

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.

Evaluación de las Reformas

Informe sobre la Seguridad Social en América 2003



Conferencia Interamericana
de Seguridad Social

Evaluación de las Reformas

Informe sobre la Seguridad Social en América 2003



D.R. © 2003. 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: 968-7346-90-6
Primera Edición: octubre de 2003
Diseño de Cubierta: Carlos Lupercio/Miguel Angel Díaz Laguna
Diseño y Formación: Lucero Durán/Tobias Camba
Impreso en México por
Profesionales Gráficos de México (Programe) S. A. de C. V.
Av. Jardín No. 258, Col. Tlatilco, Del. Azcapotzalco, C. P. 02860
2003

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

Vinicius Pinheiro

Ministerio da Previdência Social, Brasil (2002)

Joseph A. Gribbin

Social Security Administration, Estados Unidos de América (2003)

Orlando Peñate

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Cuba (2004)

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)

Benjamin 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)

Joseph A. Gribbin

Social Security Administration, Estados Unidos de América

Prevención de Riesgos en el Trabajo (CAPRT)

Baldur Schubert

Ministerio da Previdência Social, Brasil

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

Santiago G. Velasco

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

Junta Directiva de Centro Interamericano de Seguridad Social (CIESS)

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

Eduardo Mauricio Ramos

Instituto Salvadoreño del Seguro Social, El Salvador

Richard Zablah

Instituto Hondureño de Seguridad Social, Honduras

Sephlin Lawrence

Social Security Board, San Cristóbal y Nevis

Secretario General de la CISS

Jorge Meléndez

Director del CIESS

Luis José Martínez Villalba

EQUIPO DE TRABAJO

El Informe sobre la Seguridad Social en América 2003 fue elaborado en la Coordinación de Publicaciones, Política Editorial e Información de la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), a cargo de Eduardo Rodríguez-Oreggia.

El proyecto fue dirigido por Jorge Meléndez, quien coordinó un equipo de trabajo en el que intervinieron expertos de la CISS, así como colaboradores externos invitados para analizar los casos específicos planteados en cada capítulo. Participaron por la CISS, la Secretaría General y su Coordinación General, además de la mencionada Coordinación de Publicaciones. También colaboró el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), a través de su Coordinación de Investigación.

El capítulo sobre los factores políticos y económicos que influyen en las reformas de la seguridad social fue escrito por Eduardo Rodríguez-Oreggia y Mario Villarreal.

El correspondiente al contexto social, económico y político de las reformas, con una visión desde los países involucrados fue elaborado bajo la dirección de Antonio Ruezga, quien invitó y coordinó a un equipo de expertos que reportó sobre diversos casos. El de Argentina fue preparado por Jorge D'Angelo y Alfredo Gamietea; el de Brasil, por Baldur Schubert y Helmut Schwarzer; el de Chile, por Gonzalo Bustos; el de Colombia, por Juan Carlos Cortés; el de Costa Rica, por Carlos Enrique Fuentes; el de Estados Unidos, por Joseph A. Gribbin; y el de México, por el mismo Antonio Ruezga.

El capítulo acerca del impacto de las reformas sobre los mercados laborales fue planeado por Nora Garro, Jorge Meléndez y Eduardo Rodríguez-Oreggia. Este último coordinó un equipo de investigadores externos que analizó lo ocurrido en varios países. La reforma de Argentina fue estudiada por Pablo Brassiolo, Guillermo Mondino y Hernán Rufo; la de Bolivia, por José Luis Evia y Miguel Fernández; la de Brasil, por Francisco Galvão Carneiro y Andrew Henley; las de Canadá y Estados Unidos, por José A. Pagán; la de Chile, por Alejandra Cox-Edwards; y la de México, por Garro, Meléndez y Rodríguez-Oreggia.

Los aspectos fiscales de las reformas, particularmente sus implicaciones redistributivas fueron estudiados de acuerdo con unos términos de referencia elaborados por Héctor Peña, quien coordinó el trabajo de dos expertos externos que contribuyeron con estudios de casos específicos: Enrique Dieulefait con el de Argentina y Alvaro Forteza con el de Uruguay. La investigación sobre México fue elaborada por Peña.

El capítulo sobre el impacto de las reformas de los sistemas de pensiones en el ahorro de los hogares se basó en un marco conceptual armado por Liliana Charles. Ella coordinó a los investigadores externos que contribuyeron con diversos estudios, Andrés A. Berruti analizó el caso de Argentina; Francisco Gallego, el de Chile y la misma Liliana Charles, el de México.

Los autores del capítulo sobre el desempeño de las administradoras de los fondos de pensiones en los regímenes reformados fueron Iván Marinovic y Salvador Valdés, quienes además, estudiaron el caso de Chile. Los de Bolivia, Perú y Uruguay fueron analizados por Flavio Marcilio Rabelo y el de México por Jorge Meléndez.

Para estudiar las reformas de los esquemas de salud en la seguridad social, Jacqueline Arzo desarrolló un marco teórico, en el cual, se basaron las contribuciones de Shelton Brown y José Pagán, que investigaron los casos de Canadá y Estados Unidos, y del despacho Bitrán y Asociados, que hizo el análisis de Colombia y Chile. Jacqueline Arzo también realizó el estudio sobre México.

Durante la elaboración del Informe, el grupo de la CISS contó con la asistencia de Cynthia Caamal, Lilia Cortez, Lucero Durán, Gabriela García, Norma González, Verónica Guajardo, Julio Leal, Eduardo Rodríguez-Montemayor, María de Jesús Sánchez, Jessica Torres y Francisco Zarco. La asistencia editorial estuvo a cargo de Lilia Cortez, Lucero Durán y Gabriela García.

