

# SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XIX

EPOCA III

Núm. 66

NOVIEMBRE-DICIEMBRE

1970

MEXICO, D. F.

PUBLICACIÓN BIMESTRAL DE LAS SECRETARÍAS  
GENERALES DE LA C.I.S.S. Y DE LA A.I.S.S.  
ORGANO DE DIFUSIÓN DEL CENTRO INTERAMERICANO  
DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

## **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.

## I N D I C E

<b>INTRODUCCION</b> .....	9
<b>PONENCIAS OFICIALES</b> .....	15
“LA ENSEÑANZA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LAS UNIVERSIDADES” Ponencia Oficial de la Asociación Internacional de la Seguridad Social <b>Dr. Ricardo R. Moles</b> .....	17
“FORMACION DEL PERSONAL DE SALUD ANTE LAS NECESIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL” Ponencia Oficial de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina <b>Dr. José Félix Patiño</b> <b>Dr. Luis Manuel Manzanilla</b> .....	41
“SEGURIDAD SOCIAL Y EDUCACION MEDICA” “Participación de los Recursos Humanos y Materiales de la Seguridad Social en los Programas Docentes para la Salud” Ponencia Oficial del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social <b>Dr. Gastón Novelo</b> .....	51
“PARTICIPACION CONJUNTA DE LAS FACULTADES DE MEDICINA E INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA PLANIFICACION PARA LA SALUD” Ponencia Oficial de la Comisión Regional Americana Médico Social (AISS-CISS) <b>Dr. Luis Carlos Ochoa Ochoa</b> .....	103
“EDUCACION SOCIAL Y SANITARIA DE LA POBLACION EN LA PLANEACION Y DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD” Ponencia Oficial de la Oficina Sanitaria Panamericana <b>Dr. Nilo Vallejo</b> .....	139
<b>SEMINARIOS:</b>	
“FUNCION SOCIAL DE LA REHABILITACION COMO FACTOR DE LA PRODUCTIVIDAD” Ponencia Oficial de la Organización Internacional del Trabajo <b>Srita. Hilary Schlesinger</b> .....	151
“SEGURIDAD SOCIAL Y TENDENCIAS DEMOGRAFICAS EN AMERICA LATINA” Ponencia Oficial del Departamento de Asuntos Sociales de la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos <b>Act. Hernando Pérez Montaz</b> .....	183
“IMPORTANCIA SOCIAL DE LOS PROGRAMAS DE INVESTIGACION MEDICA EN LAS INSTITUCIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL” Ponencia Oficial de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social <b>Dr. José María Segovia de Arano</b> .....	207
<b>RELATO FINAL</b>	
<b>Dr. Rafael González Pacheco</b> Relator General del Congreso .....	219

**SEGUNDO CONGRESO AMERICANO  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

**BOGOTA, COLOMBIA**

**21-27 de junio de 1970**

## SEMINÁRIOS

# SEGURIDAD SOCIAL Y TENDENCIAS DEMOGRAFICAS EN AMERICA LATINA

*Ponencia Oficial del  
Departamento de Asuntos Sociales de la Secretaría General de la  
Organización de los Estados Americanos*

ACT. HERNANDO PÉREZ MONTAZ

## NOTA

Este trabajo se presenta como contribución de la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) al Seminario sobre seguridad social y tendencias demográficas que, conjuntamente con el II Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, se celebrará en Bogotá del 21 al 27 de junio de 1970.

El tema es de importancia vital para los sistemas de seguridad social de América Latina, y la OEA, con el auspicio conjunto del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), ha promovido la discusión del tópico en los Seminarios sobre Seguridad Social y Planificación Nacional, y Seguridad Social y Población celebrados en México en los años 1967 y 1969. Especialmente en este último, se presentaron trabajos y se discutieron ampliamente aspectos relativos al al efecto de la dinámica demográfica y las prestaciones y costos de la seguridad social.

Se espera que el presente trabajo contribuya a lograr soluciones para coordinar adecuadamente la dinámica demográfica y la seguridad social.

## I. ANALISIS RETROSPECTIVO Y SITUACION ACTUAL

### **Evolución demográfica y cobertura de la seguridad social**

La mayoría de los sistemas de seguridad social latinoamericanos fueron instaurados en concordancia con los patrones clásicos de los países europeos. Además, se limitaban a cubrir principalmente a los trabajadores asalariados de carácter permanente del sector urbano

o sea, a los grupos laborales con capacidad de pago. Este criterio prevalece con cierta intensidad hasta el momento actual debido, en parte, a dificultades de orden financiero y administrativo confrontadas por las instituciones de seguros sociales.

La alta proporción de población rural, los altos niveles de desempleo y subempleo en las zonas urbanas y el reducido grado de industrialización, entre otros factores, dieron por resultado que la población asegurada representara, y aún representa, una muy baja proporción de la población económicamente activa.

Por otra parte, la transición de la seguridad social y la demográfica en la mayoría de los países latinoamericanos permite establecer relaciones interesantes.

Los países más desarrollados, donde la seguridad social se caracterizó por llegar a cubrir a casi toda la población, contaron con tasas de crecimiento demográfico bajas o moderadas, debido a un correlativo descenso de la mortalidad y de la fecundidad. En cambio, en la mayoría de los países latinoamericanos el restringido campo de cobertura de los seguros sociales concurre con un alto y acelerado crecimiento demográfico, ocasionado por el descenso de la mortalidad y el mantenimiento constante de altos niveles de fecundidad <sup>(1)</sup>.

Aunque varios países han ampliado o están ampliando en forma considerable el campo de aplicación, la proporción de la población económicamente activa asegurada es todavía muy reducida en la región.

De ninguna forma pueden establecerse relaciones de causa y efecto entre el crecimiento demográfico y la cobertura de la seguridad social, aunque extender adecuadamente la cobertura es más factible si prevalece una baja o moderada tasa de crecimiento demográfico conjuntamente con cierto grado de desarrollo social y económico.

