAIDS 2002) estimó que el requerimiento global de recursos para luchar contra el SIDA aumentará de US$3.2 mil millones en 2001 a US$10.5 mil millones en 2005 y a US$15 mil millones en 2007. América Latina y el Caribe, necesitará en 2007 más de US$2 mil millones para llegar exitosamente a la Meta del Desarrollo del Milenio 2015 de detener y revertir la expansión de VIH/SIDA.

Pocos esfuerzos se han hecho para estimar el impacto económico total del VIH/SIDA en América Latina. Sin embargo, varios análisis extensivos han examinado el impacto directo del VIH/SIDA en los sistemas de salud. Los resultados se presentan en las siguientes secciones.

VII.4 Cobertura del Sector Salud

La administración del sistema de servicios de salud en América Latina está en la mayoría de los casos divididos en tres grupos principales de instituciones: el sector público (el ministerio o secretaría de salud), el cual normalmente maneja la promoción de la salud, el saneamiento y el cuidado curativo para las familias de bajos ingresos sin seguro; el sistema de seguridad social, concebido para proteger a los trabajadores asalariados; y el sector privado, que incluye aseguradoras privadas, instituciones de prepago y proveedores lucrativos o no lucrativos. Mientras que hay diferencias significativas en los países de ALC en cuanto al grado de actuación, los servicios institucionales para pacientes con VIH/SIDA en el Continente Americano son similares al de otras enfermedades. El Ministerio de Salud es usualmente responsable de diseñar políticas preventivas para toda la población y cubre el tratamiento de SIDA para un número pequeño de pacientes no asegurados. Las instituciones de seguridad social se encargan de proveer cuidados y terapia antirretroviral en algunos casos para cierto número de pacientes por el cual son responsables, aunque a menudo reciben un porcentaje de pacientes adicionales. Raras veces las compañías de seguros privadas cubren los costos relacionados al SIDA, especialmente para la población de mayor riesgo. Un gran problema para la seguridad social en los países de ALC es la exclusión de la protección social en salud. En general, la mayoría de estos países tienen sistemas altamente segmentados y una baja cobertura en lo que a seguridad social se refiere. Sólo en aquellos países en los que se cuenta con una red única o con un sector altamente integrado (Costa Rica, Cuba), la mayor parte de la población está cubierta y la exclusión absoluta es rara.

Las estimaciones de un estudio del Banco Mundial revelan que una proporción sustancial de personas infectadas con VIH en América Latina no tienen servicios de salud (García-Abreu et al. 2003). Algunas de las razones son: acceso limitado a servicios, el costo de servicios (incluyendo aquellos provenientes de los hospitales públicos), cuidados clínicos de baja calidad, falta de infraestructura para programas de prevención en ambientes de servicios de salud y servicios psicólogos y sociales insuficientes. Muchas personas deben pagar con sus propios recursos los servicios cuando no se encuentran aseguradas. En particular, en América Central (excepto en Costa Rica) la cobertura de los sistemas de seguridad social es escasa y los pagos por los servicios es algo más común.

En Estados Unidos, los mayores servicios de salud incluyen: Medicaid, un programa que financia servicios de salud para ciertas personas de ingresos bajos, financiada tanto por el gobierno federal como por el estatal; y Medicare, un programa encargado de financiar servicios de salud para personas mayores y para personas incapacitadas.

Canadá tiene un sistema de salud predominantemente público. Los planes de seguro de salud de las provincias y territorios deben asegurar todos los servicios de salud necesarios (incluyendo hospitales, médicos y cirugías dentales) y, en donde se permita, los servicios proporcionados por otros practicantes de servicios de salud. El acceso razonable a personas aseguradas a servicios hospitalarios y médicos necesarios no debe estar dificultado por barreras financieras u otras, como la discriminación por edad, estatus de salud o circunstancias financieras (Health Canada 2002).

En el Caribe-Anglo, el gobierno tradicionalmente se ha hecho responsable del financiamiento y entrega de los servicios de salud. Esto ha sido un factor importante para asegurar el acceso equitativo sin importar el nivel de ingreso. La cobertura de salud, entendida como beneficio a cambio de contribuciones a la seguridad social, generalmente la cubren los ministerios de salud. Con algunas excepciones, en

muchos países el sector público de salud provee servicios gratuitos al entregar el servicio. Donde existe el pago por tarifas, éstas están altamente subsidiadas por el estado, las cuales generalmente se encuentran por debajo del costo actual de provisión de servicios, y no están alineadas con comisiones cobradas en el sector privado por servicios similares.

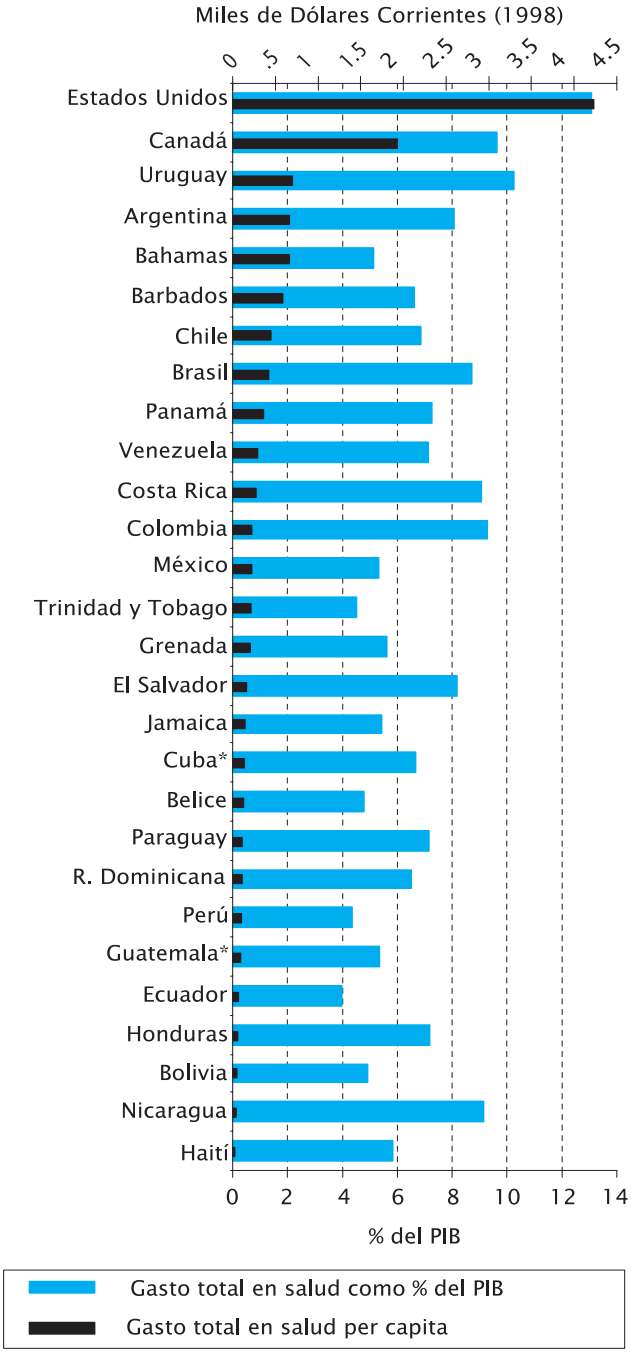
VII.5 Gasto en VIH/SIDA

El gasto nacional en VIH/SIDA es la suma de los recursos públicos y privados (los gastos privados incluyen: seguros de salud privados, pagos de sus propios recursos y comisiones). Éstos se dividen en programas de prevención (información, educación, comunicación y distribución de condones), asesoramiento y exámenes voluntarios, cuidados en casa, gastos en salud incurridos en cuidados basados en instalaciones y tratamientos de infecciones oportunistas y en instalaciones de salud.

El gasto en salud es una variable que puede reflejar parcialmente los recursos disponibles de VIH/SIDA, ya que el gasto en VIH/SIDA es una parte de la composición de los gastos en salud. La Gráfica VII.2 muestra el total del gasto en salud como porcentaje del PIB y en términos per capita en varios países. Los países están ordenados en manera descendente por gasto en salud per capita, el cual varía entre US$4,236 en Estados Unidos y US$30 en Haití. Como se podrá observar, los países ordenados por gasto per cápita en VIH/SIDA mantienen un orden similar. Los gastos en salud como porcentaje del PIB no difieren fuertemente entre países y no están muy relacionados con el gasto per cápita de salud del país, por lo cual no reflejan la falta de recursos en el sistema de salud.

En términos agregados, el gasto de seguridad social en salud en países de América Latina en 2001 cubría alrededor del 39 por ciento del gasto gubernamental general en salud. La seguridad social en el Caribe-Anglo no ofrece un gasto en salud significativo, aunque ahí es donde los gobiernos centrales tienen la mayor responsabilidad legal tanto para dar como para financiar los servicios en el sector público de salud. Los fondos del sistema de seguridad social contribuyen al gasto gubernamental general en salud sólo en Antigua y Barbuda y Santa Lucía.

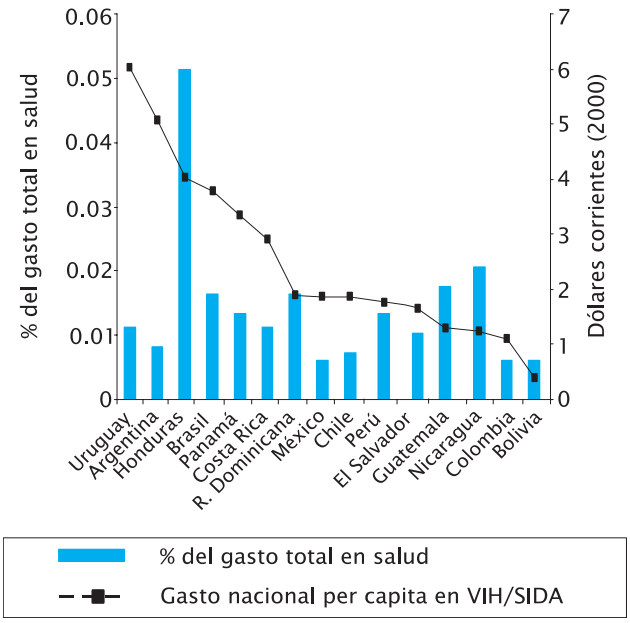
Gráfica VII.2
Gasto Total en Salud como Porcentaje del PIB y Per Capita, 1998



Fuente: PAHO (2003).
* Los datos de 1997 fueron considerados para Cuba y Guatemala.

El gasto nacional per cápita en VIH/SIDA para países en América Latina varía entre US$5.86 en Uruguay a US$0.37 en Bolivia. Sin embargo, la mayoría de los fondos para la epidemia en Uruguay provienen del sector privado. Se puede observar en la Gráfica VII.2 que Honduras era uno de los países con menos gasto per capita en salud; aunque gasta US$3.91 per capita en VIH/SIDA (ver Gráfica VII.3), más de la mitad del gasto fue pagado por los individuos con sus recursos (Banco Mundial 2003). Es importante notar que las variables en términos per capita se obtuvieron considerando la población total estimada, mientras que en otras publicaciones el "gasto per capita en VIH/SIDA" se define algunas veces usando en el denominador sólo el número de adultos entre 15 y 49 años de edad.

Gráfica VII.3
Gasto Nacional en VIH/SIDA como Porcentaje del Gasto en Salud y Per Capita, 2000



Fuente: Izazola-Licea et al. (2003).

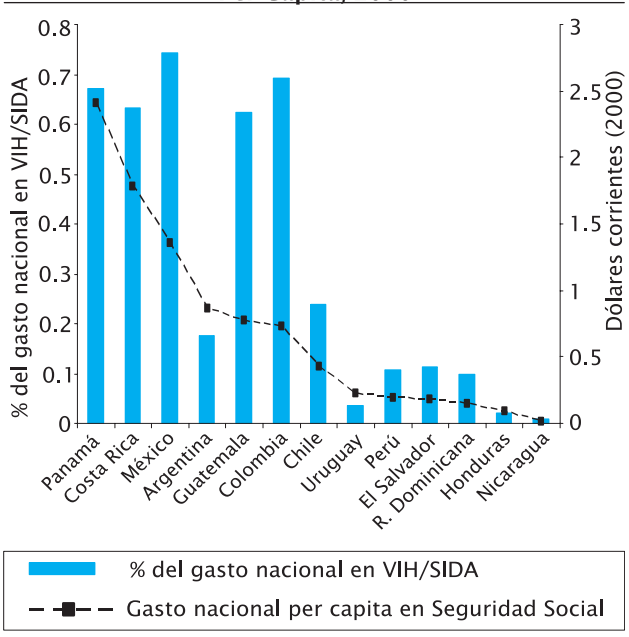
El gasto total en la región de los países de ALC estudiados para el año 2000 en el Cuadro VII.3 se estima en US$1.2 mil millones. De estos, el 51 por ciento se gastó en Brasil (US$625 millones), seguido por Argentina (con US$183 millones) y México (US$180 millones). Estos tres países abarcan aproximadamente el 80 por ciento del gasto total en VIH/SIDA y comprenden alrededor del 67 por ciento de la población necesitada.

VII.5.1 Gasto de Seguridad Social en VIH/SIDA

En la región de ALC, los gastos del sector público en VIH/SIDA son mayores en México, Panamá, Brasil, Costa Rica, El Salvador y Guatemala. En 2000, la menor participación del sector público se observó en Bolivia (0.92 por ciento), Perú (21.43 por ciento), Honduras (26 por ciento) y Paraguay (28.53 por ciento). En Perú y Honduras más de la mitad del gasto nacional en VIH/SIDA proviene de recursos privados (Cuadro VII.3). El sistema de seguridad social es muy importante para financiar los tratamientos de VIH/SIDA en Costa Rica (99 por ciento), Guatemala (86 por ciento), Panamá (86 por ciento), México (83 por ciento) y Colombia (80 por ciento). Sin embargo, por otro lado, la seguridad social representa menos del 10 por ciento de los gastos nacionales en cuatro países: Bolivia, Honduras, Nicaragua y Uruguay.

El Cuadro VII.4 muestra el gasto total de los sistemas de seguridad social en VIH/SIDA y revela diferencias considerables entre los países, con una variación de US$137 millones en México a un mínimo

Gráfica VII.4
Costos de Seguridad Social en VIH/SIDA como Porcentaje del Gasto Nacional en VIH/SIDA y Per Capita, 2000



Fuente: Izazola-Licea et al. (2003).

Cuadro VII.3
Resumen del Gasto en VIH/SIDA por País y Fuente, 2000

	Gasto público en VIH/SIDA					
				Gasto de seguridad social en VIH/SIDA		
	US$ (Miles)	PPP$ (Miles)	% del gasto nacional en VIH/SIDA	US$ (Miles)	PPP$ (Miles)	% del gasto nacional en VIH/SIDA
Argentina	125,336	201,548	68.5	31,935	51,354	17.4
Bolivia	74	179	2.3	N.D.	N.D.	N.D.
Brasil	498,317	1,087,344	79.7	N.D.	N.D.	N.D.
Chile	15,189	30,851	55	6,545	13,294	23.7
Colombia	38,327	124,598	85.7	30,981	100,717	69.3
Costa Rica	8,870	18,410	78	7,189	14,921	63.2
Cuba	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
República Dominicana	4,841	12,410	39.5	1,203	3,084	9.8
Ecuador	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
El Salvador	5,669	12,111	56.9	1,129	2,412	11.3
Guatemala	10,230	23,422	72.3	8,832	20,221	62.4
Haití	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Honduras	4,254	11,319	16.7	566	1,506	2.2
México	162,121	249,460	90.2	133,696	205,722	74.4
Nicaragua	2,372	11,860	39.3	60	300	1
Panamá	9,183	15,879	89.7	6,876	11,890	67.1
Perú	9,824	22,624	22.1	4,802	11,058	10.8
Uruguay	7,434	11,358	37.9	729	1,114	3.7
TOTAL	**902,040**	**1,833,374**	**74.1**	**234,543**	**437,592**	**19.2**

	Gasto Privado en VIH/SIDA			Gasto del donante en VIH/SIDA			Gasto nacional VIH/SIDA	
	US$ (Miles)	PPP$ (Miles)	% del gasto nacional en VIH/SIDA	US$ (Miles)	PPP$ (Miles)	% del gasto nacional en VIH/SIDA	US$ (Miles)	PPP$ (Miles)
Argentina	57,302	92,145	31.3	122	197	0.07	182,760	293,890
Bolivia	753	1,833	24.2	2,279	5,546	73.3	3,105	7,557
Brasil	121,944	266,086	19.5	4,714	10,285	0.7	624,975	1,363,716
Chile	12,060	24,496	43.7	327	664	1.1	27,576	56,012
Colombia	5,876	19,101	13.1	487	1,583	1	44,690	145,283
Costa Rica	2,493	5,174	21.9	N.D.	N.D.	N.D.	11,363	23,584
Cuba	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
República Dominicana	5,580	14,304	45.5	1,824	4,676	14.9	12,245	31,390
Ecuador	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
El Salvador	2,609	5,573	26.2	1,670	3,568	16.7	9,948	21,253
Guatemala	2,545	5,827	18	1,361	3,117	9.6	14,137	32,366
Haití	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Honduras	13,887	36,955	54.7	7,208	19,181	28.4	25,349	67,454
México	17,057	26,246	9.4	495	762	0.2	179,673	276,468
Nicaragua	1,388	6,942	23	2,270	11,348	37.6	6,030	30,150
Panamá	754	1,304	7.3	298	515	2.9	10,235	17,698
Perú	33,409	76,935	75.4	1,037	2,387	2.3	44,270	101,946
Uruguay	12,131	18,535	62	N.D.	N.D.	N.D.	19,565	29,893
TOTAL	**289,789**	**601,457**	**23.8**	**24,092**	**63,829**	**1.9**	**1,215,920**	**2,498,659**

N.D.: No disponible.
PPP: Los valores en dólares americanos están ajustados por la paridad del poder de compra.
Fuente: Izazola-Licea et al. (2003).

Cuadro VII.4
Gasto de los Sistemas de Seguridad Social en VIH/SIDA, 1999-2000

	US$ (Miles)	% del PIB	% del gasto en salud	Per cápita US$	US$ (Miles)	% del PIB	% del gasto en salud	Per cápita US$
	1999				2000			
Argentina	42,856	0.01%	0.17%	1.17	31,935	0.01%	0.14%	0.86%
Bolivia	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Brasil	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Chile	8,739	0.01%	0.21%	0.58	6,545	0.01%	0.17%	0.43
Colombia	32,413	0.04%	0.40%	0.78	30,981	0.03%	0.42%	0.73
Costa Rica	8,291	0.05%	0.78%	2.11	7,189	0.04%	0.70%	1.78
Cuba	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
R. Dominicana	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	1,203	0.01%	0.13%	0.14
Ecuador	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
El Salvador	926	0.01%	0.10%	0.15	1,129	0.01%	0.11%	0.18
Guatemala	5,937	0.03%	0.76%	0.54	8,832	0.04%	1.06%	0.77
Haití	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Honduras	5	0.0001%	0.001%	0.00	566	0.01%	0.11%	0.09
México	107,318	0.02%	0.37%	1.10	133,696	0.02%	0.45%	1.35
Nicaragua	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	60	0.00%	0.02%	0.01
Panamá	2,520	0.03%	0.35%	0.90	6,876	0.07%	0.97%	2.41
Perú	1,667	0.003%	0.05%	0.07	4,802	0.01%	0.14%	0.19
Uruguay	595	0.003%	0.03%	0.18	729	0.00%	0.04%	0.22

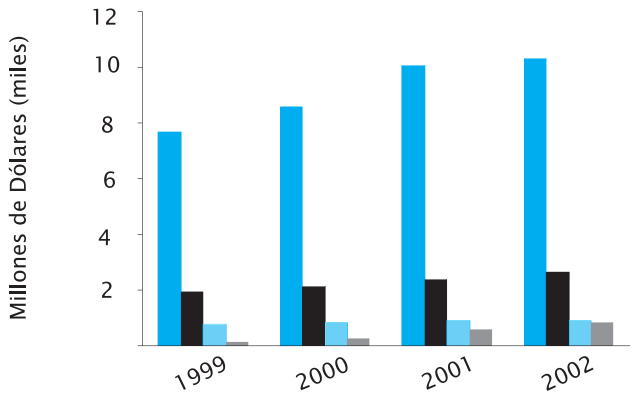
N.D.: No disponible.
Fuente: Izazola-Licea et al. (2003).

de US$0.06 millones en Nicaragua. La Gráfica VII.4 muestra los gastos per capita de seguridad social en VIH/SIDA también muestran una alta variación: en el extremo superior se encuentra Panamá con US$2.41 seguido por Costa Rica con US$1.78, y en el extremo inferior se encuentra Nicaragua con US$0.01. El gasto agregado de los sistemas de seguridad social para trece países mostrados en el Cuadro VII.3 es casi de US$235 millones y representa el 19.2 por ciento del gasto total en VIH/SIDA.

VII.5.2 Gasto Federal Estadounidense en VIH/SIDA

Esta Sección muestra un análisis de los fondos federales para el VIH/SIDA en Estados Unidos durante el periodo de 1999 a 2002. En Estados Unidos, estos fondos se pueden dividir en cinco categorías: a) servicios de salud, b) asistencia en efectivo y vivienda, c) investigación, d) prevención, y e) programas globales e internacionales.