PRESENTACIÓN

La primera edición del Informe sobre la Seguridad Social en América se presentó en octubre de 2002, durante la XLVI Reunión del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS) de la CISS, en la Ciudad de México. El proyecto había sido propuesto por el Presidente de la Conferencia, el doctor Santiago Levy, en junio de 2001.

Para 2003, el CPISS aprobó por unanimidad en la XLVI Reunión Anual, que el tema de la segunda edición del Informe fuera el estudio de los efectos que las reformas de los sistemas de seguridad social han tenido en el continente. También se determinó que el documento se tendría que presentar durante el encuentro anual de la CISS, a celebrarse en el mes de noviembre de 2003, en St. Michael, Barbados.

Aunque ya existían diversas evaluaciones de los procesos de reforma de la seguridad social, se pensó que la CISS podría contribuir aportando material original a las discusiones, esto es, generando datos y análisis nuevos sobre este tema.

Para ello, la Conferencia realizó 32 estudios, en los cuales, se analizaron diversos aspectos de las reformas de la seguridad social en el continente, 25 de ellos fueron comisionados a expertos externos. Los resultados de estos trabajos alimentaron el análisis de los diversos capítulos del Informe, cada uno dedicado a un tema específico.

Se plantearon diversas preguntas de investigación, las cuales, se intentan responder en el texto que se pone a consideración del lector.

Primero, se cuestiona cuáles son los principales determinantes políticos y económicos de que en un país se lleve a cabo una reforma del esquema de seguridad social. ¿Son las democracias más proclives a la reforma?, ¿es ésta más probable cuando hay un clima de libertad económica?, ¿cuál es la influencia?, de que se involucren en las discusiones de reforma, los opositores políticos del poder ejecutivo de un país, ¿la favorecen algunos grupos de presión política, como podrían ser los adultos mayores?

Estas preguntas reciben una primera respuesta basada en los patrones estadísticos que se observan entre los diversos países. Sin embargo, en el Informe no se descuida el prestar atención a la perspectiva que de las reformas se puede tener desde dentro de las naciones involucradas, esto es, se examina, también, el recuento de estos desarrollos de la seguridad social que hacen algunos actores directamente involucrados en los mismos.

Al profundizar en el análisis de temas específicos, se comienza preguntando cuáles serían los impactos de las reformas de la seguridad social sobre los mercados laborales. ¿Aumenta la cobertura de los sistemas?, ¿se promueve que las personas decidan trabajar por más años antes de retirarse de la fuerza laboral?

Posteriormente, se estudian las implicaciones fiscales de las reformas. En muchas ocasiones, se pasa de sistemas, en los cuales, las pensiones se financiaban con las aportaciones de los jóvenes, a otros en que la persona es obligada a ahorrar cuando está trabajando para pagar su propia pensión cuando se jubile. Significa esto, ¿que la seguridad social deja de ser un mecanismo de redistribución social de los ingresos? Por otro lado, ¿cuál es el costo de transitar entre un sistema y otro?

Desde siempre se ha considerado que la estructura de la seguridad social puede afectar las decisiones de ahorro de los hogares. Hay una hipótesis que sugiere que si se obliga a un trabajador a ahorrar a través de un esquema de pensiones, es posible que reduzca su ahorro voluntario. ¿Qué hay sobre esto?, ¿se modifica el efecto de la seguridad social sobre el ahorro al reformarse el sistema?

Además, algunas reformas conducen a esquemas de pensiones basados en los fondos que se acumulen en cuentas individuales de ahorro para el retiro. En estos casos, la administración de los recursos es hecha por empresas del sector privado. ¿Los costos de administrar los fondos de pensiones son menores bajo esta nueva organización?, ¿qué ocurre con los rendimientos que se obtienen?, ¿es la industria de las administradoras competitiva o tiende al monopolio?

Finalmente, los esquemas de salud de la seguridad social tienen problemas propios, los cuales, también se han tratado de resolver reformando los programas. Por ejemplo, a veces se ha mantenido el financiamiento público de los seguros de salud, pero se ha permitido la participación del sector privado en la provisión de los servicios. En otras ocasiones, se ha intentado limitar el uso excesivo de las prestaciones médicas por parte de los usuarios mediante diversas políticas de contención de costos. Además, la extensión de la cobertura de la seguridad social en salud ha sido juzgada con una de las más altas prioridades sociales. ¿Cuál es la evidencia que se tiene para evaluar las reformas de los seguros de atención médica con respecto a éstos y otros aspectos?

Por supuesto, no se piensa que las evaluaciones de todos los tópicos que aquí se presentan sean definitivas. La seguridad social siempre está en evolución.

Tampoco es posible estudiar las situaciones de todos los países americanos que hayan reformado alguna rama de sus sistemas. Ni el tiempo, ni los recursos disponibles, lo permiten. Por eso, se enfatiza el análisis de algunos de los casos más emblemáticos, para los cuales se pudieron encontrar expertos que llevaran a cabo las investigaciones, aun con las limitaciones mencionadas.

Se aspira a aportar nuevo conocimiento sobre la realidad de los esquemas de seguridad social en América, en particular, de aquéllos que han sido reformados, de una forma tal que permita entender lo que está detrás de los debates.