La tendencia en ciertos países latinoamericanos respecto de la relación entre el número de asegurados cotizantes y la población económicamente activa puede apreciarse en el Cuadro 1. Se nota que la variación entre países es considerable, fluctuando desde sólo un 1.1 por ciento hasta casi un 70 por ciento. En el período 1960-1967 todos los países han incrementado apreciablemente, en cifras absolutas, el número de cotizantes a los sistemas de seguridad social, y además, en la mayoría de los países de la región la tasa de crecimiento de la pobla-

(1) Ciertos países experimentaron una evolución diferente con un correlativo descenso de la mortalidad y la fecundidad.

Cuadro 1

NUMERO DE ASEGURADOS COTIZANTES Y SU PROPORCION EN  
RELACION CON LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA EN  
10 PAISES LATINOMERICANOS, 1960 Y 1967

PAIS	Cotizantes (en miles)		% de cotizantes en relación con la población económica mente activa.	
	1960	1967	1960	1967
Costa Rica	94	140	25.0	29.7
Chile	1.696(a)	2.165	68.1	71.5
El Salvador	35	72	4.4	7.1
Haití	—	29	—	1.1
Honduras	24(b)	33	4.1(b)	4.5
México (c)	1.670	2.803	14.7	18.9
Panamá	74	118	22.0	29.0
Perú (d)	670	1.035	21.0	26.5
Rep. Dominicana	134	160	16.3	15.4
Venezuela	311	641	13.0	21.9

(a) Incluye todas las Cajas de Seguro Social.

(b) Se refiere al año 1961.

(c) Incluye IMSS e ISSSTE.

(d) Incluye Seguro Social Obrero y Seguro Social del Empleado.

Fuentes: Datos de 1960: Caja Costarricense del Seguro Social, **Memo-  
rias**; Chile, Servicio del Seguro Social, **Estadística**; Instituto Salvado-  
reño del Seguro Social, **Estadística**; Panamá, Caja del Seguro Social,  
**Estadística**; Oficina Internacional del Trabajo, **La seguridad social en  
las Américas**, México — Ginebra, CISS y OIT, 1967. Datos de 1967 pro-  
porcionados por las instituciones.

ción cotizante ha excedido apreciablemente la de la población econó-  
micamente activa. Por otra parte, hubo un decenso relativo en la Re-  
pública Dominicana que ilustra el efecto combinado de tres factores:  
alta evasión en la afiliación, salario tope de obligatoriedad al sistema,  
inalterado frente a un rápido incremento del nivel de salarios, y exten-  
sión nula a nuevos sectores de población. Una gran proporción del in-  
cremento del número de cotizantes en Costa Rica, El Salvador, Chile y



México, y la totalidad del incremento en la República Dominicana, se debió al aumento demográfico y al proceso de industrialización de los países, o sea, a la expansión de la población y de las empresas afiliadas al sistema. En otros países, tales como Venezuela y Panamá, la extensión del sistema a diferentes zonas geográficas y grupos ocupacionales fue responsable de gran parte del aumento de la población cotizante.

El ampliar la cobertura de los seguros sociales a las poblaciones rurales y a los trabajadores domésticos e independientes en Latinoamérica se ha visto entorpecido no sólo por las dificultades administrativas y la falta de recursos físicos y humanos requeridos sino también por el alto grado de evasión en la afiliación de patronos y asegurados lo cual ha originado, en cierto casos excepcionales una reducción del número absoluto de cotizantes en ciertos períodos. En Paraguay la población cotizante descendió de 58,000 en 1957 a 47,470 en 1960. En Chile, de 600,000 obreros agrícolas en 1965, sólo 371,300 estaban cotizando. En Argentina sólo un 3% de los trabajadores agrícolas estaba asegurado a la Caja de Trabajadores Rurales en el año 1961.

Sin embargo, otros sistemas han cubierto rápidamente a un mayor número de trabajadores en pocos años, destacándose Colombia, donde la población cotizante se elevó de 569,000 en 1967 a 740,000 en 1969.

En los países que además otorgan servicios médicos a los familiares del asegurado cotizante —aproximadamente la mitad de los países de la región— la población beneficiaria puede alcanzar cifras considerables; por ejemplo, la proporción de la población total protegida por el sistema en Chile es del 70 por ciento y en Costa Rica el 35 por ciento.

En general puede afirmarse que el grado de cobertura actual de los sistemas de seguros sociales no fue directamente influenciado por el rápido crecimiento demográfico, sino por otros elementos de índole política, cultural y socioeconómica. A pesar de ello, si la población de Latinoamérica hubiera crecido a un ritmo más moderado, la proporción de la población activa y general comprendida dentro de los seguros sociales habría sido mayor pues, si bien el sector asalariado urbano no hubiera sido afectado apreciablemente, la población rural habría sido menor. A su vez los índices de morbilidad, mortalidad y desempleo habrían sido más bajos y los sistemas habrían otorgado servicios más adecuados a sus beneficiarios.

Estas consideraciones deben servir de guía para las acciones que se tomen en lo futuro.

## Correlaciones entre las variables demográficas y las prestaciones

La reducción de la mortalidad infantil junto con el mantenimiento (o elevación, en algunos casos) de un nivel alto de fecundidad originó, en la mayoría de los países latinoamericanos, una estructura por edades predominantemente joven y un mayor tamaño promedio de la unidad familiar. ¿Qué impacto tuvo esta evolución demográfica en las prestaciones de los sistemas de seguridad social y viceversa? Examinaremos algunas prestaciones específicas.

### *Enfermedad-maternidad*

Junto con las demás instituciones de salud, los seguros sociales contribuyeron al acelerado crecimiento demográfico de América Latina reduciendo la tasa de mortalidad. Sin embargo, debido a su baja cobertura, su efecto no puede haber sido decisivo. Por tanto, puede decirse que su aporte fue directo pero secundario <sup>(2)</sup>.

Suponiendo que la estructura por edades de la población asegurada sea similar a la de la población económicamente activa, lo cual no implica selección por edades por grupos ocupacionales, la reducción de la mortalidad originó una ligera disminución de la proporción de población económicamente activa y un correlativo incremento de la población en edades preactivas, con lo cual los sistemas que otorgaban servicios médicos a los hijos del asegurado vieron incrementada la demanda y el costo en este sector de población <sup>(3)</sup>. Este aspecto fue más que compensado por la reducción de la morbilidad y el absentismo laboral, y la mayor productividad del trabajador.