Gráfica VII.5
Gasto Federal en VIH/SIDA por Categorías en Estados Unidos, 1999-2002



	1999	2000	2001	2002
Cuidado y asistencia	$7,709	$8,603	$10,062	$10,348
Investigación	$1,904	$2,127	$2,368	$2,614
Prevención	$746	$821	$917	$925
Internacional	$146	$243	$585	$807

Fuente: Kaiser Family Foundation (2003).

La Gráfica VII.5 muestra la tendencia del gasto federal en VIH/SIDA en Estados Unidos. Entre 2000 y 2001, el gasto en VIH/SIDA aumentó 18.1 por ciento hasta alcanzar US$13,932 millones, y US$14.7 mil millones en 2002; US$10,348 millones (70.4 por ciento) se gastó en cuidados y asistencia, US$2,614 millones (17.8 por ciento) en investigación, US$925 millones (6.3 por ciento) en prevención, y US$807 millones restantes (5.5 por ciento) en actividades internacionales.

Cabe señalar que poco menos de la mitad de todos los fondos federales de VIH/SIDA están diseñados por ley para ser usados específicamente para programas de VIH/SIDA, a través de Medicaid y Medicare, creados para proporcionar cuidados y servicios a cualquier persona que califique, basándose en su estado médico, funcional y financiero. Además de los fondos federales y estatales, muchos gobiernos locales, fundaciones e instituciones de caridad también prestan servicios específicos.

Medicaid es el pagador individual más grande de servicios médicos directos, cubriendo al 50 por ciento de las personas con SIDA y al 90 por ciento de los niños con SIDA. El gasto total federal y estatal estimado relacionado al SIDA de Medicaid fue de US$4.1 mil millones en 2000. Muchas personas con SIDA califican para Medicaid ya que su ingreso es bajo, tienen activos limitados y están inválidos debido a su estado. Otros, que pueden tener muy altos ingresos y recursos para calificar son elegibles a través de programas estatales. Para 2002, el gasto combinado federal y estatal de Medicaid para VIH/SIDA se estima en US$7.7 mil millones, de los cuales el 55 por ciento tiene fuentes federales y el 45 por ciento proviene de programas estatales.

Medicare proporciona también recursos necesarios para individuos con VIH/SIDA que están inválidos. Conforme mejore la calidad y eficiencia de los cuidados de SIDA, más gente con la enfermedad podrá vivir más tiempo y volver a Medicare para servicios hospitalarios, visitas médicas externas y medicamentos prescritos. En 2002, el gasto en VIH/SIDA de Medicare se estima en US$2,050 millones o 14 por ciento del gasto total federal en VIH/SIDA.

VII.5.3 Gasto de Donantes

El Cuadro VII.3 resume las aportaciones de donantes que combaten el VIH/SIDA, tanto en moneda estadounidense como ajustada a la paridad del poder de compra. Como se observa en el Cuadro VII.3, los países en América Latina para los cuales había información disponible, recibieron fondos externos para VIH/SIDA por un monto de US$24 millones anuales, lo cual representa el 1.98 por ciento del gasto gubernamental total de los países con VIH/SIDA. Los fondos externos juegan un papel muy importante en países pobres como Honduras (28.4 por ciento) y Nicaragua (37.6 por ciento). Brasil, Nicaragua, Bolivia y República Dominicana son los países que reciben más fondos externos. Aproximadamente menos de un tercio de los fondos externos se canalizan a Guatemala, El Salvador, Perú y Paraguay. En algunos países como Bolivia, la participación de los donantes en el financiamiento excede el monto gastado por el sector público y privado. En Nicaragua, el fondo apoyado por los donantes es similar al gasto público y representa aproximadamente dos veces el monto del gasto privado.

VII.6 La Terapia Antirretroviral (ARV) en el Continente Americano y el Papel de los Sistemas de Seguridad Social

En 16 países de ALC, la mayor parte de los gastos de los sistemas de seguridad social en VIH/SIDA se canalizan a tratamientos (81.1 por ciento) y la mayoría están orientados a ARV (54 por ciento) (Arán et al. 2003). De 1999 a 2000, los gastos de seguridad social en ARV aumentaron en 22 por ciento. Este aumento parece ser parte de una tendencia de mediano plazo que está ocurriendo en la seguridad social en ALC con el fin de otorgar considerablemente más acceso a ARV a pacientes infectados, mimetizando la tendencia de Medicare en Estados Unidos.

VII.6.1 Acceso a Terapia ARV

Aproximadamente la mitad de la población en ALC que necesita terapia ARV recibe el tratamiento. Un

tercio de las personas con VIH positivo carecen de recursos para obtener el tratamiento, mientras que el 44 por ciento de las personas con VIH positivo reciben HAART (García-Abreu et al. 2003). HAART se ha convertido en la estrategia más importante para tratar infecciones de VIH en los países desarrollados. Sin embargo, la gran mayoría de los 40 millones de personas viviendo con VIH/SIDA en países en vías de desarrollo no tienen acceso a cuidados integrales y, en particular, a terapia ARV. Según la OMS, alrededor de 6 millones de individuos en países en vías de desarrollo necesitan HAART, pero sólo 230,000 tienen acceso. En ALC, un estimado de 170,000 personas con VIH recibían el tratamiento a finales de 2001, la mayoría de Brasil (UNAIDS 2003).

Actualmente, en los países de América, la mayoría de la gente con SIDA tiene acceso al tratamiento sólo en Estados Unidos, Canadá, Brasil, México, Costa Rica, Panamá, y Cuba. En Costa Rica, el servicio público de salud cubre al 100 por ciento de la población y alrededor de 950 personas con SIDA reciben medicamentos antirretrovirales. En Panamá, el 60 por ciento de la gente con SIDA está cubierta por un programa gubernamental, el cual proporciona la medicación. Brasil, el país con el mayor número de personas infectadas de SIDA en la región, se encargó temporalmente del problema con un programa integral de SIDA creado en la ley en 1996. El gobierno brasileño compró algunos medicamentos del extranjero y de productores domésticos. Otros modelos en la región incluyen la provisión de HAART por parte de organizaciones no-gubernamentales, como las encontradas en Haití rural (Farmer et al. 2001).

Como se puede percibir en los Cuadros VII.5 y VII.6, para la mayoría de los países en América Central y para México, Colombia y Bolivia los sistemas de seguridad social son las principales

Cuadro VII.5
Demanda Antirretroviral (ARV) en América Latina por Subsectores, 2002-2003
(Número de casos y porcentaje de pacientes que necesitaron terapia)

Pacientes	Pacientes que necesitaron terapia del tipo ARV	Pacientes con terapia del tipo ARV	Ministerio de Salud	Seguridad Social	Fuerzas Armadas	Otros
Argentina	23,500	23,500	17,226	5,774	N.D.	500
Porcentaje		(100)	(73)	(25)	N.D.	(2.1)
Bolivia	440	24	4	20	N.D.	N.D.
Porcentaje		(6)	(16)	(84)	N.D.	N.D.
Chile	3,604	3,288	3,288	N.D.	N.D.	N.D.
Porcentaje		(91)	(100)	N.D.	N.D.	N.D.
Colombia	24,000	8,433	1,000	6,061	1.181	191
Porcentaje		(35)	(12)	(72)	(14)	(2.3)
Ecuador	500	324	70	169	60	N.D.
Porcentaje		(65)	(22)	(52)	(19)	N.D.
Paraguay	600	385	350	N.D.	N.D.	35
Porcentaje		(64)	(58)	N.D.	N.D.	(5.8)
Perú	7,000	1,050	23	600	200	227
Porcentaje		(15)	(2.2)	(57)	(19)	(22)
Venezuela	9,525	9,525	6,955	2,300	270	N.D.
Porcentaje		(100)	(73)	(24)	(3)	N.D.
México	22,411	20,908	5,912	14,996	N.D.	N.D.
Porcentaje		(93)	(29)	(72)	N.D.	N.D.

N.D.: No disponible.
Fuente: Proceso de Negociación Conjunta para el Acceso a Drogas Antirretrovirales y Reactivas en la Subregión Andina, Argentina, México y Paraguay 2003.

fuentes para el financiamiento de tratamientos ARV. Los Ministerios de Salud en América Central, excepto para Nicaragua, incrementan lentamente la cobertura de la terapia ARV y la seguridad social de Honduras está aumentando el número de tratamientos. En Argentina y Chile, el Ministerio de Salud financia la mayoría las terapias antirretrovirales.

En el Caribe-Anglo no hay programas específicos de seguridad social que cubran tratamientos de VIH/SIDA. Sin embargo, las personas infectadas que están cubiertas por programas de seguridad social tienen derecho a los beneficios del reemplazo al ingreso relacionado con la mala salud y ausentismo de trabajo. Estos individuos también tendrían el derecho a tratamientos y cuidados en las instalaciones públicas de salud, gratis o a precios nominales. Los cotizantes a los esquemas de seguro social están, por lo general, cubiertos por beneficios de enfermedad y de invalidez. En esta región, Bahamas y Barbados se han identificado como países con historias exitosas por tratamientos y cuidados de pacientes de VIH/SIDA, y también son los únicos dos países que tenían 95 por ciento de los pacientes con acceso a medicinas esenciales (aquellas que satisfacen las necesidades primarias de servicios de salud de la población), entre 1987 y 1997. En cambio, en Belice y Grenada más del 50 por ciento de la población permanecía sin algún acceso a medicinas esenciales, en 1995 y 1997.

La información del Cuadro VII.7 muestra el acceso a terapia ARV en el Caribe-Anglo para cinco países, para los cuales había datos disponibles. Barbados tenía el mayor porcentaje de adultos con necesidad de tratamiento y que realmente lo estaban recibiendo. El grado de acceso-necesidad en Barbados era el doble (52 por ciento) que el país con el segundo mayor grado, Jamaica, donde el 22.7 por ciento de los adultos que necesitan el tratamiento recibían terapia ARV. De acuerdo con el Banco Mundial (2004), la tasa de mortalidad para VIH/SIDA en Barbados ha caído en aproximadamente 43 por ciento debido a que los medicamentos antirretrovirales estaban disponibles en enero de 2002.

Cuadro VII.6
Pacientes que Están Siendo Tratados con Antirretrovirales como Porcentaje de la Demanda, América Central, 2003

	Guatemala		Honduras		El Salvador		Nicaragua	Costa Rica	Panamá	
	Sector salud	Seguridad social	Sector salud	Seguridad social	Sector salud	Seguridad social	Sector salud	Seguridad social	Sector salud	Seguridad social
Adultos	3	64	5.2	30	10.5	86	0	100	17	85
Niños	20	22	17	N.D.	18	0	0	100	79	100
Mujeres embarazadas	20	14	5	23	56	75	30	100	36	N.D.

N.D.: No disponible.
Fuente: UNAIDS (2003).

Cuadro VII.7
Adultos de 14 a 49 Años Infectados con VIH Avanzado Recibiendo Terapia ARV en el Caribe-Anglo, Junio 2004

	Adultos en necesidad de tratamiento[a]	Adultos recibiendo terapia ARV	
		Número	% de aquellos que necesitan tratamiento
Barbados	490	255	52
Belice	440	29	6.6
Guyana	2,000	251	12.6
Jamaica	2,200	500	22.7
Trinidad y Tobago	4,300	784	18.2

a: 2003
Fuente: UNAIDS/OMS (2004).

En Estados Unidos, los Programas de Asistencia de Medicinas de SIDA (ADAP), los cuales están financiados por la federación y los estados, y son operados por estos últimos desde 1987, han creado tratamientos disponibles para pacientes de VIH con bajos ingresos que no califican para Medicaid. Actualmente, ADAP compra el 20 por ciento de los medicamentos prescritos de VIH, los cuales favorecen a 92,000 personas. El restante 80 por ciento tiene seguro o está cubierto por programas federales. Usando esta información se estima que a finales de 2003, 460,000 personas en Estados Unidos recibían tratamiento.

En Estados Unidos, los seguros juegan un papel muy importante, ya que no sólo protegen del riesgo financiero sino que también pueden proporcionar cuidados médicos que de otra manera no serían asequibles. Algunos investigadores han demostrado que los seguros han reducido significativamente la mortandad en pacientes con VIH en Estados Unidos (Goldman et al. 2001). Por lo tanto, las políticas que se enfocan en aumentar las coberturas de seguros pueden salvar muchas vidas. Sin embargo, existen diferentes tipos de cobertura, los cuales pueden generar disparidad en la calidad e intensidad del tratamiento. Aparentemente, en Estados Unidos los pacientes de VIH que no están asegurados o cuentan con un seguro público tienen menores posibilidades de obtener terapias de medicinas caras a comparación de pacientes con VIH que cuentan con un seguro privado en condiciones médicas similares (Bhattacharya et al. 2002). Por ejemplo, los pacientes con VIH con seguro privado tienen mejores posibilidades para estar en HAART que los pacientes con cualquier seguro público. De la misma manera, la mayoría de los pacientes con seguro público sólo son atendidos en etapas avanzadas de la enfermedad, ya que necesitan demostrar una incapacidad para calificar para la cobertura. Bhattacharya et al. (2002) establecen que los seguros privados son más efectivos para reducir la muerte prematura de pacientes con VIH, la cual puede estar relacionada con la diferencia en el uso de HAART y la intensidad de los tratamientos. Muy poco se conoce sobre el papel de los seguros privados para los tratamientos de VIH y SIDA en ALC, posiblemente porque las aseguradoras privadas ofrecen poca protección para esta enfermedad.

A pesar de que en Canadá el acceso a servicios de salud es considerado equitativo, aún existen ciertas dificultades para un acceso universal, especialmente para los que se inyectan drogas. Un reporte de UNAIDS/OMS/PAHO (2001) establece que el 40 por ciento de los UDI estaban recibiendo terapia ARV casi un año después de que se convirtieron en médicamente elegibles. Una de las posibles razones es que los doctores pueden no estar prescribiendo terapia a los que se inyectan drogas, debido a que temen que no tomarán la medicina de la manera en que se les ha prescrito. El fracaso de permanecer en el régimen aprobado puede llevar a la resistencia de las medicinas para VIH, haciendo la terapia un arma menos efectiva contra el virus.

Conforme la epidemia progresa, el número de personas con necesidad de tratamiento se incrementará sustancialmente y la demanda cambiará. La demanda aumentada provendrá de personas que normalmente no son usuarios de servicios de salud, especialmente jóvenes. Se requerirán cuidados tanto para enfermedades agudas y tratables, así como para condiciones terminales. La escala de esta demanda adicional es particularmente problemática, pues los sectores de salud ya tienen dificultades para enfrentar otras necesidades de servicios médicos. Incluso aunque sólo una proporción de necesidades se satisfacen, el VIH/SIDA consumirá una parte sustancial de los presupuestos públicos en salud.

El acceso a HAART se necesita urgentemente. La epidemia aún se encuentra en su etapa inicial a través de la mayor parte de la región de ALC. La mayoría de las personas estimadas que actualmente se encuentran infectadas están todavía en una etapa relativamente temprana de la enfermedad del VIH; la mayoría aún no tiene síntomas y aún no necesitan HAART; pero la necesitarán. Los proveedores de servicios de salud en los sectores privado y público así como aquéllos encargados de las políticas

públicas se enfrentan a una creciente demanda por HAART por parte de personas infectadas. Los medicamentos antirretrovirales aún no están disponibles para personas que viven con VIH.

VII.6.2 Costo de Terapia ARV

El punto de discusión es muy importante: la introducción de medicamentos muy caros pero muy efectivos debe ser evaluada, así como cualquier otra política pública, con algunas consideraciones de sus efectos en los costos. Por lo tanto, los efectos de introducir este tipo de tratamientos debe ser identificado y se deben evaluar tanto los incrementos como los decrementos en costos, con el objetivo de lograr un tipo de análisis costo-beneficio. La discusión en estas páginas menciona algunos hechos importantes: la experiencia en Brasil (la cual es distintiva debido a la gran caída en el costo del tratamiento ARV), la de Estados Unidos y la de México. También se menciona, en teoría, cuáles son los efectos esperados del tratamiento ARV: costos de medicamentos crecientes, visitas hospitalarias decrecientes, incidencia de enfermedades oportunistas decrecientes, licencia de trabajo por enfermedad y muerte prematura.

Los costos de ARV aún siguen siendo una barrera muy importante para el tratamiento, aunque se han hecho progresos para disminuirlos. En 2000, el precio de HAART para un paciente por un año era de US$10,000 a US$12,000. A principios del 2001, la competencia de genéricos y la práctica de precios diferenciados por parte de las compañías farmacéuticas contribuyeron considerablemente a la reducción de precios para los países de bajos ingresos. Los precios de ciertas combinaciones de genéricos es de US$300 por persona por año (UNAIDS 2004).

Se han desarrollado nuevos mecanismos para reducir los precios de los medicamentos y para otorgar fondos para la compra de medicamentos. Éstos incluyen fondos globales para combatir el SIDA, tuberculosis, y malaria; la Iniciativa de Aceleramiento del Acceso de las Naciones Unidas (United Nations Accelerating Access Initiative, AAI) y varias iniciativas desarrolladas por compañías farmacéuticas. El AAI es una sociedad pública/privada iniciada en 2000 entre un número de instituciones (PAHO/OMS, UNAIDS, BM, UNFPA, UNICEF), y seis compañías farmacéuticas (Bristol Myers Squibb, Glaxo Smith Klane, Boehringer Ingelheim, F. Hoffmann–La Roche, Merck & Co. Inc.,

Cuadro VII.8
Precio Promedio por Persona por Año para el Régimen del Tratamiento de Primera Línea, 2004

Régimen	Fuente	Precio mínimo (dólares americanos)	Precio promedio (dólares americanos)
(Stavudine 30 mg + lamivudine + nevirapine)	Ranbaxy Laboratories Limited	285	420
Stavudine 30 mg + lamvivudine + nevirapine	Bristol Mayers Squibb Company + GlaxoSmithKline + Boehringer Ingelheim	555	N.D.
(Stavudine 30 mg + lamivudine) + efavirenz	Ranbaxy Laboratories Limited + Merck & Co., Inc.	472	472
Zidovudine + lamivudine) + nevirapine	(Ranbaxy Laboratories Limited or Hetero Drugs Limited) + Hetero Drugs Limited	287	481
Zidovudine + lamivudine) + nevirapine	(GlaxoSmithKline) + Boehringer lingelheim	675	N.D.
Zidovudine + lamivudine) + efavirenz	(Ranbaxy Laboratories Limited or Hetero Drugs Limited) + Merck & Co., Inc.	544	564
Zidovudine + lamivudine) + efavirenz	(GlaxoSmithKline) + Merck & Co., Inc.	584	N.D.
Promedio total			**484**

N.D.: No disponible.
Fuente: UNAIDS/OMS (2004).

Abbott Laboratories). Esta sociedad tiene por objetivo incrementar el acceso a servicios, tratamientos y ayuda de VIH. Las negociaciones han creado medicinas altamente calificadas, incluyendo genéricos más asequibles en los países de ingresos bajos y medianos, y también han proporcionado colaboración técnica entre países con el propósito de extender su capacidad para entregar servicios y tratamiento.

Según la OMS, la triple combinación de medicinas (HAART) es el estándar para el cuidado de VIH/SIDA. Los regímenes de medicamentos duales son moderadamente efectivos pero son incapaces de producir un beneficio duradero a largo plazo en la mayoría de los pacientes. No es el estándar del cuidado, pero es considerablemente mejor que ninguna terapia. La monoterapia puede ser usada en todo en el tratamiento de infección de VIH. El Cuadro VII.8 muestra los precios para algunos HAART. Los precios más bajos de tratamiento varían desde US$284 y los más caros son de US$584. El costo promedio de HAART es US$484. Sin embargo, el precio de ARV tiene variaciones entre los países.

La introducción de medicamentos antirretrovirales caros pero muy efectivos ha llevado a preguntas sobre los efectos en el uso de recursos para el cuidado de pacientes con la infección del virus de VIH. Desde la llegada de HAART, el costo del cuidado y la información de los resultados se han vuelto más ordinarios en las reuniones científicas durante los últimos años, en un intento de proporcionar un contexto en el cual evaluar el alto costo de terapia multi-medicamentos. Ningún estudio ha sido capaz de describir y medir todos los costos relevantes y las variables de resultado que serían necesarias para un entendimiento completo de esta terapia conforme continúa evolucionando.

Un estudio de Hellinger (1993) realizado en los Estados Unidos estima el costo médico de por vida de tratar a una persona infectada con VIH en US$119,000. Otros costos incluyen la pérdida de ingresos debido a la muerte prematura a causa del SIDA. Un estudio estimó que por los primeros 10,000 casos de SIDA en Estados Unidos, el costo promedio de años de trabajo perdidos equivale a alrededor de US$480,000 por muerte o a US$4.6 mil millones en total (Hardy et al. 1986). Los mayores cambios en la calidad de los tratamientos desde mediados de los noventa implican que la cantidad y calidad de los medicamentos usados por pacientes está aumentando, pero el total de gastos puede reducirse realmente si los precios también caen lo suficiente y la capacidad mejorada del trabajo puede reducir sustancialmente los costos del seguro por incapacidad. Sin embargo, ese escenario aún no se ve en el horizonte.

Los programas exitosos de prevención de VIH que se enfocan a la población correcta pueden ser altamente efectivos en costo. Un millón de dólares gastados en prevención de VIH pueden ahorrar US$2.7 millones, dependiendo del predominio de VIH en la población objetivo (Kahn 1996). Como con otras enfermedades infecciosas, la solución económica óptima puede ser llevar las tasas de infección a cero o alrededor de cero, haciendo de esta manera la prevención más barata en el largo plazo. Sin embargo, como se discutirá abajo, la prevención de infecciones se enfrenta a retos difíciles.