Ojalá que el lector juzgue que algo de éxito se tuvo en ello. Si es así, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social se habrá acercado a la consecución de su principal objetivo, a saber, contribuir al desarrollo de la seguridad social en los países de América.



Jorge Meléndez
Secretario General de la CISS

Índice

I. Conceptos Introductorios | 1

- I.1 Sistemas de seguridad social | 3
 - Sistemas de pensiones | 4
 - Seguros de salud | 5
- I.2 Principales retos de los sistemas | 5
 - Sistemas de pensiones | 5
 - Seguros de salud | 7
- I.3 ¿Qué se entiende por reforma? | 7
- I.4 Tipos de reforma de los esquemas de seguridad social | 8
- I.5 Temas y casos a evaluar | 8

II. Factores Políticos y Económicos que Influyen en las Reformas de la Seguridad Social | 13

- II.1 Las reformas de la seguridad social y la política: consideraciones teóricas | 13
- II.2 Evidencia sobre los determinantes económicos y políticos de la reforma | 16
 - II.2.1 Patrones mundiales | 16
 - II.2.2 Evidencia entre los países de América | 18
- II.3 Discusión adicional sobre los determinantes políticos y económicos de las reformas en el continente americano. | 20

III. Contexto Social, Económico y Político de las Reformas: Visión desde los Países | 23

- III.1 Argentina | 25
 - III.1.1 Origen de las reformas | 25
 - III.1.2 Características del sistema reformado | 26
 - III.1.3 Resultados de las reformas | 26
 - III.1.4 Estructuras sociales: el estatus de los mayores | 27
 - III.1.5 Problemas de los esquemas de salud | 27
 - III.1.6 Otros aspectos de la seguridad social | 28
 - III.1.7 Perspectivas de las reformas | 28
- III.2 Brasil | 29
 - III.2.1 Origen de las reformas | 29
 - III.2.2 Características del sistema reformado | 30
 - III.2.3 Resultados de las reformas | 30
 - III.2.4 Perspectivas de las reformas | 31
 - III.2.5 Conclusiones | 32
- III.3 Chile | 33
 - III.3.1 Origen de las reformas | 33
 - III.3.2 Características del sistema reformado | 33
 - III.3.3 Resultados de las reformas | 35
 - III.3.4 Estructuras sociales: el estatus de los mayores | 35
- III.4 Colombia | 36
 - III.4.1 Origen de las reformas | 36
 - III.4.2 Características del sistema reformado | 36
 - III.4.3 Resultados de las reformas | 38
 - III.4.4 Cambios a las reformas | 38
- III.5 Costa Rica | 39
 - III.5.1 Origen de las reformas | 39
 - III.5.2 Características del sistema reformado | 39
 - III.5.3 Perspectivas de las reformas | 40
- III.6 Estados Unidos de América | 41
 - III.6.1 Reformas recientes de la seguridad social | 41
 - III.6.1.a. Fortalecer el financiamiento | 41

- III.6.1.b. Dirigir los beneficios | 42
 - III.6.1.c. Recompensar y motivar el trabajo | 42
 - III.6.2 Retos a los que se enfrenta el sistema de pensiones de retiro | 42
 - III.6.3 Direcciones futuras de las reformas | 43
- III.7 México | 43
 - III.7.1 Origen de las reformas | 44
 - III.7.2 Características del sistema reformado | 44
 - III.7.3 Resultados de las reformas | 45
 - III.7.4 Perspectivas de las reformas | 46

IV. El Mercado Laboral: Efectos de las Reformas de la Seguridad Social | 49

- IV.1 Un marco para el análisis de las reformas de la seguridad social y el mercado laboral | 51
 - IV.1.1 Cobertura del sistema | 52
 - IV.1.2 Jubilación temprana de la fuerza laboral | 53
- IV.2 Cambios en la estructura de la seguridad social en países americanos que resultan relevantes para el mercado laboral | 53
- IV.3 Cambios en el alcance o cobertura del sistema | 53
 - IV.3.1 Valoración de los beneficios de la seguridad social | 55
 - IV.3.2 Cambios teóricamente esperados en cobertura a raíz de las reformas | 56
 - Argentina | 56
 - Brasil | 57
 - Chile | 57
 - México | 57
 - Colombia | 58
 - IV.3.3 Cambios reales en cobertura que se observaron después de las reformas | 58
 - Argentina | 58
 - Brasil | 59
 - Canadá | 59
 - Chile | 59
 - México | 60
- IV.4 La incidencia del retiro de la fuerza laboral y la seguridad social | 61
- IV.5 Diversas consideraciones respecto a alternativas de política | 63
- IV.6 Comentarios finales | 65

V. Aspectos Fiscales de las Reformas de los Sistemas de Pensiones: Redistribución y Costos de Transición | 67

- V.1 Algunos conceptos a utilizar | 69
- V.2 La reforma al sistema previsional de reparto en Argentina | 71
 - V.2.1 Las dificultades del esquema de reparto | 71
 - V.2.2 Cuestiones de redistribución social bajo un esquema de reparto | 72
 - V.2.3 La opción entre sistemas y las dificultades del esquema de reparto | 72
 - V.2.4 Problemática propia del sistema de capitalización | 73
 - V.2.5 Costos de transición y carga fiscal | 74
- V.3 La reforma del sistema de pensiones en México | 75
 - V.3.1 La reforma y la redistribución intrageneracional del ingreso | 75
 - V.3.2 La redistribución intergeneracional del sistema reformado | 77
 - V.3.3 Costos de transición | 79
- V.4 Reforma del sistema de pensiones en Uruguay | 79
 - V.4.1 Redistribución intergeneracional ocasionada por la reforma | 79
 - V.4.2 Efectos de redistribución intrageneracional | 80
 - V.4.3 Costos de transición | 82