Por otra parte el efecto conjunto de una disminuida mortalidad materna y de altos niveles de fecundidad distrajo recursos adicionales del sector médico general para ser destinados a la atención obstétrica, incluyendo el tratamiento de la alta frecuencia de abortos provocados, para cuya prevención no se aplicaron programas diseñados específicamente hasta hace pocos años.

### *Vejez e invalidez*

En lo relativo a pensiones de vejez hay dos características impor-

- (2) El efecto cuantitativo de los seguros sociales en la reducción de la mortalidad en América Latina todavía no se ha investigado extensamente. Cualquier análisis al respecto tendría que considerar ciertos factores imponderables que serían dudosos la exactitud del análisis. Además, debería conocerse la tendencia de la mortalidad por grupos ocupacionales, dato poco conocido en los países latinoamericanos.
- (3) Ver "Consideraciones sobre la seguridad social" por el Prof. J. Dupeyroux, México, D. F., Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. (Cuaderno Técnico No. 3).

tantes a ser consideradas: primero, la transición demográfica, como ha ocurrido hasta el presente en la región, no ha tenido efecto significativo sobre la relación demográfica entre la población posactiva y la activa <sup>(4)</sup>, y por ende, entre la población futura pensionada y la población cotizante al sistema de seguridad social al alcanzar éste un estado de madurez; segundo, esta relación demográfica se caracteriza por una muy baja proporción de personas en edad avanzada pues, en la mayoría de los países latinoamericanos, la población de más de 65 años de edad es menor del 4 por ciento de la población total.

No deben confundirse estos planteamientos con el rápido incremento en el número y costo de las pensiones de vejez —fenómeno normal en los sistemas de pensiones después de transcurridos unos 20 años— el cual es originado por haber cumplido los asegurados los períodos de calificación y otros requisitos de elegibilidad para tener derecho a las pensiones. El aspecto a tener en cuenta es que en los sistemas latinoamericanos el número y costo de las pensiones de vejez es menor, debido a la estructura demográfica, que la que hubiera experimentado un sistema europeo bajo requisitos similares de elegibilidad.

Al descender la mortalidad, el mayor número de asegurados que sobrevivía y llegaba a las edades de retiro era compensado con el mayor número de niños que también sobrevivía y llegaba a las edades activas. De haber descendido también la fecundidad, este equilibrio no se habría producido y la población habría experimentado el fenómeno conocido por envejecimiento de la población.

Por otra parte la evolución demográfica no ha afectado en grado apreciable las pensiones de invalidez, porque no ha alterado profundamente la estructura general de la población asegurada. La incidencia de la invalidez aumenta progresivamente con la edad y su frecuencia está determinada por la actividad económica, la provisión o ausencia de medidas de seguridad e higiene laboral y los conceptos para determinar la invalidez <sup>(5)</sup>. La joven estructura por edades de las poblaciones latinoamericanas y la concentración de la misma en las actividades del sector primario de la economía originó una frecuencia de invalidez muy baja en comparación con la estimada en los cálculos

---

(4) Para un análisis técnico de este proceso ver United Nations, the Aging of Populations and its Economic and Social Implications, Nueva York, 1956. (Doc. ST/SOA/Serie A26).

(5) En ciertos fondos privados de pensiones la liberalidad en el concepto de la invalidez ha originado una más alta incidencia de pensiones por invalidez en empleados bancarios que en trabajadores industriales.

actuariales, la mayoría de los cuales se basó en experiencias de países europeos con cierto grado de industrialización.

La alta tasa de desempleo y la prioridad secundaria que ha tenido la rehabilitación del inválido y su readaptación profesional ha originado que un cierto grado de invalidez permanente sea sinónimo de desempleo o subempleo permanente, reduciéndose así la tasa de participación económica de la población activa, que de por sí es muy baja en la región.

#### *Viudez y orfandad*

El número de pensiones de viudez y orfandad se redujo debido al descenso de la mortalidad, a la joven estructura por edades de la población asegurada y a la alta frecuencia de uniones libres, en cuyo caso la concubina, según las disposiciones legales vigentes en varios países, no tiene derecho a la pensión o necesita acreditar cierto período de carácter continuo de vida en común con el causante. Sin embargo, aumentaron la duración y el costo de las pensiones por orfandad que se otorgaron a causa del elevado número de hijos que sobrevivían.

En los sistemas cuya prestación se limitaba al otorgamiento de una indemnización a los familiares por muerte del asegurado, el efecto único originado por el descenso de la mortalidad fue la reducción del número de indemnizaciones y del costo de la prestación.

#### *Asignaciones familiares*

Las asignaciones familiares, en su sentido estricto, son otorgados actualmente en sólo 6 países latinoamericanos (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile y Uruguay). Su aplicación no obedece a razones de orden demográfico sino como complemento del salario familiar. El efecto de la evolución demográfica sobre esta prestación ha sido el de elevar su número y costo debido a la alta fecundidad y rápida reducción de la mortalidad infantil.

Aunque no se ha demostrado una relación directa entre estas prestaciones y la fecundidad, tal como están diseñadas en los países latinoamericanos que las otorgan pueden constituir un ingrediente activo en el mantenimiento, e incluso elevación, de la tasa de natalidad de la población asegurada. En consecuencia, deberían estudiarse las repercusiones que pueda tener dicha relación y estructurarse el sistema en forma que contribuya a los fines de la política demográfica nacional.

En perspectiva, mientras la seguridad social (principalmente a través de sus programas de atención médica) ha ejercido cierta influen-

cia en la evolución acelerada de la población latinoamericana, los cambios de las variables demográficas han tenido un efecto profundo en todo el sistema de seguridad social.

## II. EXPECTATIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LAS TENDENCIAS DEMOGRAFICAS

### **Seguridad social y tendencias de las variables demográficas**

La tendencia de la tasa de crecimiento de la población de América Latina depende de dos factores principales: el nivel de mortalidad y el de fecundidad, suponiendo que la migración externa sea reducida y, por ende, su efecto no afecte las tendencias demográficas.