Según los últimos resultados del Estudio de Costos y Utilización de Servicios (HIV Cost and Services Utilization Study, HCSUS), el primer gran esfuerzo para recolectar información de una muestra nacional representativa de personas recibiendo cuidados para enfermedades de SIDA y VIH en los Estados Unidos, el gasto promedio por paciente con VIH desciende de US$1,792 por mes en 1996 a US$1,359 en 1997, y aumenta ligeramente a US$1,410 en 1998. Los costos promedio anuales por paciente descendieron de US$20,300 a US$18,300 después de ajustar por gravedad de la enfermedad, muertes de pacientes y otros factores (Bozette et al. 2001).

En datos de Alberta del Sur (Canadá), el costo del tratamiento de medicamentos antirretrovirales por paciente por mes ha aumentado de US$655 en 1995

a 1996 a US$1,119 en 2000 a 2001 (Krentz et al. 2003). Usando estas estimaciones, el costo de terapia ARV para VIH en Canadá ha aumentado a US$806 millones por año en 2003.

El VIH/SIDA les costó a los canadienses más de US$2 mil millones en 1999, en costos directos e indirectos (Dodds et al. 2004). Los costos de servicios de salud llegaron a ser de alrededor de US$560 millones; los de prevención, investigación y apoyo a víctimas de SIDA alcanzaron alrededor de US$40 millones; y la producción económica perdida debido a muerte prematura e incapacidad se estima en casi US$1.5 mil millones.

En México, el acceso al tratamiento, incluyendo la terapia ARV y otros cuidados médicos varía considerablemente entre grupos socio-económicos (Saavedra 2004), y el acceso está altamente correlacionado con la participación en el sistema de seguridad social. Desde 1992, las instituciones mexicanas de seguridad social han ofrecido acceso a cuidados de VIH/SIDA de especialistas en hospitales secundarios y terciarios, sin algún deducible adicional o copago. Sin embargo, los no asegurados que buscan servicios en instalaciones del Ministerio de Salud han tenido muchas dificultades para recibir tratamiento. La terapia ARV permanece fuera del alcance de los pobres y de aquéllos que no tienen acceso a seguros sociales o al programa federal FONSIDA (Fondo Nacional para las Personas que Viven con VIH/SIDA). Para tratar esta diferencia, la Secretaría de Salud se ha comprometido a proporcionar tratamientos para la terapia ARV a todos aquellos que lo necesiten en 2006. Desde 1996, los tratamientos de ARV se han ofrecido a personas con seguridad social y a un número pequeño de personas no aseguradas.

Un estudio para el sector mexicano de salud identificó que el costo total atribuíble al uso de servicios de salud se incrementó en cuanto los pacientes comenzaron a tomar la terapia ARV, incluso sin tomar en cuenta el costo asociado con las medicinas mismas. Existe un marcado aumento en el costo después de iniciar la terapia triple, y la terapia ARV es el factor que más contribuye para este aumento. Los costos son mayores para el sistema de seguridad social que para otros proveedores públicos (Bautista et al. 2002). El estudio reporta un costo anual promedio de servicios de salud al paciente entre US$836 y US$1,144, dependiendo de la etapa de la enfermedad. El costo anual promedio por paciente con tratamiento ARV en el sector público no asegurado se calcula en US$2,625 y en el sistema de seguridad social se estima en US$3,059. Los costos de cuidar a personas con VIH/SIDA son mayores en las entidades del sistema de seguridad social.

La evidencia empírica de Brasil sugiere que los ahorros en hospitalización y visitas externas son mayores que el costo del programa de la terapia ARV. Sin embargo, se encontraron resultados del estudio hecho en México que demuestran que no hay un ahorro inmediato de costos desde el inicio de la terapia triple. El costo de la terapia ARV, que es alto desde el principio, aumenta sustancialmente, pero el descenso en el uso de servicios hospitalarios es muy pequeño para representar una diferencia significativa.

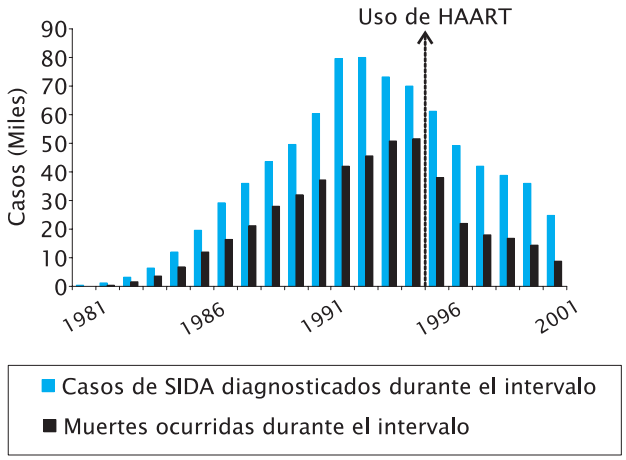
En Brasil, la reducción en los costos de medicamentos ha disminuido el costo total del programa de SIDA, con el 50 por ciento de todos los medicamentos de la terapia ARV siendo producidos en el país. Brasil alcanzó una reducción de costos anuales de 48 por ciento por paciente de ARV, de US$4,860 en 1997 a US$2,530 en 2001. El costo diario por paciente descendió de US$13.4 en 1997 a US$8.5 en 2000. Entre 1996 y 2001, las admisiones a hospitales promedio por paciente por año cayeron de 1.65 a 0.28, con 358,000 hospitalizaciones prevenidas, resultando en ahorros de más de US$1 mil millones. Las infecciones oportunistas, principalmente tuberculosis, mostraron un descenso dramático de 71 por ciento entre 1996 y 2000 y 54 por ciento sólo entre 1996 y 1997, coincidiendo con la amplia disponibilidad de HAART. También hubo una disminución de 61 por ciento en los costos para la infección Pneumocystis carinii y 81 por ciento para la

Mycobacterium avium. Los gastos totales de la terapia ARV en 2002 fueron de 1.5 por ciento del total del presupuesto del Ministerio de Salud, menos del 0.05 por ciento del producto interno bruto de Brasil.

VII.6.3 Efectos de la Terapia ARV y Prevención

Las nuevas terapias antirretrovirales han resultado en una mejor calidad de vida y supervivencia para las personas que viven con VIH/SIDA. En Brasil, Estados Unidos (Gráfica VII.6) y Canadá el amplio acceso a terapias antirretrovirales ha logrado una disminución dramática de muertes por SIDA y ha logrado retrasar las manifestaciones de ésta, pero las nuevas infecciones no han disminuido apreciablemente y por lo tanto el predominio de VIH ha aumentado a aproximadamente 900,000 personas viviendo con VIH (UNAIDS/OMS/PAHO 2001).

Gráfica VII.6
Mortandad en Personas con SIDA y Casos de SIDA en Estados Unidos, 1981-2001

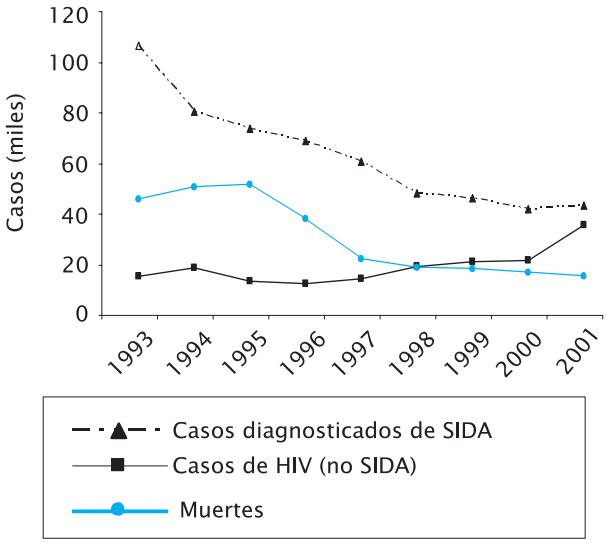


Fuente: CDC (2001).
Disponible en: http://www.cdc.gov/hiv/stats/hasr1302/table21.htm

La situación no es simple, ya que el tratamiento se debe seguir por el resto de la vida del paciente y las prescripciones insuficientes, el mal uso y las dosis faltantes pueden generar resistencia y aumentar la posibilidad de transmitir las versiones resistentes del virus. Para que la terapia ARV sea efectiva se necesita una estructura amplia de recursos de salud, incluyendo laboratorios especializados y servicios para enfermedades infecciosas en hospitales, capaces de adecuarse a los estándares de calidad. Con una consolidación de la actual infraestructura y la capacitación de los médicos, los tratamientos podrían ser mucho más eficientes (García-Abreu et al. 2003).

Por otro lado, el acceso a la terapia HAART puede no convertirse en una victoria clara para lograr combatir el VIH. En Estados Unidos, la disminución de las tasas de mortalidad de pacientes de VIH después de 1996 se ha relacionado con el inicio de la misma. Según Goldman et al. (2004), al mismo tiempo que uno de los recientes desarrollos en la historia de la epidemia del VIH es un gran mejoramiento en la posibilidad de supervivencia de las personas infectadas con VIH, también se ha dado un incremento en las tasas de infección desde 1996, aparentemente debido al cambio en el comportamiento de las poblaciones potencialmente afectadas. Por lo tanto, no sólo las brechas en los tratamientos aseguran las mejorías en salud.

Gráfica VII.7
Casos de SIDA, Casos de VIH y Muertes en Personas con SIDA en Estados Unidos
(miles)



Fuente: CDC (1993-2001).
Disponible en : http://www.cdc.gov/hiv/estates/hasr1302/table2l.htm

La Gráfica VII.7 ilustra una importante reducción en las muertes de SIDA, pero también muestra un aumento significativo en los casos de infecciones de VIH. Goldman et al. (2004) han propuesto que puede

haber una conexión casual entre estos eventos. Se ha encontrado que pacientes que disfrutan un mejor seguro tienen una mayor tendencia a conductas riesgosas; a su vez, los tratamientos menos costos y mejorados permiten a los pacientes con VIH convertirse en personas más sanas pero más eficientes para propagar la enfermedad. Estos hechos tienen implicaciones generales: para enfermedades con una cura o con un tratamiento que reduce sustancialmente la probabilidad de dolor o muerte (contrario a las enfermedades incurables), el invertir en métodos de tratamientos mejorados puede tener el efecto adverso de reducir el cuidado tomado por las poblaciones riesgosas para evitar la infección. Si los avances en los tratamientos de pacientes con VIH permiten que éstos incurran en comportamientos más riesgosos, entonces un importante aumento en los costos de ofrecer servicios relacionados con los pacientes de VIH puede resultar de estos métodos de tratamiento mejorados. También se puede presentar un problema de información asimétrica, pues dado que los individuos con SIDA son más sanos, puede ser más difícil para otros individuos identificarlos. Por lo tanto, las personas que interactúan con pacientes de SIDA también serán menos propensos a tener precaución. No hay ninguna obligación legal por parte de la persona infectada hacia otros individuos bajo el riesgo de ser infectados por él/ella. De hecho, las leyes contra la discriminación pueden negar este tipo de oblicaciones legales.

Hasta mediados de los noventa, las poblaciones tenían conductas precautorias, especialmente las personas que llevaban una vida sexual riesgosa. Por ejemplo, Smith (2003) reporta que una encuesta realizada en 1992 a mujeres casadas y a aquellas que nunca se habían casado, muestra que el porcentaje de cambio en el comportamiento sexual debido al SIDA era de 12 por ciento para las mujeres casadas y de 52.4 por ciento para las que nunca se habían casado. Aún no hay datos disponibles pero una pregunta abierta es si las terapias mejoradas relajarán el interés privado en la prevención.

Muchos investigadores coinciden en la importancia de la prevención debido a que se reducen los costos futuros de los tratamientos. América Latina gasta grandes proporciones en tratamientos (entre el 60 y el 80 por ciento del gasto total en VIH/SIDA). La mayoría de los países, incluyendo Brasil, Argentina, Chile, Uruguay y México asignan recursos sustanciales a las drogas de la terapia ARV, mientras que sólo gastan entre el 10 y el 30 por ciento del gasto total en prevención. Un estudio del Banco Mundial en 16 países de América Latina muestra que el 8.7 por ciento del gasto en seguridad social en VIH/SIDA fue usado para prevención .[1] Aun cuando la prevención es una de las fuentes más importantes para combatir esta enfermedad incurable, no es una tarea usual para los programas de los sistemas de seguridad social, los cuales están diseñados para financiar tratamientos curativos. De manera más general, una visión "médica" de la prevención puede mostrar resultados que no son tan efectivos como se necesitarían. Esto se debe a que la propagación del virus se da en un ambiente social amplio y las víctimas potenciales no tienden a buscar apoyo médico sino hasta que ya están infectadas.

VII.7 La Experiencia en Algunos Países

Alrededor del mundo existe una creciente preocupación respecto a la eficiencia en los gastos relacionados con el VIH/SIDA, pero nadie está seguro de qué significa esto realmente en la práctica. En ALC, las experiencias de Brasil y Haití han demostrado que es posible dar la terapia HAART a países en vías de desarrollo con ingresos bajos y medios. Esta Sección presenta la experiencia de Brasil, Haití, Caribe-Anglo y de algunas poblaciones específicas.

VII.7.1 Brasil

La información de Brasil muestra que la morbilidad y la mortalidad asociada al VIH, en particular la incidencia de tuberculosis y el tiempo de

[1] Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

hospitalización se redujeron apreciablemente tras la introducción de la terapia HAART. Los resultados son comparables con lo que se ha experimentado en Estados Unidos y Europa Occidental: la mortalidad se ha reducido de 60 a 80 por ciento. Según el Ministerio de Salud de Brasil (2002), se estimó que 358,000 admisiones a hospitales se previnieron debido a este programa de 1997 a 2001, representando ahorros de US$1.1 mil millones. Cabe destacar que al día de hoy, el 63 por ciento de las medicinas ARV usadas son genéricos y sus precios han caído 82 por ciento en 5 años. Adicionalmente, el Ministerio de Salud negoció una reducción en costos del 60 por ciento para los medicamentos importados.

En 1997, un estimado de 35,900 personas estaba recibiendo tratamiento; en 1998 habían aumentado de 55,600 a 105,000 en 2001. En julio de 2003, alrededor de 115,000 personas con SIDA estaban recibiendo tratamiento antirretroviral. El gasto en la terapia ARV ha seguido el mismo patrón, aumentando de US$34 millones en 1996 a US$232 millones en 2001 (Marins et al. 2003).

La entrega gratuita de medicamentos para el tratamiento de personas viviendo con VIH-positivo tiene un impacto en la reducción de la morbilidad y la mortalidad, una reducción sustancial en admisiones hospitalarias y en los costos de tratamiento asociados a infecciones oportunistas, una reducción en casos de SIDA subreportados, y un aumento en la voluntad de las personas para ser examinada con el fin de obtener información sobre la efectividad de las drogas y su disponibilidad gratuita.

VII.7.2 Haití

En un estudio en Haití, la terapia directamente observada fue usada para la administración de HAART con un éxito considerable. Los investigadores especializados en el tema del SIDA han comenzado a reportar datos acerca de la asequibilidad de ofrecer HAART en escenarios con recursos limitados. Farmer et al. (2001) reportaron su experiencia en Haití rural con una pequeña muestra de 60 casos, en un proyecto piloto acerca de la terapia HAART que es directamente observada en la Clínica Bon Sauveur, la cual está localizada en las partes más pobres del país más pobre del Hemisferio Occidental. El tratamiento era de una terapia directamente observada, la cual se daba una o dos veces diarias por trabajadores de salud de la comunidad (muchos de los cuales están a su vez infectados de VIH). Mientras que Farmer et al. notaron que todavía es muy temprano para hacer conclusiones acerca de la mortalidad, hasta ahora todos los pacientes listados han tenido una respuesta clínica positiva caracterizada por recuperación de peso y disminución de síntomas relacionados al SIDA y los medicamentos se han tolerado muy bien. Es necesario recopilar información más objetiva en las respuestas inmunológicas, virológicas y clínicas, pero Farmer et al. han mostrado que el tratamiento es posible bajo condiciones muy adversas. Este estudio muestra que las personas en los países pobres son capaces de aceptar medicamentos y que el tratamiento de SIDA puede entregarse exitosamente.

VII.7.3 Caribe-Anglo

Los países en el Caribe fueron los primeros en el Continente Americano en desarrollar un enfoque subregional para acelerar el acceso a la terapia ARV. El proceso consistió en una serie de consultas para facilitar el diseño de una respuesta subregional enfocada a acelerar el acceso al cuidado y al tratamiento.

En febrero de 2002, representantes de los países de la Comunidad Caribeña (CARICOM por sus siglas en inglés) se reunieron con los socios de la AAI para lograr un acuerdo en los principios del enfoque subregional, resaltando similitudes entre la región en el estatus de la epidemia de VIH y la respuesta de los países, así como la importancia de la población migrante entre países. Por lo tanto, los países desarrollaron una propuesta para acelerar el proceso de cuidado y el tratamiento en el Caribe. Para junio de 2002, cuatro países de ALC—Bahamas, Barbados,

Jamaica, Trinidad y Tobago—habían participado en AAI y recibieron reducciones significativas en el precio de los medicamentos ARV de manufactureros participantes en julio de ese año. Las negociaciones fueron conducidas por la Secretaría del CARICOM, PAHO/OMS y UNAIDS, como parte de la AAI. La Sociedad Panamericana contra VIH/SIDA (Pan Caribbean Partnership against SIDA/VIH, PANCAP) y las compañías participantes firmaron el acuerdo en julio durante una conferencia en Barcelona.

A través del AAI regional en el Caribe y en América Central, los costos de la terapia ARV han disminuido de entre US$10,000-US$12,000 a US$1,100–US$1,600 por paciente por año para la primera línea de tratamiento de AZT/3TC + NVP o EFZ. Las combinaciones fueron precalificadas por la OMS para asegurar la calidad y eficacia. Estos precios fueron anunciados originalmente en octubre de 2003 y de nuevo en enero de 2004 y hasta la fecha han estado disponibles para 16 países del Caribe donde la Iniciativa de la Fundación Clinton para VIH/SIDA está también activa.

VII.7.4 Poblaciones Específicas

VIH y los Adultos Mayores

Mientras que el VIH/SIDA ataca primariamente a adultos y jóvenes, una parte de las personas adultas mayores son sexualmente activas y muchos programas de prevención no tienen efecto en esta población. Carter (2002) señala que esto puede tener implicaciones, ya que los adultos mayores pueden no darse cuenta de que deben cuidarse de la enfermedad, son más propensos a tener sexo sin protección y no toman diagnósticos regulares. Por otro lado, los expertos están preocupados por el diagnóstico erróneo de las infecciones de VIH en los adultos mayores, ya que pueden estar confundidos con otras enfermedades relacionadas a la edad. El problema podría empeorar conforme envejezca la generación del llamado *baby boom*. Los especialistas sugieren abordar a los grupos de adultos mayores a través de talleres de VIH y prácticas de sexo seguro.

Transmisión de Madre a Hijo

Una de cada tres mujeres embarazadas infectadas con VIH transmite el virus a su hijo o hija. El tener acceso a una simple terapia antirretroviral oral otorgada a la madre en el último mes del embarazo puede reducir la tasa de transmisión hasta de uno en diez. La tasa de predominio de VIH/SIDA está creciendo entre mujeres, especialmente en las subregiones como América Central y el Caribe-Anglo. Actualmente, cada día un niño nace con VIH en el Caribe-Anglo.

Estimaciones realizadas en la República Dominicana establecen que la provisión de servicios preventivos para mujeres embarazadas puede reducir el número de infecciones en niños nacidos con VIH de 930 a alrededor de 270 durante un año. Jamaica también planea ofrecer asesoramiento y exámenes voluntarios con antirretrovirales y sustitutos de leche materna para mujeres embarazadas que son VIH-positivo. Honduras está planeando una intervención, ya que se esperan que 400 niños al año nazcan de madres con VIH-positivo en un futuro próximo; en ausencia de la intervención esto se traduciría en aproximadamente 120 niños con VIH-positivo. Guatemala, por su parte, gasta en mujeres embarazadas infectadas alrededor del 3 por ciento del gasto nacional total en SIDA. Los gastos en la prevención de las transmisiones de madre a hijo podrían ser efectivas debido a que ésta es una población de alto riesgo bien definida y la política puede reducir significativamente el número de niños que viven con VIH (UNAIDS/OMS/PAHO 2001).

VII.8 Conclusiones

Todavía existe una gran incertidumbre acerca del futuro de la pandemia de VIH/SIDA. Los números crecientes de las personas que viven con VIH/SIDA son casi seguros por varios años o décadas debido a la inercia demográfica, a los sub-reportes, y a que la enfermedad sigue siendo incurable. La presión financiera en los programas de seguridad social en países que no han alcanzado un modelo estable de atención y donde hay muchos grupos que no están

asegurados socialmente enfrenta una tendencia inevitablemente ascendente.