VI. La Reforma de los Sistemas de Pensiones y el Ahorro de los Hogares | 83

- VI.1 Introducción | 85
- VI.2 Reforma de los sistemas de pensiones y ahorro | 86
- VI.3 Sistema de pensiones: Argentina, Chile y México
 - VI.3.1 Principales Características del Nuevo Sistema de Pensiones | 87
 - Argentina | 87
 - Chile y México | 87

85VI.4 Reforma del sistema de pensiones y ahorro: un análisis estadístico	88
Argentina y Chile	88
VI.4.1 Análisis de los efectos indirectos sobre ahorro de los hogares	88
VI.4.1.a Variables demográficas	88
VI.4.1.b Ingreso	90
VI.4.1.c Mercado Laboral	90
VI.4.1.d Acceso al Crédito	91
VI.4.2 Efectos directos de la participación en el nuevo sistema de pensiones	92
VI.5 Resultados	93
VI.6 Conclusiones	93

VII. Las Administradoras de los Fondos de Pensiones en los Regímenes Reformados | 95

VII.1 El debate sobre sistemas de reparto y de capitalización	97
VII.2 Conceptos fundamentales y marco de análisis	98
VII.2.1 Determinantes financieros de la calidad de un mandato de seguridad social	98
VII.2.1.a Modalidad de asignación del riesgo financiero agregado	98
VII.2.1.b El menú de instrumentos financieros disponibles	99
VII.2.2 Reglas especiales para las administradoras de pensiones	101
VII.3 Elementos destacables en la evolución de los regímenes adoptados en varios países de América Latina	103
Chile	103
Perú	105
Bolivia	105
Uruguay	106
México	106
VII.4 Estructura de mercado de la industria de las administradoras de fondos de pensiones: los casos de Chile y México	107
VII.4.1 Descripción del ambiente competitivo y el nivel de las comisiones	107
VII.4.2 La demanda de servicios de AFP por parte de los trabajadores	109
VII.4.3 El grado de competencia económica y la estructura de costos en la industria de las AFP	113
VII.5 Algunas propuestas de política para optimizar el funcionamiento de las industrias de las AFP	116
VII.5.1 Economías de escala	116
VII.5.2 Liberación de comisiones	117
VII.5.3 Licitación de asignaciones de cuentahabientes	117
VII.5.4 Comisión por calidad de gestión financiera	117

VIII. Reformas de los Esquemas de Salud de la Seguridad Social | 119

VIII.1 Marco conceptual	121
VIII.1.1 Definición de la seguridad social en salud y tipos de programas	121
VIII.1.2 Tipos de sistemas de seguridad social en salud	122
VIII.1.3 Objetivo de los sistemas de seguridad social en salud	123
VIII.1.3.a Clasificación de países por grupos y características necesarias para que un sistema alcance la cobertura universal y la equidad	123
VIII.1.4 Posibles problemas causados por la mezcla de aseguramiento público y privado y por la incapacidad de cumplir con la obligatoriedad de afiliación	128
VIII.2 Financiamiento y desempeño de los diferentes sistemas	130
VIII.3 Motivos que han propiciado las reformas	132
VIII.4 Reformas de los sistemas de seguridad social en salud	133
VIII.5 Algunos países que reformaron sus sistemas de seguridad social en salud	134
VIII.5.1 Estados Unidos	135
VIII.5.1.a Tendencias recientes del gasto en salud	135
VIII.5.1.b Reducción de costos a través del programa de medicare	136
VIII.5.1.c Efectos de las utilización de planes de aseguramiento al estilo de Medicare en el programa managed care	137
VIII.5.1.d Efectos de la relación entre los diferentes pilares del sistema de salud	137
VIII.5.1.e Tecnología y managed care: evidencia empírica	137
VIII.5.1.f Reducción de costos y aseguramiento al estilo de managed care: evidencia empírica	138