#### *Mortalidad*

Bajo condiciones normales es de esperar una gradual reducción de la mortalidad en la región, cuya mayor o menor magnitud dependerá de los recursos disponibles y la eficacia con que se planifiquen y se apliquen los programas de salud. Esta reducción se operará en todo la gama de edades, siendo posiblemente mayor en la mortalidad infantil. Por otra parte, los programas de seguridad social continuarán contribuyendo a la longevidad de los sectores postactivos.

Los grandes progresos logrados en lo pasado en el control de ciertas enfermedades serán más moderados en el futuro, en parte por una mayor resistencia de los agentes patológicos.

Excluyendo las muertes por causas externas (accidentes, suicidios, homicidios, etc.) las que tenderán a aumentar por la mayor industrialización y “tensiones urbanas”, muertes prenatales, una alta preparación de las cuales son de origen endógeno (malformaciones congénitas y enfermedades de la primera infancia), la mayor parte de las demás muertes son precedidas de un estado mórbido detectable. El simple hecho de que sea de naturaleza previsible una alta proporción de de este último grupo de enfermedades, entre las cuales se cuentan la amplia variedad de enfermedades endémicas de carácter infeccioso y parasitario, merece una intensa acción de la seguridad social latinoamericana en la medicina preventiva y la educación sanitaria. En la medida en que la seguridad social desarrolle adecuados programas de medicina preventiva y social, se determinará su contribución a la reducción de la mortalidad.

Incluso muchas de las muertes por enfermedades degenerativas y crónicas pueden evitarse mediante un adecuado programa de detección

y tratamiento. Un ejemplo clásico es el cáncer de órganos genito-urina-  
rios, el cual ha sido oportunamente detectado en programas médicos  
asociados a la planificación familiar.

Las instituciones de seguros sociales también pueden contribuir  
eficazmente a reducir la alta tasa de mortalidad materna asociada prin-  
cipalmente a la alta tasa de fecundidad y de abortos provocados. En  
un estudio de 10 ciudades latinoamericanas se observó que el aborto  
generó del 13 al 53 por ciento del total de muertes maternas de las cua-  
les el 93 por ciento obedeció a abortos provocados <sup>(6)</sup>, generalmente en  
condiciones sépticas.

### *Fecundidad*

Los planteamientos relativos a la tendencia de la mortalidad evi-  
dencian que la variable fecundidad constituye el factor determinante  
en la tasa futura de crecimiento demográfico.

De mantenerse constante la fecundidad, o de ascender ligeramen-  
te, la desfavorable estructura por edades de la población y las tasas  
de dependencia no se alterarían significativamente, afectando más se-  
riamente el progreso socioeconómico y el propio desarrollo de la segu-  
ridad social. Procede mencionar que la reducción de la fecundidad en  
los países desarrollados fue originada por la decisión de una alta pro-  
porción de familias individuales de planificar el número de hijos, lo  
cual trajo consigo una modificación del comportamiento reproductivo  
de las parejas, asociada a una elevación de la edad de los cónyuges al  
casarse. Se estima que en Europa dicha edad es por lo menos 5 años  
superior a la de América Latina, reduciéndose de esta manera el pe-  
riodo de exposición al riesgo de la mujer de quedar embarazada. Una  
serie de factores fue determinante en esta tendencia, tales como altos  
niveles educativos, cambio de actitudes en el valor socioeconómico de  
los hijos, desarrollo del sentido de previsión, alta participación femeni-  
na en la fuerza de trabajo y otros. En general muchos de estos ele-  
mentos están ausentes en el contexto demo-social de América Latina  
y la incidencia de la seguridad social en la modificación de esta situa-  
ción es evidente.

La reducción de la fecundidad en la región muy probablemente  
sea un proceso gradual y los países que tienen una tasa de natalidad su-  
perior al 40 por mil, que constituyen la gran mayoría de la región, ten-

---

(6) Ver Ruth Rice Puffer y G. Wynne Griffith, *Características de la mortalidad  
urbana*, Washington, D. C. Organización Panamericana de la Salud, 1968. (Pu-  
blicación Científica No. 151)

drán que esperar no menos de 3 décadas para que su tasa de natalidad decrezca a un nivel moderado. Como se puede suponer que la intensidad del descenso sea proporcional a la eficacia y magnitud de los programas interdisciplinarios en este sector, la seguridad social, a través de sus programas médicos y sociales y basándose en su propia doctrina, puede complementar efectivamente los esfuerzos de otras instituciones en la racionalización demográfica, y en la medida que se expandan sus programas, podría ejercer una acción directa en las actitudes y comportamiento de las familias hacia una paternidad responsable.

Entre los programas utilizados, además de los programas educativos en general, figuran en lugar preponderante los de planificación familiar, que consiste en llevar al conocimiento de las personas los problemas que acarrea un excesivo e involuntario número de hijos y, en caso de decisión voluntaria, en facilitar los medios para espaciar los nacimientos. Además, debido a la situación singular de América Latina, dichos programas deben contemplar la reducción de las altas tasas de abortos; de las uniones libres o hijos ilegítimos y, en especial, la elevación de la edad de casarse o unirse libremente.

Los planteamientos anteriores, unidos al hecho de que las "acciones externas" para reducir la fecundidad sólo tienen un efecto moderado, permiten establecer que, de reducirse la fecundidad, la magnitud del descenso a mediano plazo será reducido y consecuentemente la tasa de crecimiento de la población continuará siendo elevada. No obstante, incluso modestos adelantos en la reducción de la fecundidad tendrán un efecto profundo sobre el sistema de seguridad social.

¿Cómo puede contribuir la seguridad social en estos aspectos?

Además de la aplicación de programas de planificación familiar podrían aplicarse otros medios de acción complementarios. Entre ellos se pueden mencionar los sistemas de asignaciones familiares que otorguen prestaciones hasta cierto número de hijos en vez del sistema de valores unitarios iguales utilizados actualmente; prestaciones por matrimonio para reducir la ilegalidad o uniones libres; reducción de la duración de prestaciones económicas por maternidad, que en varios países se extienden hasta por más de tres meses, y la intensificación de la acción social en el sector familiar, con el fin de producir un cambio de actitudes y aspiraciones en la población.