Las experiencias de VIH/SIDA en muchos países pueden proporcionar información útil para mejorar las políticas públicas en esta área. Asimismo, el gasto es muy desigual entre y dentro de los países. La importancia de la seguridad social como fuente de financiamiento para tratar el VIH/SIDA varía considerablemente entre países. En la región de ALC, Costa Rica, México, Guatemala, Colombia y Panamá son los países en donde el sistema de seguridad social juega un papel muy importante, ya que proporciona más del 80 por ciento de los fondos para el tratamiento a través de terapias ARV. En Estados Unidos, Medicare también es un jugador clave en el pago de los tratamientos.

En estos últimos años, se ha hecho un gran progreso en hacer que las terapias de medicamentos sean accesibles y una opción realista incluso para la mayoría de los países con recursos limitados. Las terapias ARV que retrasan el final inevitablemente fatal del SIDA ha dado nuevas esperanzas a personas con VIH y muchos están desafiando predicciones tempranas y viven sus vidas relativamente normal. La terapia de medicamentos no cura la infección, pero da mayores opciones de salud en la etapa que precede a la enfermedad del SIDA. Los especialistas médicos hablan ahora optimístamente de ciertos medicamentos que mantienen al VIH inactivo por muchos años, tal vez décadas, convirtiendo el VIH de una sentencia de muerte automática en una enfermedad crónica. Por el otro lado, la terapia HAART puede aumentar la probabilidad de infección, ya que los pacientes sanos tienen mayores posibilidades de propagar la enfermedad después de que han reducido su comportamiento privado precautorio. Se necesita un cambio de largo plazo en el comportamiento para la prevención y para reducir dramáticamente el costo financiero y social de la enfermedad, pero los costos privados de atención y los resultados mejorados de terapias hacen esta transformación más difícil. Para enfermedades incurables como el VIH/SIDA no hay una mejor fuente que la prevención para reducir el número de personas infectadas.

La prevención y el tratamiento se refuerzan mutuamente el uno al otro y deben ser considerados como parte de un enfoque integral de cuidado. Sin embargo, la prevención no es la principal meta de los sistemas de seguridad social, los cuales por lo general sólo financian los tratamientos; incluso cuando integran operaciones médicas, siguen un enfoque curativo. La experiencia en el campo ha mostrado que los esfuerzos del tratamiento y la prevención son ambos estrategias necesarias y complementarias para combatir la epidemia del VIH. La prevención es considerada una importante fuente para combatir la pandemia del VIH ya que puede ahorrar altos gastos futuros. Por lo tanto, los organismos de seguridad social que financian los tratamientos pueden ganar a través de la cooperación profunda con el resto de la sociedad para promover la prevención. La efectividad de la prevención está bien documentada (Kahn 1996 y Broomberg 1996). La propagación del VIH se ha visto muy influida por factores socioeconómicos y estructurales y las estrategias de prevención que simultáneamente tienen que ver con conductas riesgosas y factores que generan vulnerabilidad, incluyendo pobreza, discriminación, educación inadecuada e inequidad de género, pueden ser efectivas en muchas circunstancias. Desafortunadamente, estos enfoques no se han implementado en una escala suficiente para detener la epidemia en los países en vías de desarrollo.

Una de las mayores barreras para tener acceso a terapias de ARV es su alto costo. Las negociaciones han logrado una reducción en el precio, lo cual ha ayudado a países a expandir su cobertura. Por otro lado, las terapias HAART pueden reducir el número de hospitalizaciones y, por lo tanto, reduce los altos costos, como en el caso de Brasil, donde los ahorros durante 1997 a 2001 se estimaron en aproximadamente US$1.1 mil millones. La introducción de la terapia HAART ha mostrado ser una buena estrategia para combatir la epidemia. Sin embargo, son necesarios servicios de salud mejorados, una mejor

infraestructura y médicos capacitados para que los tratamientos sean más eficientes.

El gasto en la prevención de VIH y programas de cuidado se han incrementado sustancialmente. Por lo tanto, es importante asegurar que nuevos recursos se usen de manera más eficiente y eficaz para lograr el mayor impacto sobre la epidemia. Para poder controlar mejor la epidemia, las políticas públicas deben mejorar el monitoreo y el análisis a través de la creación de una red estratégica de vigilancia permanente, y se debe invertir más en prevención y educación diseñada para alcanzar a las personas más vulnerables a la infección.

CAPÍTULO VIII
RESUMEN

CAPÍTULO VIII
RESUMEN

VIII.1 Un Periodo de Reforma Económica

Por seguridad social se entiende a un programa (o un conjunto de programas) financiado con contribuciones obligatorias (en proporciones que varían entre países y programas, y generalmente tripartitas aunque predominantemente pagados por los trabajadores y los empleadores), que garantizan un nivel de ingresos a los individuos o a las familias en los eventos de retiro, incapacidad o muerte, y que les proveen un seguro o subsidios para los gastos en salud, cuidado infantil y otros beneficios (como las asignaciones familiares o el seguro de desempleo). En décadas recientes, los programas de seguridad social han requerido, en muchos casos, transferencias gubernamentales crecientes para enfrentar sus obligaciones y cubrir desequilibrios financieros (tanto en pensiones como en salud). Existe una gran discusión sobre la estructura óptima de los programas de seguridad social. Los investigadores y los encargados de las políticas públicas opinan que dicha estructura es un elemento básico para definir los incentivos para el trabajo y el ahorro de las familias, para el desarrollo del sistema financiero y definitivamente para proveer a las familias con una herramienta para lograr una estabilidad contra eventos inciertos que están fuera de su control.

Las acciones de reforma económica tienen un efecto directo en la capacidad del sistema de seguridad social para cumplir sus obligaciones en dos principales rubros: primero, a través de su impacto en el ambiente económico general, en la productividad y en los salarios; segundo, algunas acciones de reforma se relacionan directamente con la forma en que el sistema de seguridad social recauda los impuestos, afilia a los trabajadores y paga o financia los beneficios.

La informalidad del mercado laboral (el conjunto de trabajos sin protección social) se relaciona, entre otras cosas, con una baja credibilidad en las instituciones de seguridad social. En algunos países de América Latina y el Caribe, por ejemplo, esto puede ser el resultado de que los beneficios de las pensiones han sido decrecientes como consecuencia de la inestabilidad macroeconómica, un evento que fue muy común en los años setenta y ochenta y que aún está presente en años más recientes.

Otro asunto relevante es la coexistencia de diversos esquemas o instituciones de seguridad social en un sistema nacional, ya que si cada uno tiene sus propias reglas de elegibilidad, contribuciones y beneficios, muchas veces se da como consecuencia la falta de portabilidad de derechos entre diferentes programas y las familias pueden perder los beneficios si cambian de trabajo. La falta de portabilidad es una falla institucional que afecta el desempeño del mercado laboral pues los

trabajadores se preocupan por su seguro de salud cuando desean cambiar de trabajo, así como por sus derechos de pensiones.

Con respecto a las reformas económicas que han determinado el entorno en el que funciona la seguridad social, desde los años ochenta varios países en el Continente han experimentado reformas estructurales hacia la liberalización del comercio nacional e internacional, la desregulación y la privatización de industrias para facilitar la nueva inversión y para lograr un ambiente de mayor competencia. Algunos países han reformado sus códigos de impuestos, con lo cual han disminuido las tasas impositivas al ingreso o a la renta, y se han movido hacia dar un mayor peso a la recaudación de impuestos al valor agregado, los cuales parecen ser una forma más eficiente de recaudar que minimiza los incentivos negativos para trabajar y ahorrar.

La liberalización del comercio impone una competencia a las empresas, la cual rápidamente se refleja en la manera en que demandan servicios laborales, en qué tan rápido despiden y contratan trabajadores, y en cómo cambian los salarios. Similarmente, la reforma fiscal es un determinante crucial de incentivos para trabajar y ahorrar. En este debate, es útil distinguir entre el efecto de las regulaciones laborales en el crecimiento del empleo del efecto en la importancia relativa de los sectores socialmente asegurados y no asegurados. La evolución del debate sobre los determinantes de la economía informal sugiere que el mercado laboral informal puede no ser un lugar deficiente en términos de nivel, crecimiento salarial y otras características de los trabajos, excepto por la falta de cobertura de seguro social.

Las provisiones de inversión en los tratados de comercio juegan un papel clave para permitir una rápida transferencia en tecnología y estos efectos no sólo son útiles, sino que son indispensables para alcanzar la competencia de la economía nacional. La liberalización del comercio no tiene que ser amenazada por los sistemas de protección social y en casos importantes puede beneficiarlos a través de la creación de mejores trabajos.

En teoría, no es claro si la reforma comercial llevará a un incremento o a un decremento en las relaciones del mercado laboral formal, pero una hipótesis es que la liberalización comercial lleva a una presión competitiva en establecimientos formales, los cuales reaccionan recortando costos, incluyendo aquellos asociados a la protección social. Por lo tanto, se argumenta que los empleadores pueden reducir las condiciones de salud y seguridad, las contribuciones a la seguridad social y en algunos casos, incluso hasta mudar puestos de trabajo al mercado laboral informal.

La reforma a la legislación laboral es frecuentemente señalada como un avance necesario en los debates de la modernización de las regulaciones económicas. Los principales temas han sido las restricciones legales en los contratos laborales que afectan los costos de separación de los trabajadores, las restricciones en las contrataciones temporales, los altos costos para resolver las controversias debido a la ineficiencia de los juzgados administrativos o judiciales, la incertidumbre que envuelve la legislación en cuanto a los contratos colectivos y los problemas relacionados a la economía informal.

La privatización y la desregulación parecen trabajar en formas similares al libre comercio. Al generar nuevas oportunidades han permitido el crecimiento de algunas industrias y de la productividad en general. Algunas declaraciones condenan estas políticas porque pueden tener efectos negativos en el empleo en algunas industrias sujetas a mayor competencia. Empíricamente esto no está justificado, pues los efectos del crecimiento general de la economía y de menores precios para el consumidor resultan en beneficios para el público en general. Por otro lado, también es cierto que estas reformas no han resultado en un proceso de crecimiento sostenido en la cobertura de la protección social. Esto significa que la mayor productividad no necesariamente lleva a mayores

niveles de cobertura de seguro social, por lo menos por algunos años, por lo cual los países no pueden confiar en que crecerá la cobertura sólo logrando un mejor ambiente para la inversión e incluso para la creación de empleos.

VIII.2 Seguridad Social, Trabajo y Población

La población mundial tuvo su mayor tasa de crecimiento en la década pasada, derivada de altas tasas de fecundidad y menor mortalidad en décadas previas. De acuerdo con las diversas proyecciones para las próximas cinco décadas, el crecimiento inercial de la población mundial continuará, pero a un menor ritmo. Si bien América seguirá siendo un área de alto crecimiento poblacional en la primera mitad del siglo, el ritmo de crecimiento de su población será menor que en el pasado, pero con marcadas diferencias entre los países del continente. La población actual del Continente Americano es de poco más de 820 millones y se espera que alcance los mil millones antes del año 2025. Es probable que las diferencias en tasas de crecimiento tengan un impacto significativo en la distribución de los niveles de población a través del Continente, lo cual implica que el proceso de envejecimiento puede variar sustancialmente entre países.

Aunque existen diferencias entre regiones del Continente Americano en el número y proporción de adultos mayores, la población de 65 años y más está creciendo sustancialmente en todos los países de América. El envejecimiento se está llevando a cabo con mayor rapidez que la experiencia histórica de Europa. La población de mayor edad crecerá a una tasa de 3.5 por ciento en el período 2000-2025, tres veces más rápido que el índice de crecimiento de la población total. Los incrementos más pronunciados de este segmento de la población ocurrirán en países que actualmente no muestran los mayores porcentajes de personas mayores de 65 años, como Honduras y Paraguay.

Se espera que la población en edad de trabajar crezca más rápidamente que la población como un todo en la mayoría de los países de América. La tasa de crecimiento de la fuerza laboral permanecerá alta durante los próximos años, debido al gran aumento de las cohortes nacidas durante las décadas de los ochenta y noventa, las cuales entrarán al mercado laboral en el que, además, habrá un mayor número de mujeres trabajando. El "boom" laboral continuará por algunas décadas más, aunque con una diferencia importante respecto a las primeras: la población trabajadora será de mayor edad. En este contexto, es importante considerar que cualquier cambio en la política de seguridad social puede afectar los estilos de vida de sus poblaciones, especialmente entre las edades de 50 y 65 años (en las cuales las decisiones de política tienen el mayor impacto sobre la decisión de continuar trabajando o de retirarse).

Por ello, surgen dos preguntas importantes que tienen implicaciones estratégicas para la seguridad social. Primero, ¿la participación de la fuerza laboral de adultos menores de 55 años de edad se mantendrá creciendo a los niveles de Norteamérica, o permanecerá alrededor de los estándares de Europa del Sur? Segundo, ¿el comportamiento de las personas que se acerquen a la edad de retiro seguirá los patrones europeos de baja actividad, los patrones de Norteamérica de altas tasas de participación en los mercados laborales, o los niveles de participación japoneses arriba de 70 por ciento después de los 60 años de edad?

Las estadísticas internacionales indican que, entre 1965 y 1990, el número de personas alrededor del mundo que estuvieron viviendo en un país distinto al de su nacimiento se incrementó en términos absolutos, aunque en términos relativos la migración total representó sólo el 2.3 por ciento de la población mundial en ambas fechas. Asimismo, la migración temporal y de retorno se ha vuelto más común, ocasionando que los flujos brutos hayan aumentado más rápido que los flujos netos. Se estima que el Continente Americano continuará siendo un lugar importante para la migración, particularmente intra-continental, donde Canadá, Estados Unidos y Argentina permanecerán como receptores netos de migración durante el próximo medio siglo.

Una de las cuestiones de política que surge en torno al tema migratorio es si la afluencia de trabajadores jóvenes puede ayudar a los países con poblaciones de mayor edad a resolver los problemas financieros de los sistemas de seguridad social. De acuerdo con algunas estimaciones, el crecimiento migratorio hace muy poco para mitigar los problemas fiscales que enfrentan estos países, ya que, en general, los inmigrantes obtienen los salarios más bajos (los menos capacitados) y reciben típicamente más beneficios (pensiones y gasto en cuidados de salud) que lo que pagan por impuestos en relación con los trabajadores locales, por lo que determinan que la única política que podría ayudar a estos países a enfrentar su dilema demográfico es un incremento masivo de la inmigración altamente capacitada.

Para la seguridad social, lo anterior crea retos que pueden ser enfrentados, en el caso del problema del envejecimiento poblacional, por medio de inversiones en investigación para desarrollar mejoras en la toma de decisiones; así como una mejor comunicación y cooperación de los gobiernos de las naciones y las administraciones de seguridad social, en el caso de los trabajadores inmigrantes.

VIII.3 La Informalidad en el Mercado Laboral y la Seguridad Social

El objetivo de este Capítulo es discutir las dificultades a las que se han enfrentado los gobiernos de América Latina y el Caribe para cumplir la meta de incrementar la cobertura en los sistemas de seguridad social.

El principal obstáculo para aumentar la cobertura se encuentra en la economía "informal", "de mercado negro" o "descubierta" (auto-empleados y pequeñas empresas con cinco trabajadores o menos que difícilmente pueden ser vigilados por las autoridades regulatorias y fiscales y que está relacionado a altos niveles de pobreza). La magnitud del problema radica en que el sector informal en América Latina emplea entre el 30 y 70 por ciento de la fuerza laboral urbana (es decir, es el grupo más grande en la mayor parte de ALC) y en que este grupo sigue en aumento, además de que la existencia del mercado informal genera otros costos para la sociedad. El problema va más allá de las crisis económicas, ya que se ha descubierto que incluso durante periodos de expansión económica, la economía informal ha prosperado. Actualmente, hay un fuerte énfasis en la importancia del gobierno, de la tributación y de la regulación como conductores del grado de informalidad en el mercado laboral y en la economía en su totalidad.

Existen varios enfoques en cuanto a lo que es el fenómeno de la economía informal y cuáles son sus repercusiones para la seguridad social. El enfoque de mercados laborales duales, que fue más popular hacia los años setenta y ochenta propone que el sector informal debe ser visto como un residual que consiste en trabajadores en desventaja, racionados y dejados fuera de los buenos puestos de trabajo. Durante los noventa la investigación empírica llevó a nuevos desarrollos, y a la hipótesis de que el sector informal en la región de ALC debe ser visto como un análogo no regulado en países en vías de desarrollo del sector de pequeñas empresas con voluntad empresarial encontradas en países avanzados. Según esta última visión, una gran parte de los trabajadores informales escogen voluntariamente participar en ese sector, lo que significa que no estarán mejor remunerados o satisfechos con su empleo en trabajos del sector formal dadas sus aptitudes y otras características. La pregunta que se le plantea a la política de seguridad social es por qué estas personas deciden abandonar la protección ofrecida por los programas de seguro social.

La explicación parece recaer en una combinación de: (i) el costo de las contribuciones (estos trabajadores prefiere atender las necesidades más inmediatas como comida, vestido y vivienda en vez de las necesidades más remotas e inciertas) y la existencia de opciones alternativas para recibir protección (incluyendo programas asistenciales competitivos de salud y de ingreso complementario); (ii) un diseño de los programas de seguridad social que favorece la extensión de la cobertura a todos

los miembros de la familia, sin importar su condición laboral, o que favorecen el derecho a gozar de beneficios económicos aun con una carrera laboral intermitente, o que permiten contribuciones menores debidas a los objetivos de redistribución; (iii) modelos administrativos para la recolección de impuestos y provisión de servicios que favorecen el trato de grandes empleadores y de empleos permanentes, que enfrentan altos costos y que no resultan efectivos al administrar los casos de pequeños empleadores, auto-empleados, alta rotación del empleo y migrantes.

Por otro lado, los costos sociales se pueden resumir en los siguientes puntos: (i) la falta de protección social frecuentemente determina la necesidad de programas sociales suplementarios; (ii) la falta de obediencia al marco regulatorio en general induce a riesgos ecológicos, ambientes deficientes para la salud y la seguridad, bajos ingresos tributarios, y un ambiente competitivo injusto, entre otros; (iii) tanto los auto-empleados como los empleados de micro-empresas se encuentran en mayor riesgo de caer en la pobreza dado que trabajan bajo ambientes deficientes y están desconectados del seguro social; y (iv) las empresas informales no pueden crecer para alcanzar los niveles óptimos de producción y distribución.

Las instituciones del mercado laboral, los impuestos al trabajo, las regulaciones al empleo y la liberalización del comercio, así como las políticas de privatización influyen sobre los resultados del mercado laboral, tales como el empleo, los salarios y la informalidad. Los impuestos al salario (incluyendo las contribuciones a la Seguridad Social) tienen un efecto sobre el empleo y los salarios que en algunos casos es ambiguo, pero en la medida en que es más fácil para pequeñas empresas o trabajadores individuales moverse a la economía informal, los mayores impuestos pueden tener un impacto negativo grande sobre las relaciones de trabajo formales. La región de ALC tiene un costo relativamente elevado de regulaciones al empleo (avisos previos y pagos por despido, etc.) en comparación con Norteamérica y Europa Occidental, y existe una relación directa entre estas regulaciones más rigurosas a la relación laboral con la informalidad. Con respecto a las tasas de sindicalización, estas son relativamente bajas en el Continente, y hay poca evidencia de que tengan un efecto general sobre el grado de informalidad. Sin embargo, se encuentra que cuando los salarios en el sector sindicalizado aumentan, hay un incremento en los salarios para algunos trabajadores altamente calificados, una reducción en el empleo en los sectores sindicalizados y de salarios administrados, y una reducción en los salarios del sector competitivo.

Pocos países de la zona de ALC operan un seguro de desempleo, y parece haber una preocupación por las dificultades que podría tener la operación de un programa de este tipo en vista de los altos niveles de informalidad. Sin embargo, la evaluación que tengan en esta década las experiencias recientes de Argentina y Chile debería ser de utilidad para evaluar la viabilidad de un seguro de desempleo en otros países con grandes economías informales.

Con respecto a los salarios mínimos, existe una relación directa entre los salarios mínimos y la informalidad, ya que a mayores salarios mínimos, mayor es el desempleo en el sector formal, y mayor el número de informales, pero también se ha encontrado que cuando los países han seguido una política de salario mínimo relativamente bajo y con ajustes acordes con la inflación a tal grado que las empresas se han adaptado a la misma, el empleo no se verá afectado por incrementos relativamente pequeños en el salario mínimo y en algunos casos puede incluso aumentar.

La liberalización comercial y el empleo parecen haber tenido efectos encontrados y es necesario profundizar en las investigaciones para mejorar las políticas laborales. El incremento en inversión que se asocia a las liberalizaciones tiende a generar más empleo formal mediante el crecimiento de empresas pequeñas y medianas, pero por otro lado hay un desplazamiento de trabajadores al menos en el corto

plazo, lo que ha hecho crecer al sector de servicios (que es informal en mayor proporción).

Es necesario diseñar políticas específicas para al menos cuatro tipos de trabajadores: (i) los que están auto-empleados, quienes ganan relativamente bien (por arriba de las oportunidades que les brinda el sector formal), pero no tienen incentivos para afiliarse al régimen de seguridad social ante el enredo regulatorio y perciben que los beneficios brindados por el sistema de salud financiado por la seguridad social no son satisfactorios; (ii) los trabajadores mayores que son desplazados (usualmente en los cuarentas y cincuentas), que no pueden encontrar un trabajo en la economía formal y terminan como auto-empleados o empleados en una micro-empresa; (iii) mujeres con bajo acceso al mercado laboral en el pasado que necesitan soporte en la forma de políticas amigables hacia la familia, que faciliten la transición hacia un empleo de tiempo completo; y (iv) trabajadores jóvenes poco capacitados y que no poseen capital para funcionar como auto-empleados.