VIII.5.1.g	Cambios recientes en el gasto en salud 139
VIII.5.2	Canadá 139
VIII.5.2.1.a	Tendencias de los costos de la atención médica en Canadá 139
VIII.5.2.1.b	Conclusiones finales 140
VIII.5.3	Chile 140
VIII.5.3.a	Reformas de la seguridad social en salud 140
VIII.5.3.b	Sistema público de salud (FONASA) 140
VIII.5.3.c	Sistema de salud privado (ISAPRES) 141
VIII.5.3.d	Comparación de los sistemas público y privado 141
VIII.5.3.e	Cobertura 141
VIII.5.3.f	Acceso a los sistemas de salud 143
VIII.5.3.g	Selección adversa y selección de riesgos 143
Selección de riesgos	143
Selección adversa en contra de algún tipo de seguro	144
VIII.5.3.h	Análisis financiero 145
Análisis financiero global	145
VIII.5.3.i	Gasto del hogar en salud 147
Gasto en copagos en el sistema público	148
Gasto público en salud	149
VIII.5.3.j	Subsidio a la demanda en el sistema chileno 150
VIII.5.3.k	Principales lecciones de la reforma chilena 150
Conclusiones relevantes	150
Hallazgos útiles para otros países	150
VIII.5.4	Colombia 151
VIII.5.4.a	Antecedentes de reforma de la seguridad social en Colombia 151
VIII.5.4.b	Reforma del sistema de salud 152
VIII.5.4.c	Resultados de la reforma colombiana 152
Cobertura de seguridad social	152
Gasto en salud	154
a)	Gasto agregado en salud 154
b)	Gasto de bolsillo de los hogares para diferentes niveles de ingreso 155
c)	Equidad del gasto público por niveles de ingreso 156
VIII.5.4.d	Sustitución de los subsidios a la oferta por subsidios a la demanda 156
a)	Viabilidad de la sustitución de los subsidios a la oferta por subsidios a la demanda 157
VIII.5.4.e	Cambio en la percepción de la calidad de los servicios 157
VIII.5.4.f	Cambios en indicadores de salud y eficiencia 158
VIII.5.4.g	Selección adversa 159
a)	Selección adversa en el Régimen Contributivo 159
b)	Selección adversa en el Régimen Subsidiado 159
c)	Selección adversa entre aseguradores del Régimen Contributivo 160
VIII.5.4.h	Selección de riesgos entre aseguradores 160
VIII.5.4.i	Situación del Instituto de Seguros Sociales y su reacción ante la reforma 160
VIII.5.4.j	Reestructuración del Instituto de Seguros Sociales 161
VIII.5.4.k	Algunas observaciones finales sobre el proceso de reforma 161
IX.	Resumen y Conclusiones 175
IX.1	Resumen 177
Conceptos introductorios	177
Factores políticos y económicos que influyen en las reformas de la Seguridad Social	178
Contexto social, económico y político de las reformas: visión desde los países	179
El mercado laboral: efectos de las reformas de la Seguridad Social	180
Aspectos fiscales de las reformas de los sistemas de pensiones: redistribución y costos de transición	182
La reforma de los sistemas de pensiones y el ahorro de los hogares	183
Las administradoras de los fondos de pensiones en los regímenes reformados	184
Reformas de los esquemas de salud de la seguridad social	186
IX.2	Comentarios finales 189
Referencias	191

Cuadros

- I.1 Aspectos de los sistemas de pensiones públicos y privados | 4
- I.2 Aspectos de los seguros sociales en salud | 5
- II.1 Probabilidad de implementar una reforma de la seguridad social en el mundo, 1975-2000 | 17
- II.2 Probabilidad de reforma estructural de la seguridad social en los países de América | 19
- IV.1 Cambios importantes en los sistemas de seguridad social países seleccionados de América | 54
- IV.2 Efectos de las propuestas alternativas para tratar la solvencia financiera de largo alcance de la seguridad social en los Estados Unidos | 64
- V.1 Resultados del esquema de reparto en Argentina con distintos parámetros | 72
- V.2 Participación en el pago de impuestos por grupos de ingreso | 77
- V.3 Resumen de las cuentas generacionales de México | 78
- V.4 Distribución intergeneracional del impacto de la reforma del sistema de pensiones en Uruguay (porcentaje del PIB) | 80
- V.5 Distribución del impacto fiscal de la reforma del sistema de pensiones en Uruguay (porcentaje del PIB). Hombres | 81
- V.6 Distribución del impacto fiscal de la reforma del sistema de pensiones en Uruguay (porcentaje del PIB). Mujeres | 81
- VI.1 Ahorro de los Hogares: Principales determinantes y el Efecto de la Privatización del Sistema de Pensiones: Argentina y Chile. | 89
- VI.2 Reforma del Sistema de Pensiones del Instituto Mexicano del Seguro Social, su efecto en los patrones de consumo de los hogares. | 91
- VII.1 Menú de instrumentos financieros en sistemas de reparto y capitalización | 100
- VII.2 Rendimientos en dos fases diferentes en Chile | 104
- VII.3 Ecuación de traspasos de entradas para todas las AFP de Chile y para Cuprum por separado | 110
- VII.4 Ecuación de traspasos de salidas para todas las AFP de Chile y para Cuprum por separado | 112
- VII.5 Costos promedio y marginal en que incurren las AFP por cotizante, en Chile | 114
- VIII.1. Sistemas de Salud y Seguridad Social | 125
- VIII.2. Recursos invertidos en el sector salud (2000) e indicador del logro global de las metas (1997) | 131
- VIII.3 Participación en el aseguramiento de los sectores público y privado, por quintiles de ingreso | 142
- VIII.4 Porcentaje de población que percibe la atención recibida como buena o muy buena, por niveles de ingreso | 143
- VIII.5 Factores de riesgo | 144
- VIII.6 Estructura de cuentas nacionales del sector salud chileno, año 2000 (millones \$CH) | 146
- VIII.7 Estructura porcentual de las cuentas nacionales del sector salud chileno, año 2000 (millones \$CH) | 146
- VIII.8 Evolución del gasto público y privado per capita (millones US \$ 2002) | 147
- VIII.9 Copagos Atención Ambulatoria | 148
- VIII.10. Copagos Atención Hospitalizada | 148
- VIII.11. Presupuesto del sector público para el año 2000 | 148
- VIII.12 Porcentajes bonificados por las ISAPRES en atenciones ambulatorias y hospitalarias, 2002 | 149
- VIII.13 Gasto en salud per cápita 1969 – 2000 | 149
- VIII.14 Sustitución de la afiliación entre EPS públicas y privadas. Cifras en millones de personas | 165
- VIII.15 Gasto de bolsillo como proporción del gasto total (%) | 168