Con excepción de los programas de planificación familiar, que en años recientes han puesto en aplicación algunas instituciones de

seguridad social, y los programas de acción social, es probable que los demás aspectos mencionados, por sus repercusiones, no tendrán mayor influencia a corto plazo.

Otro aspecto importante en el relativo al equilibrio demográfico entre la localización de la población por una parte, y el espacio físico, los recursos naturales y los medios de consumo. La seguridad social, al extenderse al medio rural, aportará un elemento activo en el mejoramiento de las condiciones de vida y trabajo en el campo y, consecuentemente, contribuirá a racionalizar el desequilibrio demográfico originado por la emigración incontrolada del campo hacia las ciudades.

### **Cobertura, prestaciones y costo de la seguridad social como resultado de las tendencias demográficas <sup>(7)</sup>**

#### *Cobertura*

El elevado índice de crecimiento demográfico en América Latina previsto para las próximas décadas ejercerá un afecto adverso en la seguridad social porque se requerirán mayores recursos humanos y materiales para otorgar servicios adecuados a la futura población beneficiaria. Indirectamente ello puede retardar la decisión de extender la cobertura a nuevas zonas geográficas o categorías de trabajadores, en especial si la demanda de servicios en las zonas urbanas sigue creciendo aceleradamente. Además, si el alto crecimiento demográfico es acompañado por niveles más altos de desempleo y subempleo, lo cual es muy posible, el efecto en la cobertura también será negativo.

No obstante, las perspectivas de que se amplíe el campo de aplicación de la seguridad social son promisorias debido, principalmente, a un reconocimiento de que ésta sólo se convertirá en un genuino instrumento de política social y económica en la medida en que su cobertura se extienda del sector urbano asalariado a los demás núcleos laborales mayoritarios. Sólo así se podrá lograr una efectiva redistri-

---

(7) Para un amplio análisis de estos aspectos ver los trabajos y el Informe Final preparado para el Seminario sobre Seguridad Social y Población celebrado en México en marzo de 1968 con el auspicio de la OEA y el CIESS. Los trabajos presentados fueron: Robert J. Myers, "Demografía y seguridad social", César A. Peláez, "Evaluación de la situación financiera de un sistema de seguridad social mediante la utilización del análisis demográfico" y Carmen Arretx G. y Eduardo Miranda S. "Análisis de los cambios demográficos en el sistema de seguridad social". Este último trabajo presenta un análisis cuantitativo aplicado al sistema chileno. La OEA publicará estos documentos próximamente en un solo volumen.



bución del ingreso y un adecuado nivel de protección social al trabajador latinoamericano.

En especial deberá darse prioridad a la extensión de la seguridad social a los trabajadores del campo lo cual, hasta el presente, ha tropezado con obstáculos que la han retrasado varios años. Desde el punto de vista demográfico esta extensión presentaría las siguientes ventajas:

1. Pasarían a formar parte del sistema grupos de trabajadores de más bajo nivel socioeconómico y de más alta morbilidad, mortalidad y fecundidad, los cuales serían más susceptibles a los programas para reducir estas variables.
2. Correlativamente se mejorarían las condiciones de vida y la productividad en el medio rural, lo cual contribuiría a amortiguar la emigración hacia las ciudades. Mejoraría, consiguientemente, el equilibrio demográfico urbano-rural.

Por otra parte, la extensión de la cobertura a los familiares en los países que todavía no lo han hecho, permitiría a la seguridad social operar más eficazmente en la unidad familiar.

Estas consideraciones deben ser tomadas en cuenta al programarse la extensión de la cobertura de la seguridad social.

#### *Prestaciones y costo*

El efecto futuro de las tendencias demográficas en las prestaciones y en el costo de la seguridad social debe analizarse desde dos ángulos distintos.

En primer lugar, un elevado incremento del número absoluto de beneficiarios va en detrimento del sistema porque requiere una más rápida captación de recursos para cumplir con los compromisos contraídos. La experiencia de los países más desarrollados indica que la aplicación efectiva de un adecuado sistema de protección social organizada requiere aportes económicos muy superiores a los efectuados actualmente en la mayoría de los países latinoamericanos. La alta tasa de fecundidad en la región reduce la tasa de ahorro e inversión de la unidad familiar, debido a la necesidad de destinar la mayor parte el ingreso en gastos de consumo, y constituye un obstáculo para materializar los periódicos incrementos en las contribuciones que requerirá la seguridad social.

El incremento proporcional de prestaciones (calculado a través de

la relación entre los futuros conjuntos de beneficiarios y la población económicamente activa), dependiente del anterior, sirve para determinar en qué medida, como resultado de las tendencias demográficas, será más o menos costoso el sistema de seguridad social.

En lo futuro, ambos factores dependerán de la fecundidad, la cual determinará tanto la tasa de crecimiento de la población como su estructura por edades. La reducción de la fecundidad tendría los siguientes efectos globales en lo que compete al sistema:

1. Se librarían a corto plazo recursos actualmente destinados al sector materno-infantil, los cuales podrían destinarse a mejorar la calidad de la atención médica o a extender el campo de aplicación.
2. Debido al menor tamaño de la familia y la más favorable relación de dependencia, la tasa de ahorro e inversión incrementaría, lo cual facilita las posibilidades de los asegurados, y puede suponerse que también del Estado, de aumentar los aportes que requerirá la seguridad social. Además mejoraría la desfavorable relación de médicos y enfermeras por habitante, lo cual, entre otros aspectos, haría más factible la extensión del sistema a nuevas zonas geográficas.
3. La reducción del nivel de fecundidad probablemente ocasione la inclusión de más mujeres en la fuerza de trabajo. Este proceso puede contemplarse a la inversa pues a su vez la mayor participación femenina contribuiría a una ulterior reducción de la fecundidad, en especial si la legislación, incluyendo la de seguridad social, reduce los períodos de pasividad remunerada en caso de maternidad.

Para analizar específicamente el efecto de las tendencias demográficas en las principales prestaciones del sistema conviene primeramente consignar el Cuadro 2.