VIII.4 El Entorno de la Informalidad: Impuestos, Regulación y Modernización Administrativa

¿Qué elementos inciden sobre la informalidad en el mercado laboral y sobre la seguridad social? El Capítulo IV menciona algunos de los estudios que se han hecho sobre el tema y evalúa con detalle cuatro elementos que inciden sobre la decisión de los individuos de participar o no el mercado de trabajo formal. Estos temas son impuestos, incentivos fiscales para el ahorro, regulación general y modernización administrativa.

Posiblemente la causa más citada por la incidencia sobre el costo del trabajo y la protección social es la carga fiscal. Desde los ochenta este tema ha llevado a reformas en varios países incluyendo los países latinoamericanos. Entre estas reformas se encuentran la disminución de los impuestos al ingreso, evento que se dió a lo largo de todo el Continente, la introducción y expansión del IVA, la reducción de los impuestos internacionales, el incremento en el nivel de ingresos fiscales (como porcentaje de los ingresos del gobierno y del PIB), y algunas mejoras en la administración fiscal.

La dificultad para incrementar la recaudación vía el impuesto a la nómina y los impuestos al ingreso han llevado a muchos países a introducir y confiar cada vez más en el IVA para apoyar el financiamiento de los programas de seguro social. En 2003, las tasas del IVA en los países latinoamericanos oscilaban entre 5 y 23 por ciento, promediando el 14.5 por ciento. El IVA ha probado ser un impuesto más elástico que el impuesto al ingreso, debido a que recaudar impuestos al consumo es más fácil que recaudar los impuestos al ingreso, y por lo tanto el IVA se ha convertido en general en una fuente más estable de ingreso. Para los programas de seguridad social éste ha sido un gran desarrollo, ya que los gobiernos se han apoyado de forma importante en el IVA para financiar los gastos en salud y pensiones. Los movimientos hacia el establecimiento de programas de pensiones no contributivas y hacia el financiamiento de servicios de salud y de guarderías de los ingresos generales son ahora importantes en varios países y se pueden convertir en fenómenos generalizados. Por lo tanto, para las instituciones involucradas en los programas de seguridad social, la evaluación continuada de las tendencias de los sistemas fiscales nacionales es de importancia estratégica.

Las reglas por las cuales se provee la seguridad social en una economía afectan al trabajo en sus diferentes dimensiones de tiempo (horas, intensidad, y edades de entrada y retiro), ahorro y gasto de las familias (durante los años de trabajo o durante el retiro). Las leyes fiscales y de seguridad social incluyen reglas adicionales que pueden afectar el trabajo, los ahorros y los gastos. Estas reglas pueden tener grandes efectos sobre los flujos de los fondos dedicados a financiar programas sociales. Para algunos países, el nivel de apoyo financiero provisto a las familias a través de leyes fiscales de ingreso, con el fin de estabilizar el ingreso y los gastos de salud, puede ser de tamaño comparable a los programas que gastan directamente en pensiones y salud. Mejores estructuras fiscales promueven los

ahorros y complementan el diseño de los programas de seguridad social. En América, las legislaciones fiscales de ingreso han evolucionado hacia la disminución de las distorsiones que los impuestos provocan sobre los ahorros para el retiro y para salud.

En el caso de pensiones, la estructura fiscal afecta los flujos financieros en los sistemas de reparto así como en los planes de pensiones privados. El Informe 2005 describe la forma en la que los gobiernos pueden afectar el flujo de efectivo a través de los impuestos, la cual puede darse en tres puntos: en el momento de la contribución (en la cual el impuesto toma la forma de un impuesto a la nómina); en el momento en el que interés o las ganancias de capital son acumuladas (esto puede pasar en muchos períodos mientras los fondos son ahorrados); y finalmente, los impuestos pueden ser gravados sobre los beneficios.

Existen diferentes combinaciones que surgen de gravar los recursos en diferentes puntos, destacando dos tipos utilizados principalmente, que son llamados el "impuesto al gasto" y el "impuesto integral al ingreso". El sistema de "impuesto al gasto" significa que las acumulaciones al fondo tanto de intereses como de ganancias de capital no son gravadas, pero existe un impuesto sobre los beneficios o sobre las contribuciones. Esta política grava solo al gasto, sin tomar en cuenta la fecha de ocurrencia. El "impuesto integral al ingreso" significa que los intereses y las ganancias de capital son gravados, en adición a un impuesto sobre el retiro de los beneficios o sobre las contribuciones hechas. Los países latinoamericanos han optado en general por el "impuesto al gasto".

El "impuesto al gasto" es más exitoso que el "impuesto integral al ingreso" al lograr el objetivo de ser neutral con respecto a las decisiones inter-temporales de consumo. Si, como se argumenta, el "impuesto al gasto" es preferible con relación al "impuesto integral al ingreso" como mecanismo para financiar programas sociales, surge la pregunta de si los impuestos deben recaudarse "por adelantado", como impuestos a la nómina, o retrasados para ser recaudados en el momento del consumo. Frecuentemente, se ha decidido aplicar el impuesto al momento del retiro, probablemente porque se cree que el permitir que los ahorros sean deducibles de impuestos promueve su incremento. En cualquier caso, parece ser que en un ambiente fiscal estable, las reglas claras que se mantengan en el largo plazo son necesarias para la estabilidad en el consumo de trabajadores y jubilados.

Los gastos en salud frecuentemente reciben tratamiento especial en los códigos fiscales. Las sociedades tienen una preferencia hacia hacer el acceso a los servicios de salud más fácil y económico a la población, por lo cual los códigos fiscales favorecen el gasto en salud incluso para los más ricos. La principal distorsión en el tratamiento del financiamiento a la salud radica en que los subsidios son frecuentemente dados al gasto corriente, mientras los ahorros relacionados con salud pueden no recibir un tratamiento similar. Una pregunta que ha surgido en varios países se relaciona con la conveniencia de adoptar un sistema de cuentas de salud que permitirían la deducción fiscal de ahorros dedicados a futuros gastos de salud. Como en el caso de pensiones, las regulaciones fiscales no deberían poner artificialmente un alto precio a los gastos en salud futuros o presentes, sino que deberían ser neutrales.

La decisión de participar o no en la economía formal afecta el mercado de trabajo y también los programas de seguridad social, los cuales enfrentan la dificultad de incrementar su cobertura y alcanzar a toda la población. Las actividades informales crecen por la combinación de fuertes cargas fiscales y regulaciones, pero también debido a la inhabilidad de las instituciones para hacerlas cumplir.

El mercado laboral en Latinoamérica está caracterizado por un gran sector informal que está creciendo. En la región latinoamericana, los países con las mayores economías informales son Bolivia, Panamá, Perú y Guatemala, mientras que las menores se encontraron en Costa Rica, Argentina y Chile. Por otro lado, los Estados Unidos y Canadá tienen los

niveles más bajos, incluso dentro de los países de la OCDE.

Las actividades informales se originan, entre otros factores, de la combinación de cargas fiscales y regulatorias, y por la inhabilidad de las instituciones de hacerlas cumplir. Las regulaciones que soportan el sistema fiscal son frecuentemente complejas, y las propuestas para simplificar los códigos fiscales han tenido algunos avances en muchos países. El argumento teórico es que la simplificación fiscal hace más fácil su cumplimiento, lo que reduce el incentivo de los individuos para evadir impuestos realizando actividades informales. Por otro lado, ampliar la base fiscal y eliminar las exenciones, sin prestar atención a la naturaleza especial de algunas actividades económicas, crea incentivos adicionales para mover ciertas actividades a la informalidad.

Sin embargo, cuando existe una gran economía informal, los intentos del gobierno de incrementar las regulaciones y controles puede exacerbar la informalidad. Una política efectiva será la de simplificar las leyes y regulaciones, mejorar las habilidades administrativas de las instituciones regulatorias a cargo de la aplicación y el cumplimiento de la ley y modernizar los procedimientos en las cortes para resolver controversias. Por lo tanto, en un país con una gran economía informal, como es el caso de la mayoría de los países de Latinoamérica, las reformas a la seguridad social que reduzcan impuestos y mejoren la administración de la recaudación o beneficios pueden ser útiles en el corto plazo pero pueden acabar teniendo un impacto limitado en cobertura, y solo un enfoque integral puede llegar a ser exitoso, un enfoque que trate integralmente los problemas de las empresas en la economía informal.

La utilización y adaptación de nuevas tecnologías para las administraciones de seguridad social las pueden hacer menos costosas y permitir mayor acceso a los beneficios. Las tecnologías de la información están proporcionando nuevas herramientas que pueden reducir drásticamente los costos de registro, administración y recolección de las contribuciones de seguridad social para la gente que se encuentra actualmente excluida de ella.

En general, las nuevas Tecnologías de la Información (TI) han abaratado el costo de administración de las cuentas individuales para el retiro, la operación de los procesos para alcanzar y controlar transferencias de salud en dinero o en especie, apoyos al ingreso o cuidado de niños, y otros beneficios con un alcance que era inimaginable en las primeras décadas de la seguridad social, lo que abre posibilidades para la interacción entre instituciones y sus programas, con los trabajadores, los retirados y sus familias. Este potencial puede ser completamente desarrollado sólo si se toman acciones públicas para resolver problemas importantes de coordinación entre agentes sociales, incluyendo el tema de privacidad, la interrelación de diferentes autoridades fiscales y niveles de gobierno, el cumplimiento de contratos, aplicaciones y otros actos a través de los medios electrónicos.

VIII.5 Coexistencia de Regímenes de Pensiones

El Capítulo V buscó mostrar los avances que se han logrado en materia de consolidación, portabilidad y homologación en las condiciones de acceso a beneficios, así como las dificultades que la existencia de regímenes especiales plantea a la administración pública y a los propios trabajadores.

Si bien se ha dado una evolución histórica favorable para disminuir la fragmentación de los sistemas de pensiones, permanecen problemas claros que se repiten en varios países. Primero, se hace referencia a la clasificación de los países latinoamericanos con base en la fecha en que introdujeron sus primeros programas de jubilaciones y pensiones y de acuerdo al grado de desarrollo alcanzado en los mismos, formulada por Mesa Lago. Esta clasificación era la siguiente: (i) grupo pionero-alto: Argentina, Chile, Cuba, Brasil y Costa Rica (años veinte y treinta), con mayor cobertura y desarrollo de dichos sistemas; (ii) grupo intermedio: Panamá, México, Perú, Colombia, Bolivia, Ecuador y Venezuela

(años cuarenta y cincuenta), con cobertura y desarrollo medio de sus sistemas; (iii) grupo tardío-bajo: Paraguay, República Dominicana, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Honduras y Haití (años sesenta y setenta), con población más joven y menor esperanza de vida, sus sistemas eran relativamente más unificados pero tenían la menor cobertura y desarrollo de sus sistemas.

La fragmentación de los sistemas fue un fenómeno generalizado en los ochenta. Por ejemplo, Chile (1979) tenía 90 programas de seguros sociales de vejez, antigüedad e incapacidad. Consecuencia de esta fragmentación fue el desarrollo desigual del sistema de seguridad social, ya que los múltiples programas fueron cubriendo a sectores ocupacionales cerrados, cada uno de ellos con sus propios asegurados y legislación, lo que generó un sistema estratificado por líneas ocupacionales, con diferencias no justificadas en condiciones de acceso, financiamiento y prestaciones, que contravenían la uniformidad de trato. Recorriendo la historia de los países, se ve que entre los sesenta y los ochenta se unificaron y normalizaron relativamente las condiciones de acceso en varios países, aunque no se lograron eliminar las desigualdades existentes en otros. Los casos más comunes de segmentación de la época se encontraban en las fuerzas armadas, en los trabajadores del gobierno y en ciertos gremios, industrias o actividades especiales: congresistas, jueces, maestros y profesores universitarios, trabajadores bancarios, de servicios públicos y energéticos, y los funcionarios de la seguridad social. Es decir, la situación que se vive hoy en día no ha cambiado mucho desde estas décadas con respecto a los grupos mencionados, aunque se dieron mejoras importantes de la política en programas generales.

Para tratar los procesos recientes de consolidación se puede hablar de los sistemas reformados hacia sistemas de cuentas individuales de ahorro para el retiro y de los no reformados. Los sistemas reformados se clasifican de acuerdo a las estrategias para la transición de LAC: (a) sustitutivo, cuando el sistema público se sustituye totalmente por uno privado y el sistema público se cerró completamente (Bolivia 1997 y México1997) o parcialmente (Chile 1981, El Salvador 1998, República Dominicana 2003-2006; (b) paralelo, cuando compiten un sistema privado y uno público que quedó abierto: Perú (1993) y Colombia (1994); (c) mixto, cuando se integra un programa público con uno privado: Argentina (1994), Uruguay (1996), Costa Rica (2001) y Ecuador (2004).

Entre los sistemas no reformados, Brasil y Venezuela han implantado o están en proceso de introducir reformas paramétricas y el resto no ha tenido reformas aún (Cuba, Guatemala, Haití, Honduras, Panamá y Paraguay). A pesar de las reformas, siguen existiendo desigualdades en los beneficios y condiciones de acceso entre los distintos programas de seguridad social. En la parte de sistemas públicos se ve que en ALC son comunes los programas especiales para funcionarios públicos o los poderes ejecutivo, legislativo y judicial, así como para maestros, funcionarios bancarios y otros grupos organizados e influyentes. También las fuerzas armadas tienen programas separados, con excepción de Panamá, quien tiene el sistema más unificado de la región.

Con respecto a las reformas para la homologación del trato en contribuciones y beneficios se observa que se homologaron las condiciones de acceso (edad de jubilación y años de cotización) en los sistemas/componentes públicos (cerrados o abiertos) con las de los sistemas privados con excepción de Bolivia, Colombia, y México, pero aún existen deficiencias en los procesos de consolidación, los cuales se reflejan en la heterogeneidad del trato en contribuciones y beneficios, generando desigualdades injustificadas.

En sistemas no reformados los países con múltiples instituciones también muestran diferencias en las condiciones de acceso y prestaciones entre el sistema público general y los programas separados siendo Cuba, Venezuela y Panamá los países que

tienen las condiciones de acceso más generosas, y las de Panamá son las más homologadas de la región.

Las reformas que se dieron entre los ochenta y los noventa fueron hechas con el fin de resolver problemas como la fragmentación, homologación, portabilidad, cobertura y sustento financiero del sistema. Los resultados generales son los siguientes: Fragmentación: Argentina, Chile, El Salvador y Colombia mejoraron al disminuir o eliminar este problema, mientras que México, República Dominicana y Costa Rica no han logrado concluir los procesos de consolidación.

Homogenización: los países con sistemas reformados en general mejoraron en este sentido, con excepción de México y Colombia.

Portabilidad en términos generales (nacional e internacional): en los extremos están Chile, quien incluso firmó en años recientes un Convenio Bilateral con Perú, y México, que no cuenta con ningún mecanismo para permitir la portabilidad o totalización de beneficios entre los regímenes existentes. En general, los avances nacionales en eliminar la fragmentación y lograr la homologación se correlacionan con eliminar el problema de portabilidad.

Cobertura: El avance ha sido muy bajo para todos los países, permaneciendo éste como un tema central de la agenda.

Sustento financiero del sistema: éste se encuentra en una situación crítica, aún cuando en los sistemas reformados se ha iniciado el fondeo para las nuevas generaciones, y para casos reformados y no-reformados se han dado algunas reformas paramétricas para disminuir los costos, destacando los casos recientes de Estados Unidos en los ochenta y de Brasil.

VIII.6 Portabilidad del Seguro de Salud, Oferta Laboral y Movilidad del Trabajo

El acceso a la salud es uno de los beneficios más apreciados por las sociedades modernas, pero la forma específica que deberán tomar los sistemas es tema de complicados debates. Las fórmulas que se han implementado en las reformas están lejos de llevar a recomendaciones homogéneas. En general, éstas son conducidas por dos fuentes de presión: la necesidad de encontrar formas más eficientes de financiamiento y provisión de servicios, y la necesidad de mejorar la interacción entre el sector salud y el mercado laboral. En la búsqueda por aumentar la cobertura de los servicios de salud cumpliendo con el principio de solidaridad, los países deben reconsiderar el ajuste de las regulaciones para evitar restricciones indebidas en la movilidad de trabajo.

El mercado laboral se constituye, para la mayoría de las economías, como el mercado de mayor tamaño, por lo cual las distorsiones que afectan su operación eficiente pueden tener un enorme impacto sobre el bienestar general. Este hecho se cumple para Estados Unidos y el caso merece particular atención, no solamente por su tamaño, sino porque además es una excepción entre los países desarrollados al no contar con un programa universal de seguro de salud. La relación entre el mercado laboral y los diferentes tipos de cobertura del seguro de salud disponibles para los individuos en el país motiva a algunos a tomar decisiones laborales distintas a las que en tomarían en otro caso.

En Estados Unidos existe un conglomerado de instituciones que proveen el seguro de salud. El 64 por ciento de la población no mayor está cubierta por el seguro proporcionado por su empleador, el cual beneficia a los empleados y a sus dependientes. Los diferentes tipos de programas gubernamentales de seguro de salud cubren a la mayoría de los individuos no cubiertos por el seguro provisto por el empleador. El mayor programa es Medicare, el cual cubre a los individuos mayores de 65 años y a los discapacitados. El segundo programa más amplio es Medicaid, que en principio cubrió tanto a los ancianos como a las madres solteras de bajos ingresos y a sus dependientes, y que más tarde se extendió a las familias de modestos ingresos no elegibles para otros programas de asistencia pública. Otros tipos de aseguramiento privado, como la venta de pólizas

de seguro individuales en el mercado privado y los seguros complementarios, abarcan cerca del 7 por ciento de la población no mayor. Este conglomerado de instituciones deja sin cobertura a una fracción significativa de la población (17 por ciento de la población no mayor, aunque sólo al 1 por ciento de los ancianos, pues Medicare los cubre).

La evidencia empírica corrobora la importancia de la portabilidad del seguro de salud sobre las decisiones de empleo. Por el lado de la oferta laboral, la falta de portabilidad y de protección para los dependientes se convierte en un impedimento para el retiro y para la rotación del trabajo, mientras que la disponibilidad de un seguro no asociado al empleo, como lo es la cobertura en calidad de dependiente, la posibilidad de ser afiliado de Medicare o la posesión de algún tipo de seguro privado, tiene los efectos contrarios. Los estudios realizados sobre los programas gubernamentales diseñados para disminuir el problema, como COBRA o HIPAA, muestran que el retiro es muy sensible a la disponibilidad del seguro de salud.

Las distorsiones generadas por el lado de la demanda de trabajo se deben principalmente a que el seguro de salud provisto por el empleador es un costo fijo que incentiva a las empresas a economizar costos en dos formas: empleando a pocos empleados pero más productivos o con horas extras y contratando empleados de tiempo parcial, pues no hay obligación de proporcionarles seguro médico.

Por estas razones se puede concluir que es la participación de las diversas instituciones de salud la que da lugar a la distorsión en las decisiones del mercado laboral tanto de los individuos como de las empresas.

La seguridad social en la salud en el Continente Americano ha evolucionado de manera importante en las últimas dos décadas, pero el debate actual en torno al servicio de salud no define una clara tendencia que dicte hacia dónde se están dirigiendo estos programas. Los reformadores han sido precavidos al intentar incorporar cambios en la regulación y administración de las aseguradoras sociales de salud, no sólo por la oposición política o los altos costos de transición, sino porque los puntos de vista teóricos no han avanzado hacia el desarrollo de una solución "simple".

El rol de la seguridad social ha cambiado en los últimos años, pues ya no sólo se busca el objetivo de garantizar la oferta de servicios, sino también la protección financiera para evitar que se ponga en riesgo la economía de los hogares y no los empobrezca debido a enfermedades o accidentes. Este objetivo se puede alcanzar utilizando mecanismos como el prepago, que ayuden a minimizar el gasto de bolsillo al momento de demandar los servicios, de forma tal que éstos se puedan recibir independientemente de la capacidad de pago al momento del consumo.

En ALC, muchas familias permanecen sin seguro o tienen un acceso limitado. Cerca del 30 por ceinto de población continúa excluída, especialmente los más desfavorecidos, agravando las trampas de pobreza. La falta de cobertura también limita la habilidad de la seguridad social para diversificar los riesgos y enfrentar los eventos más costosos que imponen un riesgo al sustento financiero del sistema.

Después de la Segunda Guerra Mundial se creyó que iba a haber un rápido crecimiento de la seguridad social gracias a la industrialización, pero a mediados de los setenta se observó que la proporción de trabajadores asalariados de ALC se estabilizó a niveles muy por debajo de los observados en los países desarrollados. La asistencia pública permaneció como la principal estrategia para solucionar el problema de oferta de servicios de salud para la población no asegurada, pero rara vez se trabajó en el desarrollo de un enfoque de administración de riesgos, y se llegó a la creación de sistemas conformados por varios regímenes, donde los trabajadores asalariados recibían financiamiento y servicios de la seguridad social, mientras que los demás recibían servicios de menor calidad y carecían de protección financiera. También se desarrolló un amplio tercer régimen de carácter privado que complementa las deficiencias de los servicios

públicos, pero que sólo esta disponible para aquéllos que pueden comprarlos.