Gráficas

- II.1 Balance fiscal y probabilidad de reforma estructural | 20
- II.2 Importancia de la población mayor y probabilidad de reforma estructural | 20
- II.3 Libertad económica y probabilidad de reforma estructural | 20
- IV.1 Informalidad en el mercado laboral de Argentina | 58
- IV.2 Cobertura de la seguridad social en Brasil | 59
- IV.3 Cobertura del sistema de seguridad social en Chile | 60
- IV.4 Cobertura de la seguridad social en el sector privado mexicano de acuerdo a la ley bajo la cual se supone que el trabajador se jubile | 61
- IV.5 Razón de empleo no cubierto a empleo cubierto en el sector privado urbano mexicano | 61
- IV.6 Ingreso por trabajo y pensión entre mujeres de 56-60 años en Chile | 62

IV.7 Ingreso por trabajo y pensión entre hombres de 61-65 años en Chile 62
V.1 Masas de ingresos y egresos del sistema argentino de pensiones 71
V.2 Características redistributivas del sistema de pensiones en México 76
V.3 Características redistributivas del sistema de pensiones en México: una vez distribuido el financiamiento del déficit de la seguridad social 78
VII.1 Rentabilidad media de un vendedor en Chile 108
VII.2 Comisión efectiva promedio en Chile 108
VII.3 Comisiones sobre flujo por administrar cuentas en afores 109
VII.4 Proporción del gasto en promoción en los costos de las afores 109
VII.5 Demanda de afores: traspasos trimestrales a favor como función de comisión equivalente sobre flujo relativa a competencia (Cuarto trimestre de 1998 a segundo trimestre de 2003) 111
VII.6 Demanda de afores: traspasos trimestrales a favor como función de tasa de rendimiento de gestión relativo a competencia (Cuarto trimestre de 1998 a segundo trimestre de 2003) 111
VII.7 Demanda de afores: traspasos trimestrales cedidos como función de tasa de rendimiento de gestión relativo a competencia (Cuarto trimestre de 1998 a segundo trimestre de 2003) 112
VII.8 Demanda de afores: cuentas nuevas trimestrales de trabajadores que eligen por primera vez como función de comisión equivalente relativa a competencia (Cuarto trimestre de 1998 a segundo trimestre de 2003) 112
VII.9 Tasa de rentabilidad promedio de las AFP en Chile 113
VII.10 Costo por cotizante de las AFP en Chile 115
VII.11 Costo trimestral promedio por afiliado de una afore mexicana como función del número de afiliados según relación con un banco 115
VII.12 Costo promedio de una afore por cada 1,000 pesos de fondos administrados, como función del monto de los fondos según relación con un banco 115
VII.13 Costo trimestral promedio por afiliado de una afore mexicana como función del número de afiliados según importancia del gasto en promoción dentro de los costos totales 116
VIII.1. U.S. Health Spending, 2000: by Category (Total Health Spending = \$1.3 trillion) 135
VIII.2. U.S. National Health Expenditures and GDP Share of Health 136
VIII.3. Health Care Spending per Capita, OECD: 1960-1999 139
VIII.4 Población por institución previsional según nivel de ingreso, año 2000 142
VIII.5 Gasto por sector (mill. US\$) 147
VIII.6 Variación del número de camas según sector (Base 100=1981) 151
VIII.7 Cobertura del aseguramiento por quintiles de ingreso, en 1993 y 1997 153
VIII.8 Gasto en salud como porcentaje del PIB 154
VIII.9 Participación del gasto público y del privado en el gasto total en salud 154
VIII.10 Gasto de bolsillo en cuatro casos de estudios 155
VIII.11 Gasto de bolsillo en medicamentos, por quintil de ingreso 156
VIII.12 Percepción de la calidad en seis grandes ciudades de Colombia 158
VIII.13 Ingreso del seguro de enfermedades y maternidad del IMSS por fuente de ingreso 164
VIII.14 Gasto anual en hospitalización por derechohabiente del IMSS, hombres y mujeres 2001 165
VIII.15 Cobertura de los trabajadores asegurados por quintil de ingreso (1996-2000) 168
VIII.16 Gasto de bolsillo como porcentaje del ingreso familiar, 2000 169
VIII.17 Gasto fiscal per cápita por quintiles de ingreso 170

Acrónimos y Abreviaturas

AFAP	Administradora de Fondos de Ahorro Previsionales
AFC	Administradora de Fondo de Cesantía
AFJP	Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones
AFORE	Administradora de Fondos para el Retiro
AFP	Administradoras de Fondos de Pensiones
AFPC	Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías
ARS	Administradoras del Régimen Subsidiado
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BPS	Banco de Previsión Social
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CGT	Confederación General del Trabajo