**Cuadro 2**  
**EFEECTO DE LA MORTALIDAD Y LA FECUNDIDAD**  
**DECRECIENTE SOBRE LA COMPOSICION**  
**DE LA POBLACION**

	0-14	15-59	Grupos de edad 60 o más
Mortalidad decreciente	Aumento muy ligero	Descenso muy ligero	Prácticamente constante
Fecundidad decreciente	Descenso	Aumento	Aumento

El efecto de un envejecimiento de la población se manifiesta más intensamente en las pensiones por vejez, las prestaciones médicas y las asignaciones familiares.<sup>(8)</sup>

De descender la fecundidad, el número absoluto de pensiones de vejez no se verá afectado sino después de más de 60 años, cuando la primera generación de nacidos en época de fecundidad decreciente alcance las edades de retiro. La relación demográfica de pensionados en relación con la población activa no será afectada durante los primeros 15 a 18 años, pero a partir de ese período, tenderá a aumentar debido al descenso del número de personas que ingresan a la población económicamente activa. El aumento relativo del costo de las pensiones puede retrasarse por reducción de la mortalidad adulta, aumento de la mortalidad de pensionados por vejez, elevación de la edad de retiro y extensión del campo de aplicación del sistema, lo cual, debido a los períodos de calificación y otros requisitos de elegibilidad, postpone el incremento de las pensiones durante un cierto período, cualquiera sea la estructura por edades de la población.

En general, el efecto del envejecimiento de la población sobre las pensiones de invalidez es similar al que causa en las pensiones de vejez.

En el caso de la atención médica, la demanda relativa de los varios tipos de servicios dependerá de las proporciones de personas jóvenes, adultas y ancianas, porque, por ejemplo, al envejecer la población, se genera a muy largo plazo una mayor necesidad de servicios médicos para los sectores activos y posactivos. No obstante, en sentido práctico, la atención infantil y pediátrica continuará siendo durante varias décadas el principal sector en que la seguridad social deberá concentrar sus programas para el cuidado de la salud.

Al reducirse la fecundidad, si bien el número absoluto de partos y nacimientos continuará aumentando, lo hará a un ritmo más moderado, lo cual permitirá al sistema destinar recursos a otros servicios. Similar efecto se operaría en el número y costo de asignaciones familiares al descender la fecundidad.

Por otra parte, a medida que la población se componga de grupos de mayor edad, la proporción de muertes que generan pensiones de orfandad se elevará, ya que aunque decline la tasa de muertes, la proporción de este grupo en relación con la población total será mayor.

---

(8) Ver Arretx y Miranda, *op. cit.*

Para fines prácticos puede suponerse que el costo relativo de estas prestaciones se compensa. Similares correlaciones entre la seguridad social y la población podrían obtenerse para las demás prestaciones de la seguridad social.

### III. PROGRAMAS DE LOS SEGUROS SOCIALES EN LOS ASPECTOS DEMOGRAFICOS: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA

Con el propósito de obtener un cuadro regional de las actividades de las instituciones de seguridad social en el campo demográfico que permita, además, la difusión interinstitucional de las características de los programas y la experiencia en estos aspectos, se envió un cuestionario (ver Anexo) a instituciones de 17 países, los cuales se seleccionaron porque sus sistemas de seguridad social otorgaban directamente prestaciones por enfermedad y maternidad. Se recibieron respuestas de 14 instituciones (no contestaron Venezuela, Bolivia y Haití).

Se resumen a continuación los aspectos más importantes obtenidos de la encuesta.

#### **Programación sectorial y aspecto demográficos**

Para que un régimen de seguros sociales funcione adecuadamente, especialmente en vista de la coordinación que debe existir entre éste y las demás instituciones que operan en el campo socioeconómico, se ha considerado imprescindible el establecimiento de oficinas de planificación y programación (incluyendo los aspectos demográficos) dentro de las instituciones y así lo han expresado varias recomendaciones internacionales. En consecuencia, se han creado recientemente varias.

Las respuestas recibidas al respecto se sintetizan a continuación:

Instituciones con oficinas de planificación	7
Instituciones sin oficinas de planificación	6
No contestaron	1
	<hr/>
TOTAL	14

Se constató además que las oficinas están lejos de tener una estructura uniforme, reflejando en parte las condiciones y necesidades intrínsecas prevalecientes en cada país. Por esta razón es difícil la elaboración de estructuras y funciones tipo. También se evidencia la diversidad de profesionales que trabajan en dichas oficinas: médicos, contadores, planificadores, administradores (públicos y de empresa), especialistas en organización y métodos, abogados, economistas, actua-

rios, estadígrafos, ingenieros, arquitectos, odontólogos y educadores sanitarios.

Se preguntó además sobre el personal calificado en demografía y disciplinas conexas que trabajan en toda la institución. El Cuadro 3 presenta las respuestas obtenidas. Se estima que en varios países dichos profesionales no necesariamente están trabajando en su campo de especialización y que, posiblemente, las instituciones no estén utilizando plenamente los conocimientos de cada uno en su capacidad respectiva.

**Cuadro 3**

**INSTITUCIONES CON PERSONAL CAPACITADO EN  
DEMOGRAFIA O DISCIPLINAS CONEXAS**

Profesión (a)	Número de técnicos por institución							Total con técnicos en demografía y campos afines
	No tienen	1	2	3	4	5	6 y más	
Demografía	5	—	3	3	1	—	2	9
Economía	5	1	1	1	1	1	4	9
Sociología	9	3	1	—	—	—	1	5
Servicio social	2	—	—	—	—	—	12	12

(a) No incluye actuarios.

Se observa que 9 instituciones (65 por ciento de un total de 14) no tienen sociólogos en su personal. Más aún, casi una tercera parte no cuenta con demógrafos y economistas. Además, en servicio social, o no tienen personal de esta índole (2 países) o tienen un equipo de 6 o más personas y, en general, no puede decirse que haya correlación entre el tamaño de la institución y el número de técnicos de estas disciplinas que trabajan en ella. Además, se supone que la contratación de personal calificado por las instituciones está determinada por imponderables tales como la naturaleza de los programas (interés en investigación o estudios técnicos) y por el grado de desarrollo de la propia institución.