Estas instituciones de seguridad social tradicionales, financiadas principalmente con impuestos sobre la nómina, han tenido problemas para aumentar la cobertura a nivel nacional en las últimas dos décadas. El debate político para solucionar este problema se dirige hacia el desarrollo de modelos de protección universal que disminuyen o eliminan los impuestos sobre la nómina para dar acceso a los servicios de salud a toda la población.

En la zona continental de ALC, la seguridad social fue frecuentemente desarrollada como un solo programa de seguros para la salud y pensiones. Las reformas de los ochenta y noventa los han separado en varios casos Sin embargo, si existía una condición inicial de fragmentación, ésta comúnmente se ha transmitido a las nuevas instituciones al menos en parte.

Uno de los objetivos de las reformas ha sido impulsar la separación de financiamiento y provisión de servicios de los sistemas de salud. Cada país ha seguido una ruta que corresponde a sus circunstancias históricas e institucionales, pero existe un consenso acerca de la necesidad de aumentar la cobertura. Las distintas tendencias para alcanzar este objetivo se pueden agrupar en dos vertientes: la primera ha sido buscar el aumento en la formalización de la economía manteniendo elementos asistenciales, pero permitiendo la fragmentación del sistema, y la segunda ha sido garantizar la cobertura universal, deslindando el pago de impuestos sobre la nómina del acceso a los servicios, aunque frecuentemente ha implicado la necesidad de financiarse con un mayor nivel de recursos gubernamentales.

La existencia de regímenes separados integrados verticalmente complica la adopción de políticas públicas o instrumentos de mercado. Además, genera problemas de ineficiencia con el mercado laboral pues lleva restricciones en la movilidad de los trabajadores ya que cada régimen controla el financiamiento y la provisión de servicios para un grupo social con poco o ningún flujo de presupuesto o pacientes entre ellos.

Para aumentar la cobertura se observan dos elementos que se han considerado necesarios en algunos programas importantes de reforma. El primero es que la financiación de la salud esté desvinculada del tradicional impuesto sobre la nómina y el segundo aumentar la inversión en salud mediante recursos públicos derivados de impuestos generales.

El "derecho a la salud" ha sido promulgado en la mayoría de los países de LAC, pero en la ausencia de estructuras fiscales y financieras necesarias para facilitar el desarrollo de planes de seguro y su operación coordinada, y de consistencia entre la regulación de la salud y del trabajo, tal derecho puede permanecer sólo como declaración.

VIII.7 Seguridad Social Dirigida a Tratar el VIH/SIDA en los Países de América. Financiamiento de Enfermedades de Alto Costo y Tratamiento

En años recientes el número de personas con VIH/SIDA se ha incrementado considerablemente y, dado que los costos en salud asociados son muy elevados, las políticas públicas tendrán que ser rediseñadas para ampliar la cobertura, el acceso y la calidad de este tipo de servicios de salud. En algunos países del Continente Americano, la seguridad social es el principal pagador de tratamientos de VIH/SIDA.

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida es la incapacidad de ciertas partes del sistema inmunológico para funcionar, haciendo a una persona susceptible a enfermedades ("infecciones oportunistas") que por lo general no se desarrollarían. El Virus de Inmunodeficiencia Humana es el retrovirus aislado y reconocido como la causa del SIDA. Generalmente, existe un periodo de tiempo en el cual las personas están infectadas con VIH, pero no desarrollan SIDA. Los tratamientos Antirretrovirales consisten en drogas usadas para el VIH/SIDA que retrasan la manifestación de SIDA o muerte prematura. El tratamiento ha evolucionado en los últimos 20 años desde el inicio de la epidemia, desde tratamientos con una sola droga (AZT) a terapias de droga-dual y

actualmente, a terapias de antirretrovirales activos altos (Highly Active Anti-Retroviral Therapy). HAART es un tratamiento más efectivo, ya que utiliza por lo menos tres ARV activos, se prescribe a personas con VIH positivo, incluso antes de que desarrollen síntomas de SIDA, y sin considerar que muchos nunca van a desarrollar estos síntomas.

A finales de 2002 existían 42 millones de personas viviendo mundialmente con VIH, y de éstas, 3 millones vivían en el Continente Americano. A finales de 2002, había un estimado de 980,000 casos de VIH/SIDA en América del Norte, con 45,000 personas recientemente infectadas durante el mismo año. El Caribe es sede de algunas de las tasas de infección más altas en todo el mundo después de África en el sub-Sahara, con un predominio de adultos de 4 por ciento en algunos países. En tan sólo 2002, un estimado de 440,000 personas vivían con VIH/SIDA en el Caribe con 60,000 infectados recientemente durante 2002, y otros 1.5 millones vivían con la infección en América Latina, con un estimado de 150,000 infectados durante 2003. Aproximadamente, el 57 por ciento de los casos en América Latina y el Caribe están en Brasil. A nivel continental, Estados Unidos, Brasil y Haití contaban con el 66 por ciento del total de personas estimadas viviendo con VIH en 2001. América Central tiene una alta tasa de predominio adulta (población de 15 a 49 años) y los seis países en LAC con mayores tasas son Guyana, Belice, Honduras, Panamá, Surinam y Guatemala, cuatro de los cuales están en América Central. Algunos de los países con las mayores tasas de infección tienen muy poco o nulo acceso a terapias antirretrovirales.

En la mayoría de los países de América Latina la epidemia está aún concentrada en poblaciones de alto riesgo: hombres que tienen sexo con otros hombres, usuarios de medicamentos infectados, trabajadores comerciales de sexo, prisioneros y personas con infecciones de transmisión sexual.

El impacto económico de la epidemia se observa principalmente en que ésta afecta a adultos en los años más productivos de sus vidas—dañando la capacidad de la fuerza laboral con un descenso en el número de trabajadores y en la productividad del trabajador—y que el costo del tratamiento de infecciones oportunistas asociadas y agentes ARV prescritos es alto. Según la OIT, por lo menos 26 millones de personas infectadas mundialmente con VIH son trabajadores entre 15 y 49 años.

La administración del sistema de servicios de salud en América Latina está en la mayoría de los casos dividida entre tres grupos principales de instituciones: el sector público, el sistema de seguridad social y el sector privado. Un ministerio de salud es usualmente responsable de diseñar políticas preventivas para toda la población y cubre el tratamiento de SIDA para un número pequeño de pacientes no asegurados. Las instituciones de seguridad social se encargan de proveer cuidados y terapia antirretroviral en algunos casos, para los pacientes cubiertos por el seguro, aunque a menudo reciben un porcentaje de pacientes adicionales por no contar con reglas para restringir la atención a casos de preexistencia, como hacen las aseguradoras privadas. Raras veces las compañías de seguros privadas en ALC cubren los costos relacionados al SIDA, especialmente para la población de mayor riesgo. Un gran problema para la seguridad social en los países de ALC es la exclusión de la protección social en salud. En general, la mayoría de estos países tienen sistemas de salud altamente segmentados y una baja cobertura en lo que a seguridad social se refiere. Sólo en aquellos países en los que se cuenta con una red única o con un sector altamente integrado (i.e. Costa Rica, Cuba), la mayor parte de la población está cubierta y la exclusión absoluta es rara.

Algunas de las razones por las cuales muchas personas no tienen acceso al servicio son: acceso limitado a servicios, el costo de servicios incluyendo aquellos provenientes de los hospitales públicos, cuidados clínicos de baja calidad, falta de infraestructura para programas de prevención en ambientes de servicios de salud y servicios psicológicos y sociales insuficientes.

El gasto de seguridad social en salud en países de América Latina en 2001 cubría alrededor del 39 por ciento del gasto gubernamental general en salud. La seguridad social en el Caribe-Anglo no ofrece un gasto en salud significativo, aunque ahí es donde los gobiernos centrales tienen la mayor responsabilidad legal tanto para dar como para financiar los servicios en el sector público de salud. El gasto total en la región de los países de ALC estudiados para el año 2000 se estima en US$1.2 mil millones.

En Estados Unidos, los fondos federales para el VIH/SIDA se pueden dividir en cinco categorías: (a) servicios de salud, (b) asistencia en efectivo y vivienda, (c) investigación, (d) prevención, y (e) programas globales e internacionales. Cabe señalar que poco menos de la mitad de todos los fondos federales de VIH/SIDA están diseñados por ley para ser usados específicamente en programas de VIH/SIDA, a través de Medicaid y Medicare, creados para proporcionar cuidados y servicios a cualquier persona que califique, basándose en su estado médico, funcional y financiero. Además de los fondos federales y estatales, muchos gobiernos locales, fundaciones y caridades también prestan servicios específicos.

Algunos países de ALC reciben fondos externos para VIH/SIDA. Los fondos externos juegan un papel muy importante en países pobres como Honduras (28.4 por ciento) y Nicaragua (37.6 por ciento). Brasil, Nicaragua, Bolivia y Republica Dominicana son los países que reciben más fondos externos.

Aproximadamente la mitad de la población en ALC que necesita terapia ARV recibe el tratamiento. Un tercio de las personas con VIH positivo carecen de recursos para obtener el tratamiento, mientras que el 44 por ciento de las personas con VIH positivo reciben HAART.

Para la mayoría de los países en América Central y para México, Colombia y Bolivia los sistemas de seguridad social son las principales fuentes para el financiamiento de tratamientos ARV. La mayoría de las personas estimadas que actualmente se encuentran infectadas están todavía en una etapa relativamente temprana de la enfermedad del VIH; la mayoría aún no tiene síntomas y aún no necesitan HAART, pero la necesitarán.

Los costos de ARV siguen siendo una barrera muy importante para el tratamiento, aunque se han hecho progresos para disminuirlos. En 2000, el precio de HAART para un paciente por un año era de US$10,000 a US$12,000. A principios del 2001, la competencia de genéricos y la práctica de precios diferenciados por parte de las compañías farmacéuticas contribuyeron considerablemente a la reducción de precios para los países de bajos ingresos. La situación no es simple, ya que el tratamiento se debe seguir por el resto de la vida y las prescripciones insuficientes, el mal uso y las dosis faltantes pueden generar resistencia y aumentar la posibilidad de transmitir las versiones resistentes del virus. Para que la terapia ARV sea efectiva se necesita una estructura amplia de recursos de salud, incluyendo laboratorios especializados y servicios para enfermedades infecciosas en hospitales, capaz de adecuarse a los estándares de calidad.

Mientras que el VIH/SIDA ataca primariamente a adultos y jóvenes, los adultos mayores son sexualmente activos y muchos programas de prevención no tienen efecto en esta población, porque pueden no darse cuenta de que deben cuidarse de la enfermedad, son más propensos a tener sexo sin protección y no son sujetos de diagnósticos regulares. Por otro lado, los expertos están preocupados por el difícil diagnóstico de las infecciones de VIH en los adultos mayores, ya que pueden estar confundidos con otras enfermedades relacionadas a la edad.

Otro grupo que destaca es el de las mujeres infectadas, ya que una de cada tres mujeres embarazadas infectadas con VIH transmite el virus a su bebé. El tener acceso a una simple terapia antirretroviral oral otorgada a la madre en el último mes del embarazo puede reducir la tasa de transmisión hasta de uno en diez. La tasa de

predominio de VIH/SIDA está creciendo entre mujeres, especialmente en las subregiones como América Central y el Caribe-Anglo. Actualmente, cada día un niño nace con VIH en el Caribe-Anglo.

Todavía existe una gran incertidumbre acerca del futuro de la pandemia de VIH/SIDA. Los números crecientes de las personas que viven con VIH/SIDA son casi seguros por varios años o décadas debido a la inercia demográfica, a los reportes deficientes, y a que la enfermedad sigue siendo incurable. La presión financiera en los programas de seguridad social en países que no han alcanzado un modelo estable de atención y donde hay muchos grupos que no están asegurados socialmente enfrenta una tendencia inevitablemente ascendente. La prevención y el tratamiento se refuerzan mutuamente el uno al otro y deben ser considerados como parte de un enfoque integral de cuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amadeo, Edward J. y José M. Camargo, "Brazil: Regulation and Flexibility in the Labor Market." En *Labor markets in Latin America: Combining social protection with market flexibility,* editado por Sebastian Edwards y Nora Claudia Lustig. Washington, D.C.: Brookings Institution Press, 1997.

Anderson, Patricia M. "The Effect of Employer-Provided Health Insurance on Job Mobility: Job-Lock or Job-Push?" *Documento sin publicar,* Dartmouth University, 1997.

Antolin, Pablo, Alain de Serres y Christine de la Maisonneuve. "Long-Term Budgetary Implications of Tax-Favoured Retirment Plans." *Working Paper No. 393, OECD Economics Department* 2004.

Arán, D., C. Arán y J. A. Izazola-Licea. "El Rol De La Seguridad Social De América Latina En La Lucha Contra El HIV/SIDA." FUNSALUD/SIDALAC, 2003.

ARRCO. "Supplementary Pension Schemes for Workers in France." 2001.

Asociación Internacional de Organismos de Supervisión de Fondos de Pensiones. *Boletín Estadístico No. 9.* Buenos Aires: AIOS, 2003.

Asociación Internacional de Seguridad Social. "Social Security in the People's Republic of China." *ISSA. 28th. General Assembly.* Beijing, 2004.

Banco Mundial. "World Development Indicators/Data Query." 2001. Disponible en: http://devdata.worldbank.org/data-query/.

Banco Mundial. "HIV/AIDS in Central America: An Overview of the Epidemic and Priorities for Prevention". Latin American and Caribbean Region: Global HIV/AIDS Program. World Bank, 2003.

Banco Mundial. *Public-Private Infrastructure Advisory Facility PPIAF Toolkit.* Washington, D.C.: World Bank, 2003.

Banco Mundial. *Income Inequality in Latin America and The Caribbean: Breaking With History?* Washington, D.C.: World Bank, 2003.

Banco Mundial. *World Economic Outlook: Growth and Institutions.* Washington, D.C.: World Bank, 2003.

Banco Mundial. *World Development Indicators CD-ROM.* Washington: Banco Mundial, 2004.

Banco Mundial. *AIDS Regional Update: Latin America & the Caribbean.* Disponible en: http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:20054567~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:4607,00.html. 2004.

Barr, Nicholas. *The Welfare State As Piggy Bank: Information, Risk, Uncertainty, and the Role of the State.* Oxford University Press, 2001.

Basu, Kaushik. "Child Labor: Cause, Consequence, and Cure." *Journal of Economic Literature* 37, no. 3 (1999): 1083-1119.

Bautista, Sergio Antonio, Tania Dmytraczenko, Gilbert Kombe y Stefano M. Bertozzi. "Costing of HIV/AIDS Treatment in Mexico." *Partners for Health Reform Plus*, 2002.

Behrman, Jere R., Nancy Birdsall y Miguel Székely. "Economic Reform and Wage Differentials in Latin America." *Inter-American Development Bank Research Department Working Paper No. 435,* 2000.

Berger, Mark C., Dan A. Black y Frank A. Scott. "Is There Job-Lock? Evidence From the Pre-HIPAA Era." *Southern Economic Journal* 70, no. 4 (2004): 953-976.

Berger, Mark C., Dan A. Black, Frank A. Scott y Amitabh Chandra. "Health Insurance Coverage of the Unemployed: COBRA and the Potential Effects of Kassebaum-Kennedy." *Journal of Policy Analysis and Management* 18, no. 3 (1999): 430-448.

Bernard, Eleine. "The Politics of Canada's Health Care System." 1992. Disponible en: http://www.law.harvard.edu/programs/lwp/eb/healthc.pdf.

Bertranou, Fabio, Carmen Solorio y Wouter van Ginneken, eds., *Pensiones No Contributivas y Asistenciales: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay*. Santiago: Organización Internacional del Trabajo, 2002.

Bhattacharya, Jay, Dana Goldman y Neeraj Sood. "The Link Between Public and Private Insurance and HIV - Related Mortality." *National Bureau of Economic Research Working Paper* No. 9346, 2002.

BID. *Se Buscan Buenos Empleos*. Washington, D.C.: BID, 2004.

Bird, Richard M. "Tax Reform in Latin America: a Review of Some Recent Experiences." *Latin American Research Review* 27, no. 1 (1992): 7-36.

Black, Dan, Douglas Holtz-Eakin y Stuart Rosenthal. "Racial Minorities, Economic Scale, and the Geography of Self-Employment." En *Brookings-Wharton Papers on Urban Affairs 2001,* editado por William G. Gale y Janet Rothenberg Pack. Washington, D.C.: Brookings Institution Press, 2001.

Blanchard, Oliver. "Designing Labor Market Institutions." Documento sin publicar, 2002.

Blanchflower, David G. "Self -Employment: More May Not Be Better." *National Bureau of Economic Research. Working Paper* No. 10286, 2004.

Blanchflower, David G. y Andrew J. Oswald. "Self - Employment and the Enterprise Culture.» En *British Social Attitudes: the 1990 Report,* editado por Roger Jowell y S. Witherspoon. Grower Press, 1990.

Blanchflower, David G. y Andrew J. Oswald. "What Makes an Entrepreneur?" *Journal of Labor Economics,* 16, no. 1 (1998): 26-60.

Blanchflower, David G., Philip Levine y David Zimmerman. "Discrimination in the Small Business Credit Market." *Review of Economics and Statistics* 85 , no. 4 (2003): 930-943.

Blanchflower, David G. Andrew J. Oswald y Alois Stutzer. "Latent Entrepreneurship Across Nations." *European Economic Review* 45, no. 4-6 (2001): 680-691.

Blank, Rebecca M. "The Effect of Medical Need and Medicaid on AFDC Participation." *Journal of Human Resources* 24, no. 1 (1989): 54-87.

Blau, David y Donna B. Gilleskie. "Retiree Health Insurance and Labor Force Behavior of Older Men in the 1990s." *Review of Economics and Statistics* 83, no. 1 (2001): 64-80.

Bongaarts, John y Rodolfo A. Bulatao. "Completing the Demographic Transition." *Population and Development Review* 25, 1999.

Borjas, George J. y Stephen G. Bronars. "Consumer Discrimination and Self Employment." *Journal of Political Economy* 97, no. 3 (1989): 571-605.

Borjas, George J., Richard B. Freeman y Lawrence F. Katz. "How Much Do Immigration and Trade

Affect Labor Market Outcomes?" *Brookings Papers Economic Activity* 1 (1997): 1-90.

Botero, Juan, Simeon Djankov, Rafael La Porta, Florencio Lopez-de-Silanes y Andrei Shliefer. "The Regulation of Labor." *World Bank Working Paper,* 2004 (mimeo).

Bozzette, Samuel A., Geoffrey Joyce, Daniel F. McCaffrey, Arleen A. Leibowitz, Sally C. Morton, Sandra H. Berry, Afshin Rastegar, David Timberlake, Martin F. Shapiro y Dana P. Goldman. "Expenditures for the Care of HIV-Infected Patients in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy." *New England Journal of Medicine* 344, no. 11 (2001): 817-823.

Bravo, Jorge. "Fiscal Implications of Ageing Societies Regarding Public and Pension Systems." En *Population Ageing: Challenges for Policies and Programmes in Developed and Developing Countries*, Editado por Robert Cliquet y Mohammed Nizamuddin. New York: United Nations Population Fund; and Brussels: Centum voor Bevolking-en Gezinsstudiën CBGS, 1999.

Broomberg, Jonathan. "The Cost of HIV Prevention." En *AIDS in the World II.* Oxford University Press, 1996.

Brown, Drusila K. "Child Labor in Latin America: Policy and Evidence." *Discussion Papers Series No. 0110.* Department of Economics, Tufts University, Medford, MA., 2001.

Brady, Henry E., Kamran Nayeri, Michael M. Brunetti y Carlos E. Dobkin. "Health Status, Health Insurance, and Worker Mobility: A Study of Job Lock in California" Documento sin publicar, University of California Berkeley UC DATA/Survey Research Center, 2000.

Buchmueller, Thomas C. y Robert G. Valletta. "The Effects of Employer-Provided Health Insurance on Worker Mobility." *Industrial and Labor Relations Review* 49, no. 3 (1996): 439-455.

Buchmueller, Thomas C. y Robert G. Valletta. "The Effect of Health Insurance on Married Female Labor Supply." *Journal of Human Resources* 34, no. 1 (1999): 42-70.

Card, David y Alan B. Krueger. *Myth and Measurement: The New Economics of the Minimum Wage.* Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1995.

Card, David, Francis Kramarz y Thomas Lemieux. "Changes in the Relative Structure of Wages and Employment a Comparison of the United States, Canada and France." *National Bureau of Economic Research Working Paper* No. 5487, 1996.

Caribbean Epidemiology Centre CAREC/OPS/OMS. *Status and Trends Analysis of the Caribbean HIV/ADS Epidemic 1982-2002*. Port of Spain: Caribbean Epidemiology Centre, 2004.

Carter Janelle. "Health Highlights. HIV and the Elderly." *Health Policy Review* 3, no. 2, 2002.

Cavallo-Runde, Sonia. "The Crisis in Argentina's Healthcare System." *Harvard Health Policy Review Archives,* 3, no. 2, 2002.

Cebula, Richard. "An Empirical Analysis of the Impact of Government Tax and Auditing Policies on the Size of the Undergruound Economy: The Case of the United States, 1973-1994." *American Journal of Economics and Sociology* 56, no. 2 (1997): 173-186.

Center for Disease Control and Prevention (CDC). *HIV/AIDS Surveillance Reports 5-13, 1993-2001.*

Center for Disease Control and Prevention (CDC). "GAP Country Program." 2001.