CISS	Conferencia Interamericana de Seguridad Social
COLA	Ajuste en el costo de la vida que se aplica anualmente para el cálculo de los beneficios
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONAPREV	Consejo Nacional de Regímenes Propios de Brasil
CONSAR	Comisión Nacional de Sistema de Ahorro para el Retiro
CRP	Cuenta para el Retiro Personal basada en Inversiones
CSV	Compañías de Seguros de Vida
EPS	Entidad Promotora de Salud
FMI	Fondo Monetario Internacional
FONASA	Fondo Nacional de Salud
HI	Seguro Hospitalario
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
IPC	Índice de Precios al Consumidor
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional
ISS	Instituto de Seguros Sociales
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
IVM	Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
OASI	Fondo Fiduciario de Pensiones
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OIT	Oficina Internacional del Trabajo
ONG	Organizaciones no Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAMI	Instituto Nacional
PAP	Prestación Adicional por Permanencia
PEA	Población Económicamente Activa
PIB	Producto Interno Bruto
PME	Encuesta Mensual de Empleo
PMG	Pensión Mínima Garantizada
PUB	Prestación Básica Universal
RGPS	Régimen General de Previsión Social
RJP	Régimen de Jubilaciones y Pensiones
RNC	Régimen no Contributivo
RPPS	Régimen Propio de Previsión Social
SCFWA	Acta para la Libertad de Trabajar de los Mayores
SENCE	Servicio Nacional de Capacitación y Empleo
SICERE	Régimen Centralizado de Recaudación
SIEFORES	Sociedades de Inversión Especializadas en Fondos de Ahorro para el Retiro
SIJP	Sistema Integrado de Jubilación y Pensiones
SISBEN	Sistema de Identificación de Beneficiarios
SNP	Sistema del Gobierno
SPC/MPS	Secretaría de Previsión Complementaria
SSAB	Junta Consultiva de Seguridad Social
SSI	Programa de Ingresos Complementarios de la Seguridad
SSP	Sistema Privado de Pensiones en Perú
STF	Corte Suprema de Brasil
SUSEP	Superintendencia de Seguros Privados

CAPÍTULO I
CONCEPTOS INTRODUCTORIOS

CAPÍTULO I

CONCEPTOS INTRODUCTORIOS

La reforma de los sistemas de seguridad social se ha convertido en el principal tema de discusión en el ámbito de las políticas públicas de todos los países.

El asunto capta por igual la atención de gobernantes, funcionarios públicos, partidos políticos, académicos, sindicatos, organismos de representación empresarial, en fin, de todo tipo de actores sociales que se involucran en los debates, tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de hacerlo.

En el curso de las discusiones llega a suceder que los países más avanzados se interesen por estudiar a fondo lo que se ha hecho en materia de sistemas de pensiones en América Latina, algo que no ocurre con frecuencia cuando se analizan otras problemáticas de política pública, y que revela la universalidad de las dificultades que enfrenta la seguridad social.

Los debates sobre las reformas de los seguros de atención médica o de pensiones desatan polémicas bastante apasionadas en la sociedad, además de complejas batallas políticas, cuyos resultados tienen influencias de gran alcance sobre el futuro de los países, particularmente en cuanto a sus economías.

Desafortunadamente, en ocasiones, el ambiente de las discusiones no es del todo favorable para que los participantes puedan darse cuenta de que independientemente del resultado político, en el proceso de debate se aportan datos valiosos que ayudan a que crezca el conocimiento sobre la seguridad social, lo cual puede ser aprovechado por otros que enfrentan disyuntivas similares.

Es en este contexto, en el cual, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) hace un esfuerzo por aportar información y análisis nuevos sobre el desempeño de los regímenes reformados, tanto en pensiones como en seguros de salud.

Con ello busca cumplir con sus finalidades, entre las que destacan: el contribuir al desarrollo de la seguridad social en los países de América, impulsar la cooperación e intercambio de experiencias entre las instituciones de seguridad social, así como recopilar y difundir los avances en la materia.

Antes de discutir en detalle algunos aspectos clave de las reformas de la seguridad social en el continente americano es necesario definir y comentar diversos conceptos de referencia que serán utilizados en este informe.

1.1 Sistemas de seguridad social

Los esquemas de seguridad social buscan asegurar que todos los habitantes de un país enfrenten las mismas oportunidades sociales y económicas, sin importar que tengan que sufrir la materialización de diversos riesgos que puedan reducir permanente o temporalmente sus fuentes de sustento.

Algunos de estos riesgos pueden ser la muerte prematura, la invalidez, los accidentes laborales o las enfermedades que afectan adversamente el estado de la salud. Otras situaciones en las cuales se deteriora la capacidad de un trabajador para generar ingreso se constituyen con mayor certeza, como es el caso de la vejez, que obliga al retiro de la fuerza laboral, pero existen igualmente mecanismos sociales que permiten “asegurar” al individuo contra ese hecho, a través de una pensión.

Por la incidencia de los eventos que aseguran y la cantidad de recursos que requieren para operar, las dos ramas más importantes de la seguridad social son las de pensiones por vejez y de atención de la salud. El análisis de este informe se limita a las reformas de estos dos seguros.

Sistemas de pensiones

Estos seguros han sido clasificados como públicos o privados. Sus características son las mostradas en el Cuadro I.1 (Mesa-Lago, 2003).

No existe ningún sistema nacional de seguridad social que se limite a obligar a los trabajadores a ahorrar en una cuenta individual. Todos incorporan de alguna manera una garantía mínima para las pensiones, la cual es un compromiso fiscal del Estado, con

Cuadro I.1
Aspectos de los sistemas de pensiones públicos y privados

	Sistema Público	Sistema Privado
Contribución	No definida	Definida
Beneficios	Definidos	No definidos
Régimen financiero	Reparto o fondeo colectivo parcial	Completamente fondeado, individual
Administración	Pública	Privada o múltiple

Fuente: Mesa-Lago (2003).

En el llamado sistema público, se dice que las tasas contribución no están definidas, pues éstas dependen de las condiciones demográficas del país. De hecho, conforme envejece el mismo, las aportaciones sobre la nómina deben irse incrementando, ya que disminuye el número de trabajadores activos con relación al de los que ya alcanzaron la edad de retiro, tal y como se explicará más adelante.