**Planificación familiar**

Se presentan a continuación, en forma resumida, las principales características en materia de planificación familiar de las 14 instituciones que contestaron el cuestionario.

1. Actualmente 7 países (50 por ciento) aplican programas de planificación familiar. De los 7 restantes 1 limita sus actividades a la enseñanza de la fisiología de la reproducción; 3 planean aplicar en breve programas de esta naturaleza y los restantes indicaron que no proyectan hacerlo. El personal de los programas invariablemente consta de médicos, enfermeras y trabajadores sociales (sólo 1 contestó que no tenía trabajadores sociales en el programa) y el número de personal técnico es muy variable (de 3 a 35 personas), lo cual refleja la diversa extensión de los mismos. En 9 de los países los médicos de las instituciones reciben adiestramiento en planificación familiar. Estos datos indican grandes adelantos en un corto tiempo en relación con las actividades de los seguros sociales en este campo <sup>(9)</sup>.
2. Todas las instituciones que tienen programas de esta naturaleza reciben asesoría externa de organismos especializados nacionales e internacionales. No se dispone de datos específicos sobre las características de la asesoría pero se presume que se refiere básicamente a entrenamiento, financiamiento, dotación de personal técnico y suministro de equipos y anticonceptivos.
3. Los programas se desarrollan en zonas urbanas con excepción de una institución, la cual también los aplica en zonas-rurales. En los próximos años es de prever que los programas continúen aplicándose en zonas de relativa concentración de población, lo cual permitirá un mejor control del programa. Esto significa, sin embargo, que una población asegurada variable, pero en algunos casos de considerable magnitud, no recibirá tales servicios <sup>(10)</sup>

Se estima que en la mayoría de las instituciones el propósito básico del programa es disminuir los abortos provocados y el consiguiente peligro para la salud materna.

(9) Los dirigentes de las instituciones de seguridad social de Centroamérica y Panamá celebraron en San Salvador del 19 al 21 de marzo del año en curso una reunión sobre Seguridad Social y Planificación Familiar.

(10) Los datos obtenidos sobre la proporción de población asegurada rural en 1968 varían entre un 0.3 por ciento para Panamá y 57.6 por ciento para Guatemala. Porcentajes intermedios se obtiene para Nicaragua (5.4); Colombia (9.6); México (12.4); Paraguay (44.2); Uruguay (población que reside fuera del área de Montevideo, 54) y Costa Rica (56.2). En el período 1960-68 ha habido poca variación en estas cifras con excepción de México, cuya proporción de población rural aumentó del 4 al 12.4 por ciento, debido a la extensión al campo, y de Paraguay, cuya proporción se redujo del 55.2 al 44.2 por ciento por la inclusión de nuevas categorías de trabajadores urbanos.

Se indican en el cuadro 4 índices de natalidad y abortos obtenidos sobre la población amparada. En relación con los mismos, ciertas advertencias técnicas caben mencionarse.

**PORCENTAJES DE MUJERES ASEGURADAS, INDICES DE NATALIDAD Y TASAS DE ABORTO, DENTRO DE LA POBLACION PROTEGIDA POR LOS REGIMENES DE SEGURIDAD SOCIAL, 1960 y 1968**

PAIS	Mujeres aseguradas		Indice de natalidad (a)		Tasas de abortos registrados (b)	
	1960	1968	1960	1968	1960	1968
Brasil	—	22.4	—	8.7	—	17.3
Colombia	—	27.0	9.6	8.0	—	18.3
Costa Rica	20.0	24.0	2.4 (c)	2.1	20.3 (c)	28.0
Ecuador (d)	21.6	24.5	1.4	1.0	13.5	—
El Salvador	22.1	24.8	10.6	9.0	8.0	11.1
Guatemala	15.3	—	2.4	2.7	14.3	16.4
Honduras	—	—	7.1 (c)	5.9	21.5 (c)	20.0
México (IMSS)	23.8	23.1	7.8	10.4	10.8	13.4
Nicaragua	29.4	19.7	8.3	8.5	14.6	13.0
Panamá	32.0	34.0	2.7	4.6	10.6 (c)	8.5
Paraguay	—	—	6.8	5.8	17.3	16.6
Perú (SSE)	35.4	37.9	1.8	2.1	4.8	8.1
Rep. Dominicana	—	—	3.5	3.9	1.7	4.6
Uruguay	24.7	24.7	0.6	0.7	2.5	6.1

(a) Número de partos por 100 aseguradas.

(b) Número de abortos por 100 partos.

(c) Año 1964.

(d) No incluye atención por maternidad a la cónyuge o concubina.

Nota: Se incluye la proporción de mujeres aseguradas como indicativo de la incidencia de dicha cifra en el índice de natalidad. Más exactamente deberían calcularse cifras ponderadas, lo cual no se hace por desconocerse cuántos asegurados están casados y cuántos unidos libremente.

Los índices de natalidad no son comparables a las tasas demográficas usuales de una población general debido a los siguientes factores:

1. Las cifras se refieren sólo a la población cotizante (hombres y mujeres) y los cónyuges o compañeros beneficiarios. Para ser comparables a las tasas usuales, deberá agregarse a esta población el resto de la población no amparada.
2. Aun cuando la composición familiar de los asegurados fuera igual a la de la población general, habría que tener en cuenta que las cifras están muy influenciadas por la proporción de población femenina asegurada, la cual fluctúa entre 19.7 y 37.9 por ciento pero con la mayoría entre un 23 y un 25%. Estas cifras han experimentado poca variación entre 1960 y 1968. Además, todos los países que informaron, con excepción de Ecuador, otorgan atención por maternidad a la cónyuge o compañera del asegurado.
3. Las cifras tienen como denominador la cantidad de partos y no la de nacidos vivos. No se conoce la incidencia de las muertes fetales y de los partos múltiples pero aproximadamente por cada cien nacidos vivos se efectúan unos 92 a 97 partos. (También pueden aplicarse a los abortos estos mismos conceptos, pues tienen como denominador el número de partos).