CEPAL. "América Latina: Población Económicamente Activa 1980-2025." *Boletin Demográfico No. 64.* Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. Chile: CEPAL, 1999.

CEPAL. *América Latina y el Caribe: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050.* Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL, 2000.

CEPAL. *Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe.* Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Chile: CEPAL, 2000.

CEPAL. *Panorama Social de América Latina 2000-2001.* Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Chile: CEPAL, 2001.

CEPAL. *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2003*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Chile: CEPAL, 2003.

CEPAL-CELADE. "Migración Internacional en América Latina: IMILA". *Boletín Demográfico No. 65,* 2001. Disponible en: http://www.CEPAL.cl/Celade/publica/bol65/DE_SitDemBD65.html (accesado 17 de agosto 2004).

CEPAL-CELADE. *Demographic Information*, 2004. Disponible en: http://www.CEPAL.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm (accesado 20 de agosto 2004).

Chernichovsky, Dov. "The Public-Private Mix in the Modern Health Care System Concepts. Issues and Policy Options Revisited." *National Bureau of Economic Research Working Paper* No. 7881, 2000.

Chou, Shin-Yi y Jin-Tan Liu. "National Health Insurance and Female Labor Supply: Evidence From Taiwan." Documento sin publicar, New Jersey Institute of Technology, 2000.

Chou, Yiing-Jeng y Douglas Staiger. "Health Insurance and Female Labor Supply in Taiwan." *Journal of Health Economics* 20, no. 2 (2001): 187-211.

CIEDESS. *El Seguro de Desempleo*. Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de La Seguridad Social. Chile, 2002.

CISS. *Evaluación de Las Reformas, Informe sobre la Seguridad Social en América*, 2003.

CISS. "Boletín Mensual de Seguridad Social." Marzo 1, no. 3, 2004a.

CISS. "Boletín Mensual de Seguridad Social.» Mayo 1, no. 5, 2004b.

Citizenship and Immigration Canada. *The Monitor*. 2003. Disponible en: http://www.cic.gc.ca/english/monitor/issue03/03%2Dworkers.html, (accesado el 20 de agosto, 2004).

Clark, Kenneth y Stephen Drinkwater. "Pushed Out or Pulled in? Self-Employment Among Ethnic Minorities in England and Wales." *Labour Economic Review* 7, no. 5 (2000): 603-628.

Cooper, Philip F. y Alan C. Monheit. "Does Employment-Related Health Insurance Inhibit Job Mobility?" *Inquiry* 30, no. 4 (1993): 400-416.

Coppel, Jonathan, Jean-Christopher Dumont e Ignazio Visco. *Trends in Immigration and Economic Consequences*. París: OECD, 2001.

Cortázar, Rene. "Chile: The Evolution and Reform of the Labor Market." En *Labor markets in Latin America: Combining social protection with market flexibility,* editado por Sebastian Edwards y Nora Claudia Lustig. Washington, D.C.: Brookings Institution Press, 1997.

Cox-Edwards, Alejandra. "Labor Market Regulation in Latin America: an Overview." En *Labor markets in Latin America: Combining social protection with market flexibility,* editado por Sebastian Edwards y Nora Claudia Lustig. Washington, D.C.: Brookings Institution Press, 1997.

Creedy, John. *Pensions and Population Ageing: An Economic Analysis.* Cheltenham y Northampton: Edward Elgar Publishing, 1998.

Currie, Janet y Brigitte C. Madrian. "Health, Health Insurance, and the Labor Market." En *Handbook of Labor Economics Vol. 3,* editado por Orley Ashenfelter y David Card. Amsterdam: Elsevier Science, 1999.

Cutler, David M. y Brigitte C. Madrian. "Labor Market Responses to Rising Health Insurance Costs: Evidence on Hours Worked." *RAND Journal of Economics* 29, no. 3 (1998): 509-530.

Dávila-Capelleja, Enrique R. "México: The Evolution and Reform of the Labor Market." En *Labor markets in Latin America: Combining social protection with market flexibility,* editado por Sebastian Edwards y Nora Claudia Lustig. Washington, D.C.: Brookings Institution Press, 1997.

Davis, Steven J. y Magnus Henrekson. "Tax Effects on Work Activity, Industry Mix and Shadow Economy

Size: Evidence From Rich-Country Comparisons." *National Bureau of Economic Research Working Paper* No. 10509, 2004.

Davis, Steven J., John C. Haltiwanger y Scott Schuh. *Job Creation and Job Destruction*. Cambridge, MA: MIT Press, 1996.

De la Rica, Sara y Thomas Lemieux. "Does Public Health Insurance Reduce Labor Market Flexibility or Encourage the Underground Economy? Evidence From Spain and the United States." En *Social Protection Versus Economic Flexibility: Is There a Tradeoff?*, editado por R. M. Blank, 265-299. Chicago: University of Chicago Press, 1994.

De Soto, Hernando. *El Misterio Del Capital*. México: Diana, 2000.

Decker, Sandra L. "The Effect of Medicaid on Access to Health Care and Welfare Participation". Ph. D. Dissertation, Harvard University, 1993.

Denton, Frank T., Christine H. Feaver y Byron G. Spencer. *Projections of the Population and Labour Force to 2046: Canada*. Social and Economic Dimensions of an Aging Population. SEDAP Research Paper No. 15, 2000.

Diario Oficial. "Convenio Bilateral de Seguridad Social con La República del Perú" D. S. No. 37. *Relaciones Exteriores.* Chile, 2004.

Dickens, William T. y Kevin Lang. "Labor Market Segmentation Theory: Reconsidering the Evidence." *National Bureau of Economic Research. Working Paper* No. 4087, 1992.

Dodds, Colin, Ronald Colman, Carol Amaratunga y Jeff Wilson. "The Cost of HIV/AIDS in Canada." *GPI Atlantic,* 2001.

Downes, Andrew S., Nlandu Mamingi y Rose-Marie Belle Antoine. "Labor Market Regulation and Employment in the Caribbean". En *Law and Employment: Lessons from Latin America and the Caribbean*, editado por James J. Heckman y Carmen Pagés. Cambridge, MA: NBER y Chicago, IL: University of Chicago, 2004.

Drury, Elizabeth. *Age Discrimination Against Older Workers in the European Union*. Studies on the Fourth Pillars. Geneva: Papers on Risk and Insurance, 1994.

Duryea, Suzanne, Olga Jaramillo y Carmen Pagés-Serra. "Latin American Labor Markets in the 1990's: Deciphering the Decade". Washington, D.C.: BID, 2003

Ellwood, David y Kathleen Adams. "Medicaid Mysteries: Transitional Benefits, Medicaid Coverage, and Welfare Exits." *Health Care Financing Review, 1990 Annual Supplement,* (1990): 119-131.

Evans, David S. y Boyan Jovanovic. "An Estimated Model of Entrepreneurial Choice Under Liquidity Constraints." *Journal of Political Economy* 97, no. 4 (1989): 808-827.

Evans, David S. y Linda S. Leighton. "Some Empirical Aspects of Entrepreneurship." *American Economic Review* 79, no. 3 (1989): 519-535.

Farmer, Paul, Fernet L'andre, Joia S. Mukherjee, Marie Sidonise Claude, Patrice Nevil, Mary C. Smith-Fawzi, Serena P. Koenig, Arachu Castro, Mercedes C. Becerra, Jeffrey Sachs, Amir Attaran y Jim Yong Kim. "Community-Based Approaches to HIV Treatment: DOT-HAART in Resource-Poor Settings." *Bulletin of World Health Organization* 79, no.12 (2001):1145-1151.

Farmer, Paul, Fernet L'andre Mukherjee, J. S., et. al. "Community Based Approaches to HIV Treatment in Resources-Poor Settings." *Lancet* 358, no. 9279 (2001): 404-409.

Feachem, Richard G. A., Neelman K. Sekhri, y Karen L. White. "Getting More for Their Dollar: a Comparison of the NHS With California's Kaiser Permanente ." *BMJ* 324, no. 7330 (2002): 135-143.

Federación Internacional de Administradoras de Fondos de Pensiones. *Resultados y Desafíos de las Reformas de Pensiones*. Santiago:CIEDESS, 2003.

Fehr, Hans, Sabine Jokisch, y Laurence Kotlikoff. "The Developed World's Demographic Transition: The Roles of Capital Flows, Immigration and Policy". *National Bureau of Economic Research Working Paper* No. 10096, 2003.

Feldstein, Martin. "There's No Such Thing as a 'Jobless' Recovery". *WSJ*, Octubre 13, 2003.

Fields, Gary S. "Rural-Urban Migration, Urban Unemployment and Underdevelopment and Job-Search Activity in LDC's." *Journal of Development Economics* 2, no. 2 (1975): 165-187.

Figueras, Josep, Philip Musgrove, Guido Carrin y Antonio Durán. "Retos Para Los Sistemas Sanitarios De Latinoamérica; ¿Qué Puede Aprenderse de La Experiencia Europea?" *Gaceta Sanitaria* 16, no. 1 (2002): 5-17.

FMI. *Government Finance Statistics Manual 2001*. Washington, D.C.: FMI, 2001.

FMI. *Government Finance Statistics: Yearbook 2003*. Washington, D.C.: FMI, 2003.

FMI. *World Economic Outlook: Growth and Institutions*. Washington, D.C.: FMI, 2003.

Fraga, Arminio. "Latin America Since the 1990s: Rising From the Sickbed?" *Journal of Economic Perspectives* 18, no. 2 (2004): 89-406.

Franzoni, Luigi Alberto. "Tax Evasion and Tax Compliance." En *Encyclopaedia of Law and Economics, Volume IV, The Economics of Public and Tax Law,* editado por Bouckert B. y De Geest G., 52-94. Cheltenham: Edward Elgar, 1998.

Freije, Samuel. "Informal Employment in Latin America and the Caribbean: Causes Consequences and Policy Recommendations." *Labour Markets Policy Briefs Series,* Inter-American Development Bank, 2001.

Friedman, Eric, Simon Johnson, Daniel Kaufmann y Pablo Zoido-Lobaton. "Dodging the Grabbing Hand: The Determinants of Unofficial Activity in 69 Countries." *Journal of Public Economics* 76, no. 3 (2000): 459-493.

Fronstin, Paul. "Employment-Based Health Benefits: Who Is Offered Coverage vs. Who Takes It." *EBRI, Issue Brief* No. 213, Employee Benefit Research Institute: Washington, D.C. 1999.

Fronstin, Paul. "Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2003 Current Population Survey." *EBRI Issue Brief* No. 264, Employee Benefit Research Institute: Washington, D.C. 2003.

Fronstin, Paul y Dallas Salisbury. "Retiree Health Benefits: Savings Needed to Fund Health Care in Retirement." *EBRI Issue Brief No. 254 Employee Benefit Research Institute: Washington, D.C,* 2003.

Funkhouser, Edward. "The Urban Informal Sector in Central America: Household Survey Evidence." *World Development* 24, no. 11 (1996): 1737-1751.

García-Abreu, Anabela, Isabel Noger y Karen Cogwill. *HIV/AIDS in Latin America: The Challenge Ahead. Health, Nutrition and Population Family HNP*, Banco Mundial, 2003.

Garro-Bordonaro, Nora. "La Seguridad Social y el Mercado Laboral en América." Conferencia Interamericana de Seguridad Social. *Revista Seguridad Social* 240 (2003): 11-27.

Garro-Bordonaro, Nora y Jorge Meléndez-Barrón. "Un Análisis de Los Diferenciales Salariales Entre Trabajadores con y sin Seguridad Social." 2004, (mimeo)

Giles, David E. y Lindsay M. Tedds. "Taxes and the Canadian Underground Economy." *Canadian Tax Paper No. 106*, 2001.

Gill, Indermit, Claudio E. Montenegro y Dörte Dömeland. *Crafting Labor Policy. Techniques and Lessons From Latin America*. World Bank and Oxford University Press, 2002.

Gill, Indermit, William F. Maloney y Carolina Sánchez-Páramo. "Liberalización del Comercio y Reforma Laboral en América Latina y el Caribe en los Años Noventa". *En Breve* (World Bank), no. 1, Mayo (2002).

Gilleskie, Donna B. y Brian Lutz. "The Impact of Employer-Provided Health Insurance on Dynamic Employment Transitions." *Journal of Human Resources* 37, no. 1 (2002): 129-162.

Goldberg, Pinelopi K. y Nina Pavcnik. "The Response of the Informal Sector to Trade Liberalization."

National Bureau of Economic Research Working Paper No. 9443, 2003.

Goldman, Dana, Darius Lakdawalla y Neeraj Sood. "HIV Breakthroughs and Risky y Sexual Behavior". *National Bureau of Economic Research. Working Paper* No. 02138, 2004.

Groshen, Erica y Simon Potter. "Has Structural Change Contributed to a Jobless Recovery?" *Federal Reserve Bank of New York Current Issues in Economics and Finance* 9, no. 8, 2003.

Gruber, Jonathan. "Health Insurance and the Labor Market." En *Handbook of Health Economics Vol. 1*, editado por A. J. Culyer y J. P. Newhouse. Amsterdam: Elsevier Science, 2000.

Gruber, Jonathan y Brigitte C. Madrian. "Health Insurance and Job Mobility: The Effects of Public Policy on Job-Lock." *Industrial and Labor Relations Review* 48, no. 1 (1994): 86-102.

Gruber, Jonathan y Brigitte C. Madrian. "Health Insurance Availability and the Retirement Decision." *American Economic Review* 85, no. 4 (1995): 938-948.

Gruber, Jonathan y Brigitte C. Madrian. "Health Insurance and Early Retirement: Evidence From the Availability of Continuation Coverage." En *Advances in the Economics of Aging,* editado por D. A. Wise. Chicago: University of Chicago Press, 1996.

Gruber, Jonathan y Brigitte C. Madrian. "Employment Separation and Health Insurance Coverage." *Journal of Public Economics* 66, no. 3 (1997): 349-382.

Gruber, Jonathan y Brigitte C. Madrian. "Health Insurance, Labor Supply and Job Mobility: A Critical Review of the Literature." En *Health Policy and the Uninsured*, editado por C. G. McLaughlin. Washington, D.C.: Urban Institute Press, 2004.

Gruber, Jonathan y David A. Wise. *Social Security and Retirement Around the World.* Chicago: University of Chicago Press, 1999.

Ham, John y Lara Shore-Sheppard. "The Impact of Public Health Insurance on Labor Market Transitions." Documento sin publicar, Ohio State University, 2003.

Hamermesh, Daniel S. "Labor Demand in Latin America and the Caribbean: What Does It Tell Us?" En *Law and Employment: Lessons from Latin America and the Caribbean*, editado por James J. Heckman y Carmen Pagés. Cambridge, MA: NBER y Chicago, IL: University of Chicago, 2004.

Hardy, A. M., K. Rauch, D. Echenberg, et. al. "The Economic Impact of the First 10,000 Cases of Acquired Immunodeficiency Syndrome in the United States." *Journal of the American Medical Association* 255, no. 2 (1986): 209-211.

Harris, John R. y Michael Todaro. "Migration, Unemployment and Development: A Two Sector Analysis." *American Economic Review* 60, no. 1 (1970): 126-142.

Health Canada. "HIV and AIDS in Canada." *Surveillance*, 2000.

Heckman, James y Carmen Pagés. "The Cost of Job Security Regulation: Evidence From Latin American Labor Markets." *National Bureau of Economic Research Working Paper* No. 7773, 2000.

Heckman, James y Carmen Pagés. Introduction to *Law and Employment: Lessons from Latin America and the Caribbean.* Cambridge, MA: NBER y Chicago, IL: University of Chicago, 2004.

Hellinger, Fred J. "The Lifetime Cost of Treating a Person With HIV." *Journal of the American Medical Association.* 270, no. 4 (1993): 474-478.

Hernández, Enrique, Nora Garro e Ignacio Llamas. *Productividad y Mercado de Trabajo en México.* Plaza y Valdez y UAM México, 2000.

Holtz-Eakin, Douglas. "Health Insurance Provision and Labor Market Efficiency in the United States and Germany." En *Social Protection Versus Economic Flexibility: Is There a Tradeoff?*, editado por R. M. Blank. Chicago: University of Chicago Press, 1994.

Holtz-Eakin, Douglas, John R. Penrod y Harvey S. Rosen. "Health Insurance and the Supply of Entrepreneurs." *Journal of Public Economics* 62, no. 1-2 (1996): 209-235.

Hopenhayn, Hugo y Juan Pablo Nicolini. "Designing an Optimal Unemployment Insurance Program, With Application to Argentina." En *Labor markets in Latin America: Combining social protection with market flexibility,* editado por Sebastian Edwards y Nora Claudia Lustig. Washington, D.C.: Brookings Institution Press, 1997.

Hurley, Jeremiah, Rhema Vaithianathan, Thomas Crossley y Deborah Cobb-Clark. "Parallel Private Health Insurance in Australia: A Cautionary Tale and Lessons for Canada." *IZA Discussion Paper* No. 515, 2002.

Irvine, Benedict y Shannon Ferguson. "Background Briefing: The Canadian Health Care System." 2002. Disponible en: http://www.cnehealth.org/pubs/health_care_in_canada.pdf

Islas, Gonzalo. *Worker's Unemployment Protection Systems in the OAS Countries*. Lima: Oficina Regional Para América Latina y El Caribe, OIT, 2002.

Izazola-Licea, José Antonio. *Cuentas Nacionales en VIH/SIDA: Estimación de Flujos de Financiamiento y Gasto en VIH/SIDA, Guatemala, 1997/1998*. México, D.F.: FUNSALUD, 2000.

Izazola-Licea, José Antonio. *Cuentas Nacionales en VIH/SIDA: Estimación de Flujos de Financiamiento y Gasto en VIH/SIDA, Brazil, 1997/1998*. México, D.F.: FUNSALUD, 2000.

Izazola-Licea, José Antonio. *Cuentas Nacionales en VIH/SIDA: Estimación de Flujos de Financiamiento y Gasto en VIH/SIDA, Uruguay, 1997/1998*. México, D.F.: FUNSALUD, 2000.

Izazola-Licea, José Antonio, Arán D. y Valladares R. "El Financiamiento de las Respuestas Nacionales Contra el SIDA en América Latina y el Caribe y el Flujo de Financiamiento Internacional." México, D.F.: FUNSALUD, 2003.

Johnson, Richard W., Amy J. Davidoff y Kevin Perese. "Health Insurance Costs and Early Retirement Decisions." Documento sin publicar, The Urban Institute: Washington, D.C., 1999.

Johnson, Simon, Daniel Kaufmann y Pablo Zoido-Lobaton. "Regulatory Discretion and the Unofficial Economy.»" *American Economic Review* 88, no. 2 (1998): 387-392.

Kahn, James G. "The Cost Effectiveness of HIV Prevention Targeting: How Much More Bang for the Buck.? *American Journal of Public Health* 86, no. 12 (1996): 1709-1712.

Kaiser Family Foundation. *Federal HIV/AIDS Spending: A Budget Chartbook: Fiscal Year 2002*, 2003.

Kaplow, Louis y Steven Shavell. "Why the Legal System Is Less Efficient Than the Income Tax in Redistributing Income.»" *Journal of Legal Studies* 23, no. 2 (1994): 667-681.

Kapur, Kanika. "The Impact of Health on Job Mobility: A Measure of Job Lock." *Industrial and Labor Relations Review* 51, no. 2 (1998): 282-297.

Karoly, Lynn A. y Jeannette A. Rogowski. "The Effect of Access to Post-Retirement Health Insurance on the Decision to Retire Early." *Industrial and Labor Relations Review* 48, no. 1 (1994): 103-123.

Kennan, John."The Elusive Effects of Minimum Wages." *Journal of Economic Literature* 33, no. 4 (1995): 1950-1965.

Kidd, Michael P. "Immigrant Wage Differentials and the Role of Self-Employment in Australia." *Australian Economic Papers* 32, no. 60 (1993): 92-115.

Kraker, Daniel. The Canadian Cure. 2001. Disponible en: http://www.inmotionmagazine.com/hcare/canadahc.html.

Krentz, Hartmut B., M. Cristopher Auld y M. John Gill. "The Changing Direct Costs of Medical Care for Patients With HIV/AIDS, 1995-2001." *CMAJ* 169, no. 2 (2003): 106-110.

Lewis, William W. *The Power of Productivity. Wealth, Poverty and the Threat to Global Stability.* Chicago: University of Chicago Press, 2004.

Ley 19.949. *Sistema De Protección Social Para Familias En Situación De Extrema Pobreza Denominado Chile Solidario.* Chile, 2004.

Loayza, Norman V. "The Economics of the Informal Sector: A Simple Model and Some Empirical Evidence From Latin America." *Carnegie-Rochester Conference, Series on Public Policy* 45 (1996): 129-162.

Lora, Eduardo. "Structural Reforms in Latin America: What Has Been Reformed and How to Measure It." *Research Department Working Paper* No. 466. Inter-American Development Bank, Washington, D.C., 2001.

Lora, Eduardo y Marta Luz Henao. "Colombia: The Evolution and Reform of the Labor Market." En *Labor markets in Latin America: Combining social protection with market flexibility,* editado por Sebastian Edwards y Nora Claudia Lustig. Washington, D.C.: Brookings Institution Press, 1997.

Lucas, Robert E. "Models of Business Cycles."*Blackwell, Oxford,*1987.

Lustig, Nora Claudia y Darryl McLeod. "Minimum Wages and Poverty in Developing Countries: Some Empirical Evidence." en *Labor markets in Latin America: Combining social protection with market flexibility,* editado por Sebastian Edwards y Nora Claudia Lustig. Washington, D.C.: Brookings Institution Press, 1997.

Madrian, Brigitte C. "Employment-Based Health Insurance and Job Mobility: Is There Evidence of Job Lock?" *Quarterly Journal of Economics* 109, no. 1 (1994): 27-54.

Madrian, Brigitte C. "The Effect of Health Insurance on Retirement." *Brookings Papers on Economic Activity* 1 (1994): 181-232.

Madrian, Brigitte C. "Health Insurance Portability. The Consequences of Cobra." *Regulation* (1998).

Madrian, Brigitte C. y Nancy D. Beaulieu. "Does Medicare Eligibility Affect Retirement?" *Inquiries in the Economics of Aging.* Editado por D. A. Wise. University of Chicago Press, 1998.

Madrian, Brigitte C. y Lars John Lefgren. "The Effect of Health Insurance on Transitions to Self Employment." University of Chicago, 1998 (mimeo).

Maloney, William F. "Does Informality Imply Segmentation in Urban Labor Markets? Evidence from Sectoral Transitions in Mexico." *World Bank Economic Review* 13 (1999): 275-302.

Maloney, William F. "Distortion and Protection in the Mexican Labor Market." *Center for Research on Economic Development and Policy Reform, Stanford University, Working Paper* No. 138, 2002.

Maloney, William F. "Informality Revisited." *Policy Research Working Paper Series* 2965, Banco Mundial, 2003.

Maloney, William F. y Jairo Nuñez. "Measuring the Impact of Minimum Wages: Evidence from Latin America." *National Bureau of Economic Research Working Paper* No. 9800, 2003.

Manuel, Annick. "The Chilean Health System: 20 Years of Reforms." *Salud Pública de México* 44(1) (2002): 60-68.

Marcouiller, Douglas, Veronica Ruiz de Castilla y Cristopher Woodruff. "Formal Measures of the Informal-Sector Wage Gap in Mexico, El Salvador and Peru." *Economic Development and Cultural Change* 45 (1997): 367-392.

Marins, José Ricardo, Leda F. Jamal, Sanny Y. Chen, Marilisa B. Barros, E. S. Hudes, A. Barbosa, P. Chequer, P. Teixeira y N. Hearst. "Dramatic Improvement in Survival Among Adult Brazilian AIDS Patients."*AIDS* 17, no. 11 (2003): 1675-1682.

Mazumdar, Dipak. "The Urban Informal Sector." *World Development* 4, no. 8 (1976): 655-679.

Mazza, Jacqueline. "Unemployment Insurance Case Studies and Lessons for Latin America and the Caribbean." *Banco Inter-Americano de Desarrollo Research Department Working Paper* no. 411, Washington, D.C., 2000.

Mesa-Lago, Carmelo. "El Desarrollo de La Seguridad Social en América Latina". *CEPAL. Estudios e Informes* no. 43. Santiago, 1985.

Mesa-Lago, Carmelo. "Social Assistance on Pensions And Health Care For The Poor In Latin America And The Caribbean". En *Shielding the Poor. Social Protection in the Developing World*. Washington D.C. Brookings Institution y BID, 2001.

Mesa-Lago, Carmelo. "Las Reformas de Pensiones en América Latina y Su Impacto en Los Principios de La Seguridad Social". *CEPAL Serie de Financiamiento de Desarrollo* No. 144. Santiago, Chile, 2004.

Mesa-Lago, Carmelo y Fabio Bertranou. *Manual de Economía de La Seguridad Social Latinoamericana*. Montevideo: Centro Latinoamericano de Economía Humana, 1998.

Meyer, Bruce D. y Dan T. Rosenbaum. "Medicaid, Private Health Insurance, and the Labor Supply of Single Mothers." Northwestern University, 2000 (mimeo).

Ministerio de Salud de Brasil. *National AIDS Drugs Policy*. Brasilia Coordenacao Nacional de DST e AID, Ministerio da Saude, 2002.

Mitchell, Olivia S. "Fringe Benefits and Labor Mobility." *Journal of Human Resources* 17, no. 2 (1982): 286-298.

Moffitt, Robert y Barbara L. Wolfe. "The Effect of the Medicaid Program on Welfare Participation and Labor Supply." *Review of Economics and Statistics* 74, no. 4 (1992): 615-626.

Montgomery, Edward y John C. Navin. "Cross-State Variation in Medicaid Program and Female Labor Supply." *Economic Inquiry* 38, no. 3 (2000): 402-418.

Moore, Kevin. "The Effects of the 1986 and 1993 Tax Reforms on Self-Employment." Board of Governors of the Federal Reserve System. Washington, D.C., 2003. (mimeo).

Márquez, G. "Protección al Empleo y Funcionamiento del Mercado de Trabajo: Una Aproximación Comparativa." Banco Inter-Americano de Desarrollo, 1998. (mimeo).

Naciones Unidas. *World Population Ageing: 1950-2050*. Nueva York, 2002.

Naciones Unidas. *World Demographic Trends.* New York: Report of the Secretary-General, 2003.

OECD. *Measuring the Non- Observed Economy: A Handbook.* París, 2002.

OIT. *World Labour Report 1997-1998: Industrial Relations, Democracy and Social Stability.* Ginebra: OIT, 1997.

OIT. *World Labour Report 2000: Income Security and Social Protection in a Changing World*. Ginebra: OIT, 2000.

OIT. *Decent Work and the Informal Economy. Report VI, International Labour Conference, 90th Session.* Ginebra: OIT, 2002.

OIT. *Social Security: Issues, Challenges and Prospects. Report VI, International Labour Conference, 89th Session*. Ginebra: OIT, 2001.

OIT. *Every Child Counts: New Global Estimates on Child Labour.* Ginebra: OIT, 2002.

OIT. *Panorama Laboral 2003*. Lima: OIT, 2003.

OIT. *Labour Statistics Database.* Copyright International Labour Organization, 1998-2004. Ginebra: OIT, 2004.

OIT. *Tendencias Mundiales de Empleo.* Suiza: OIT, 2004.

Oliveira, Maria Auxiliadora, Lucía Luiza Vera, Andréia R. Mendoza, A. F. S. Couto-Esher, L.A. Krech, E. M. Santos, M. A. E. Consendey, T. B. Azeredo y J. A. Z. Bermudez. "Health Care Financing and Access to Antiretrovirals in Latin America: Case Studies of Argentina, Brazil and Colombia." Artículo presentado en *XV International AIDS Conference*, 2004.

Olson, Craig A. "A Comparison of Parametric and Semiparametric Estimates of the Effect of Spousal Health Insurance Coverage on Weekly Hours Worked by Wives." *Journal of Applied Econometrics,* 13, no. 5 (1998): 543-565.

OMS. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000.* Ginebra: OMS, 2000.

OMS. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2004*. Ginebra: OMS, 2004.

OPS. *Analysis of Health Sector Reforms Region of the Americas*. Organización Panamericana de la Salud e Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS y LACRSS, 2004.

OPS. *Health Expenditures Database for Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: OPS, 2003.

Parker, Susan W. y Emmanuel Skoufias. "The Impact of PROGRESA on Work, Leisure, and Time Allocation" *International Food Policy Research Institute Working Paper*. Washington, D.C.: IPFRI, 2000.

Pencavel, John H. "The Legal Framework for Collective Bargaining in Developing Countries". En *Labor markets in Latin America: Combining social protection with market flexibility,* editado por Sebastian Edwards y Nora Claudia Lustig. Washington, D.C.: Brookings Institution Press, 1997.

Penrod, John R. "Empirical Essays in the Economics of Labor and Health." Ph. D. Dissertation, Princeton University, 1994.

Pessino, Carola. "Argentina: The Labor Market During the Economic Transition". En *Labor markets in Latin America: Combining social protection with market flexibility,* editado por Sebastian Edwards y Nora Claudia Lustig. Washington, D.C.: Brookings Institution Press, 1997.

Pisani, Michael J. y José A. Pagán. "Sectoral Queueing in a Transitional Economy: The Case of Nicaragua in the 1990's." *Review of Labour Economics and Industrial Relations* 17, no. 4 (2003): 571-597.

Pisani, Michael J. y José A. Pagán. "Sectoral Selection and Informality: A Nicaragua Case Study." *Review of Development Economics,* próxima publicación, (2004).

Population Reference Bureau. *Human Population: Fundamentals of Growth Population Growth and Distribution*. 2004. Disponible en http://www.prb.org/Content/NavigationMenu/PRB/Educators/Human_Population/Population_Growth/ Population_Growth.htm (accesado el 20 de Agosto, 2004).

Price Waterhouse Coopers. *Individual Taxes 2003-2004. World Wide Summaries*, 2003.

Proceso de Negociación Conjunta Para El Acceso a Drogas Antirretrovirales y Reactivas en La Subregión Andina, Argentina, México y Paraguay. Organismo Andino de Salud, 2003. Disponible en: www.conhu.org.pe/docmarco.pdf.

Quinn, Joseph. "The Role of Bridge Jobs in the Retirement Patterns of Older Americans in the 1990s." En *Retirement Prospects in a Defined Contribution* World, editado por D. Salisbury. Washington, D.C.: Employee Benefit Research Institute, 1997.

Reynaud, Emmanuel. "Private Pensions in OECD Countries-France." *Labour Market and Social Policy Ocasional Papers.* No. 30. OECD, 1997.

Robbins, Donald J. y Thomas H. Gindling. "Trade Liberalization and the Relative Wages for More-Skilled Workers in Costa Rica." *Review of Development Economics* 3, no. 2 (1999): 140-154.

Rodrik, Dani. *Has Globalization Gone Too Far?* Institute for International Economics, Washington D.C., 1997.

Rogowski, Jeannette A. y Lynn A. Karoly. "Health Insurance and Retirement Behavior: Evidence from the Health and Retirement Survey.» *Journal of Health Economics* 19, no. 4 (2000): 529-539.

Romanov, Roy J. *Building on Values: The Future of Health Care in Canada - Final Report*. National Library of Canada, 2002.

Rosenberg, Hernán y Bernt Andersson. "Repensar la Protección Social en Salud en América Latina y el Caribe." *Revista Panamericana de Salud Pública* 8, no. 1/2 (2000): 118-125.

Rust, John. y Christopher Phelan. "How Social Security and Medicare Affect Retirement Behavior in a World of Incomplete Markets." *Econometrica* 65, no. 4 (1997): 781-831.

Saavedra, Jorge. "The Process of Access to Anti-Retroviral Therapy in Mexico: Case Study." En *Access to anti-retroviral therapy in high middle income Latin American countries* (2000): 104-194.

Saavedra, Jaime y Alberto Chong. "Structural Reform, Institutions and Earnings: Evidence from the Formal and Informal Sectors in Urban Peru." *The Journal of Developments Studies* 35, no. 4 (1999): 95-116.

Saavedra, Luz A. "Female Wage Inequality in Latin American Labor Markets." *Policy Research Working Paper* No. 2741. World Bank, 2001.

Saint-Paul, Gilles. *Dual Labor Markets. A Macroeconomic Perspective.* MIT Press, 1996.

Schneider, Friedrich y Dominik H. Enste. "Shadow Economies: Size, Causes, and Consequences." *Journal of Economic Literature* 38, no. 1 (2000): 77-114.

Schneider, Friedrich y Neck Reinhard. "The Development of the Shadow Economy under Changing Tax Systems and Structures: Some Theoretical and Empirical Results for Austria." *Finanzarchiv* 50, no. 3 (1993): 343-369.

Schone-Steinberg, Barbara y Jessica Primoff-Vistnes. "The Relationship between Health Insurance and Labor Force Decisions: An Analysis of Married Women." Agency for Healthcare Research and Quality, 2000 (mimeo).

Schuetze, Hans G. "How Do Small Firms Innovate? a Study of Innovative SMEs in British Columbia." En *Local and Regional Systems of Innovation*, editado por J. de la Mothe y G. Paquet, 191-209. Boston: Kluwer Academic Publishers, 1998.

Schuetze, Herbert J. "Taxes, Economic Conditions and Recent Trends in Male Self-Employment; a Canada-U:S: Comparison." *Labour Economics* 7, no. 5 (2000): 507-544.

Schwärtlander, Bernhard, John Stover, N. Walker, et. al. "Resources Needs for HIV/AIDS." *Science* 292 (2001): 2434-2436.

Sethuraman, Salem V. *The Urban Informal Sector in Developing Countries: Employment Poverty and Environment*. Ginebra :Organización Internacional del Trabajo, 1981.

Shome, Parthasarathi. "Taxation in Latin America: Structural Trends and Impact of Administration.» *International Monetary Fund Working Paper* WP/99/19, 1999.

SIDALAC. *National HIV/AIDS Accounts: National Estimation of Financial Flows and Expenditures on HIV/AIDS.* México: FUNSALUD, 2001.

Skoufias, Emmanuel y Susan W. Parker. "Conditional Cash Transfers and Their Impact on Child Work and Schooling: Evidence from the PROGRESA Program in Mexico." *Economía* 2, no. 1 (2001): 45-96.

Slade, Eric P. "The Effect of the Propensity to Change Jobs on Estimates of 'Job-Lock'." Johns Hopkins University, 1997 (mimeo).

Smith, Tom W. "American Sexual Behavior: Trends, Socio-Demographic Differences, and Risk Behavior." *NORC.* Updated. Versión 5, 2003.

Social Security Administration SSA. *Annual Statistical Report on the Social Security Disability Insurance Program, 2002.* 2002. Disponible en: http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/di_asr/2002/sect2.html..

Spaulding, James Wallace. "Fringe Benefits, Job Quality and Labor Mobility: Pension and Health Insurance Effects on Job-Change Decisions." Ph. D. Dissertation, University of Wisconsin-Madison, 1997.

Stiglitz, Joseph. *Economics of the Public Sector*. 3rd. edition, New York: W.W. Norton, 2000.

Stotsky, Janet G. y WoldeMariam Asegedech. "Central American Tax Reform: Trends and Possibilities." *International Monetary Fund Working Paper* WP/02/227, 2002.

Stroupe, Kevin T., Eleanor D. Kinney y Thomas J. Kniesner. "Chronic Illness and Health Insurance-Related Job Lock." *Center for Policy Research Working Paper* No. 19, Maxwell School of Citizenship and Public Affairs, Syracuse University, Syracuse, New York, 2001.

Tanzi, Vito. "Taxation in Latin America in the Last Decade." *Center for Research on Economic Development and Policy Reform Working Paper* No. 76, 2000.

Taylor, PhilipH y Alan Walker. "Intergenerational Relations in the Labour Market: the Attitudes of Employers and Older Workers." *The New Generational Contract, Intergenerational Relations, Old Age and Welfare.* Editor A. WalkerLondon: University College London Press, 1996.

Telles, Edward E. "Urban Labour Market Segmentation and Income in Brazil." *Economic Development and Cultural Change* 41 (1991): 231-250.

Thomas, Jim J. *Informal Economic Activity*. Harvester Wheatsheaf, Hemel Hempstead, 1992.

Thurston, Norman K. "Labor Market Effects of Hawaii's Mandatory Employer-Provided Health Insurance." *Industrial and Labor Relations Review* 51, no. 1 (1997): 117-135.

Tokman, Marcelo. "Age Segmentation in the Chilean Health System." *Estudios de Economía* 27, no. 1 (2000): 5-32.

Tokman, Víctor E. "Policies for a Heterogeneous Informal Sector in Latin America." *World Development* 17 (1989): 1067-1076.

U.S. Census Bureau. *Global Population Profile: 2002*. International Population Reports, 2004.

U.S. Citizenship and Immigration Services. *Yearbook of Immigration services*. 2001. Disponible en: http://uscis.gov/graphics/shared/aboutus/statistics/ybpage.htm. (accesado el 17 de Agosto de 2004).

U.S. Citizenship and Immigration Services. *Yearbook of Immigration services*. 2002. Disponible online en: http://uscis.gov/graphics/shared/aboutus/statistics/ybpage.htm. (accesado el 17 de Agosto de 2004).

U.S. Department of Labor. Labor Force Data. Disponible en: http://www.bls.gov/emp/emplab1.htm. 2004 (accesado el 17 de Agosto de 2004).

UNAIDS. *AIDS Epidemic Update*. Ginebra, 2002.

UNAIDS. *Latin America Fact Sheet Produced for World AIDS Day Geneva*. Ginebra, 2002.

UNAIDS. "Financial resources for HIV/AIDS programmes in low- and middle-income countries over the next five years", Programme Coordinating Board, thirteenth meeting: Lisbon, 11-12 December 2002. AIDS Epidemic Update. Ginebra, 2002.

UNAIDS. *Accelerating Access Initiative, Framework Document for Central America. Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS epidemic,* 2003.

UNAIDS. *AIDS epidemic update*. 2003.

UNAIDS. *Access to HIV Treatment and Care. Fact Sheet*. 2004.

UNAIDS/OMS. *Epidemiological Fact Sheet*. 2004 Update. 2004. Disponible en: www.who.int/GlobalAtlas/PDFFactory/HIV/index.asp

UNAIDS/OMS. *Treating three million by 2005. Making it happen*. The WHO strategy. Progress Report. Ginebra. Disponible en: www.who.int/3by5/publications/documents/en/WHO%20Progress%20Report.pdf. 2004b.

UNAIDS/OMS/OPS. *HIV and AIDS in the Americas: an epidemic with many faces.* Washington. D.C., 2001.

US State *Department. Statistics Database*. Copyright U.S. State Department, 2000.

Van Ginneken, Wouter. "Social Security for the Informal Urban Sector: A New Challenge for the Developing Countries." *International Social Security Review* 52 (1999): 49-69.

Van Ginneken, Wouter, ed. *Social Security for the Excluded Majority: Case Studies of Developing Countries*. Ginebra: OIT, 1999.

Varian, Hal R. *Economics of Information Technology*. University of California, Berkeley, 2003.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. "Rentenversicherung in Zeitreihen." 2004. Disponible en: www.vdr.de.

Vodopivec, Milan y Dhushyanth Raju. "Income Support Systems for the Unemployed: Issues and Options."

The World Bank, Social Protection Discussion Paper No. 0214, 2002.

Weeks, J. "Policies for Expanding Employment in the Informal Urban Sector of Developing Economies." *International Labour Review* 111, no. 3 (1975): 1-13.

Weller, Jürgen "Los Mercados Laborales en América Latina: Su Evolución en El Largo Plazo y Sus Tendencias Recientes." *CEPAL Series Económicas,* no. 11 Santiago, Chile, 1998.

Weller, Jürgen. *Economic Reforms, Growth and Employment. Labour Markets in Latin America and the Caribbean.* Libro no. 66. Chile: CEPAL, 2001.

Wellington, Allison J. y Deborah A. Cobb-Clark. "The Labor-Supply Effects of Universal Health Coverage: What Can We Learn From Individuals With Spousal Coverage?." En *Worker Well-Being: Research in Labor Economics.* Editado por S. W. Polachek, Amsterdam: Elsevier Science, 2000.

Whitehead, Margaret, Göran Dahlgren y Timothy Evans. "Equity and Health Sector Reforms: Can Low-Income Countries Escape the Medical Poverty Trap?" *The Lancet* 358 (2001): 833-836.

Whitehouse, Edward. "The Tax Treatment of Funded Pensions." *OECD Working Paper* No. 9910 (1999).

Williams, Cara. "Sources of Workplace Stress." *Perspectives on Labour and Income* 4, no. 6 (2003): 5-12.

Williamson, Jeffrey G. y Timothy J. Hatton. "What Explains Cross-Border Migration in Latin America?" *Harvard Institute of Economic Research, Discussion Paper* No. 2012, 2003.

Winkler, Anne E. "The Incentive Effects of Medicaid on Women's Labor Supply." *Journal of Human Resources* 26, no. 2 (1991): 308-337.

Woodruff, Cristopher y Rene Zenteno. *Remittances and Microenterprises in Mexico.* San Diego: University of California, 2001.

Xu, Ke, David B. Evans, Kei Kawabata, Riadh Zeramdini, Jan Klavus y Cristopher J. Murray. "Household Catastrophic Health Expenditure: a Multicountry Analysis." *The Lancet* 362, no. 9378 (2003): 111-117.

Yelowitz, Aaron S. "The Medicaid Notch, Labor Supply and Welfare Participation Evidence from Eligibility Expansions." *Quarterly Journal of Economics* 110, no. 4 (1995): 909-940.

Yelowitz, Aaron S. "Did Recent Medicaid Reforms Cause the Caseload Explosion in the Food Stamp Program?." *UCLA Working Paper* No. 756*; IRP Discussion Paper* (1996): 1109-1196.

Yelowitz, Aaron S. "The Impact of Health Care Costs and Medicaid on SSI Participation." En *Growth in Disability Benefits: Explanation and Policy Implications,* editado por Kalman Rupp y David C. Stapleton. Kalamazoo, MI: W.E. Upjohn Institute for Employment Research, 1998.

Yelowitz, Aaron S. "Why Did the SSI-Disabled Program Grow So Much? Disentangling the Effect of Medicaid." *Journal of Health Economics* 17, no. 3 (1998): 321-350.

Yelowitz, Aaron S. "Using the Medicare Buy-In Program to Estimate the Effect of Medicaid on the SSI Participation." *Economic Inquiry* 38, no. 3 (2000): 419-441.