En el período analizado los índices de natalidad no siguen una tendencia uniforme, habiendo incrementado en algunos países y decrecido en otros. Los factores que más pueden contribuir a estas irregularidades son un deficiente registro estadístico y el aumento de la población asegurada. Debido a las limitaciones mencionadas anteriormente respecto a estas cifras, las mismas deben ser utilizadas únicamente para control interno y comparación interinstitucional.

En cambio, las tasas de aborto sí permiten establecer conclusiones de importancia y se advierte primeramente que las cifras se refieren a "abortos registrados". La experiencia de varios países muestra que las tasas reales de abortos son muy superiores a las registradas y estudios efectuados indican que más del 90 por ciento de las muertes maternas debidas a abortos son originadas por abortos sépticos o provocados. <sup>(11)</sup>

Las tasas de aborto obtenidas de la encuesta son muy elevadas, pudiendo decirse que, en promedio, de cada 7 partos se produce un aborto. En varios países consignados en el Cuadro 4, las cifras han tendido a incrementar en forma apreciable, como en Costa Rica (donde las cifras indican 2 abortos cada 7 partos). Uruguay, República Dominicana y Perú. En otros las tasas han tendido a decrecer.

Sin embargo, las cifras obtenidas muestran una práctica genera-

---

(11) Puffer y Griffith, *op. cit.*



lizada del aborto como medio de limitación del tamaño de la familia, con consecuencias negativas en la salud de la madre, el costo del sistema de seguros sociales y la propia productividad de la trabajadora.

#### IV. RESUMEN Y CONCLUSIONES

Las tendencias demográficas en el desarrollo y características de los sistemas de seguridad social en la América Latina incidieron principalmente en la rama de atención médica, originando una alta frecuencia y costo de las prestaciones por enfermedad y maternidad, especialmente la atención obstétrica y pediátrica. Además, el alto crecimiento demográfico y sus repercusiones en el desempleo y subempleo contribuyó a una baja cobertura de población por los sistemas de seguridad social.

El efecto de la evolución demográfica en las pensiones, especialmente las de vejez, no fue muy significativo debido a que la dinámica demográfica no afectó apreciablemente la relación entre la población en edades activas y posactivas aunque, en número absoluto y debido a la reducción de la mortalidad, mayores contingentes de asegurados alcanzaron las edades de retiro y percibieron pensiones por un mayor número de años. Además, la joven estructura demográfica de las poblaciones latinoamericanas originó una evolución más lenta en el número y costo de las pensiones de vejez que las experimentadas por países europeos.

Las expectativas futuras del efecto demográfico en los sistemas de seguridad social dependen básicamente de la fecundidad. A corto y mediano plazo el número de personas que entren a disfrutar de pensiones de vejez no será afectado por la tendencia de la fecundidad. Sin embargo, de reducirse ésta, después de unas dos décadas, menos personas ingresarían a la fuerza de trabajo, lo cual elevaría el costo relativo de las prestaciones por vejez.

Sin embargo, la reducción de la fecundidad liberaría recursos en el sector materno-infantil, los cuales servirían para mejorar la calidad de la atención médica, facilitaría la extensión del sistema e, indirectamente, permitiría la captación de recursos adicionales de parte de los asegurados y del Estado.

La inquietud por los problemas demográficos por las instituciones de seguridad social se refleja en la aplicación reciente de programas de planificación familiar en la mitad de los países latinoamericanos

que contestaron la encuesta. La alta tasa de abortos y su efecto nocivo en la salud de la madre constituyeron el elemento básico que originó la creación de estos programas. El efecto de dichos programas puede tender a reducir las tasas de mortalidad materna pero su efecto en la tasa de natalidad no será muy importante en los próximos años. Consecuentemente es necesario educar a las poblaciones y tomar otras medidas de índole compleja para obtener una adecuada racionalización demográfica en América Latina, y los sistemas de seguridad social pueden prestar un valioso concurso en el logro de estos fines.

## A N E X O

### PROGRAMA DE SEGURIDAD SOCIAL DEPARTAMENTO DE ASUNTOS SOCIALES ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS (OEA)

Washington, D. C., EUA

#### ENCUESTA

1. ¿Cuál ha sido la población cotizante por zonas?

Zonas	1960	1964	1968
* En áreas urbanas:			
* En áreas rurales:			
Total			

2. ¿Qué porcentaje de cotizantes fueron del sexo femenino?

Año	Porcentaje
1960	
1964	
1968	

3. ¿Qué personal con entrenamiento en demografía y/o otras disciplinas relacionadas trabajan en la institución?

Demografía: .....

Economía: .....

Sociología: .....

Trabajo (servicio) social: .....

Otros (indicar cuál): .....

\* Según la definición del último censo de población.

4. ¿Tiene la institución una oficina sobre programación o planificación de la seguridad social?

Si  No

**Afirmativo:** ¿En qué fecha fue creada? .....

¿Cuántos técnicos trabajan en la oficina? .....

¿De qué profesiones son los técnicos? .....

5. ¿Tiene la institución programas en relación a la planificación familiar o de enseñanza a los beneficiarios de la fisiología de la reproducción?

Si  No

**Afirmativo:** ¿Cuál es el nombre del programa? .....

¿Cuántos médicos, enfermeras y trabajadores sociales trabajan en el programa? (Favor de especificar separadamente).

---

¿En qué zonas se aplica el programa?

---

¿De qué instituciones recibe asesoría técnica el programa?

---

**Negativo.**

¿Planea la institución aplicar programas de esta naturaleza?

Si  No

6. ¿Los médicos de la institución, reciben o han recibido adiestramiento sobre planificación familiar?

Si  No

**Afirmativo:**

¿Qué organismos dictan los cursos?

7. ¿Cuál ha sido el número de partos y abortos registrados por la institución?

Año	No. de partos	No. de abortos
1960		
1964		
1968		

8. ¿Ha adoptado la institución una política, o elaborado planes específicos, en relación con el crecimiento de la población beneficiaria y los recursos físicos, humanos y materiales para otorgarles asistencia médica adecuada?

Si

No

**Afirmativo:**

Detalle concisamente en qué consisten éstos:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

País

Institución

Nombre y cargo de la persona que llene el cuestionario

Fecha