Los beneficios o prestaciones están establecidos en una fórmula dictada por la ley. El régimen se financia mediante el esquema de reparto, es decir, con las aportaciones de los jóvenes se pagan las pensiones de los mayores, y es administrado por una agencia gubernamental.

En los sistemas privados, las contribuciones se determinan en principio sin atender a las condiciones demográficas del país, aunque como se verá, esto no necesariamente es posible si resulta demasiado baja la pensión a recibir al momento de la jubilación.

Los beneficios o prestaciones no están definidos con certeza, éstos dependerán de lo que se acumule en la cuenta individual del trabajador, pero se debe decir que finalmente, los beneficios establecidos por ley en el sistema público pueden ser insostenibles financieramente y, por tanto, tampoco serán recibidos con seguridad.

El sistema privado está fondeado en el sentido de que la pensión depende de lo que la persona haya acumulado en su cuenta individual, y la administración de los fondos por lo general es privada.

cargo a fuentes de ingreso que no provienen de la seguridad social, sino de impuestos generales. O bien, la garantía se financia con aportaciones solidarias de quienes no la necesitan. De una u otra forma, en la realidad todos los sistemas privados mantienen algún elemento del financiamiento bajo el esquema de reparto.

Eso quiere decir que la clasificación del Cuadro I.1 se debe entender como una referencia a dos extremos, entre los cuales, se ubican realmente los sistemas de retiro.

Otros autores clasifican a los esquemas de pensiones bajo otros criterios. Se dice que son de contribución definida cuando el riesgo financiero agregado del plan se transmite sólo a sus cuentahabientes, y de beneficio definido, si no se transmite porción alguna del riesgo financiero agregado del plan a los miembros pensionados (Valdés, 2002). Es decir, el énfasis se pone en quién debe ajustarse y pagar por las consecuencias de que la economía entre en recesión, cambie la demografía o se presente algún otro evento adverso al sistema, ¿el asegurado o el asegurador?

Esta otra definición ayuda a entender que en la etapa pasiva de un plan de pensiones, los cuentahabientes que eligen una renta vitalicia fija se acogen a un beneficio definido, pues no ven afectada su pensión cuando varían los resultados de la inversión, ni cuando ocurre algún choque demográfico. El riesgo es absorbido por la compañía de seguros de vida que vendió la renta vitalicia y que se compromete a pagar la pensión de por vida.¹

¹ Una renta vitalicia es vendida a un trabajador que se quiere jubilar por una compañía de seguros que, por lo general, recibe la suma que la persona haya acumulado de ahorros y le garantiza una pensión de por vida, cobrándole una prima por asumir el riesgo de que el individuo viva más de lo esperado, por mencionar sólo uno de los posibles riesgos involucrados en tal contrato.

En fin, lo que demuestra esta discusión es que la clasificación de sistemas de pensiones es difícil, pues si se siguen hasta sus últimas consecuencias lógicas los argumentos, siempre se encuentra que un esquema comparte en mayor o menor medida elementos de beneficio definido y de contribución definida.

Seguros de salud

La clasificación de los esquemas de salud en la seguridad social es quizá complicada, pero, por lo general, se enfatizan dos dimensiones: quién financia el sistema y quién proporciona los servicios. Esto es, el gobierno puede financiar la atención médica, pero no necesariamente la tiene que otorgar de manera directa, sino que para ello puede contratar a terceros.

Como se muestra en el Cuadro I.2, el financiamiento puede ser público o privado, independientemente de que exista un mandato del Estado que vuelva obligatorio el tener que asegurar la salud de las personas.

A su vez, en el caso de que el financiamiento provenga del gobierno, éste puede estar basado en contribuciones sobre la nómina hechas por trabajadores y empleadores o depender de ingresos fiscales de otras fuentes no contributivas.

De igual forma, la provisión directa de la atención puede ser hecha por el gobierno o por empresas privadas, sin importar el origen del financiamiento.

Por otro lado, diversos países han escogido financiar sus esquemas de salud dentro de la seguridad social con impuestos generales, en vez de basarse en contribuciones sobre la nómina.

En otros casos que se han presentado recientemente, el trabajador tiene la opción de “salirse” del esquema del seguro de salud, llevándose sus contribuciones públicas y complementándolas con recursos privados para financiar su seguro médico de acuerdo con sus necesidades y preferencias.

Los sistemas más “clásicos” son los que tienen financiamiento totalmente público, de carácter contributivo, en el cual, el gobierno también provee directamente la atención.

I.2 Principales retos de los sistemas

El envejecimiento poblacional es el principal problema que enfrentan los esquemas de pensiones. El que cada vez haya más adultos mayores con relación a quienes están en edad de trabajar, también afecta de manera importante a los seguros de salud.

Sistemas de pensiones

El esquema de beneficios definidos que se financia a través del reparto se ve afectado negativamente en sus bases financieras a causa del envejecimiento poblacional (CISS, 2002).

Cuadro I.2
Aspectos de los seguros sociales en salud

	Sistema Público	Sistema Mixto		Sistema Privado
Provisión de servicios	Pública	Pública-privada	Pública-privada	Privada
Financiamiento	Público contributivo Público no contributivo	Público contributivo Público no contributivo	Público contributivo-privado	Privado

Originalmente, en muchos países, la seguridad social consistió en planes gremiales o de empleadores, en los cuales, el financiamiento era completamente privado y la provisión de los servicios a los trabajadores asegurados era contratada con empresas. En Estados Unidos, todavía ocurre con frecuencia que las empresas ofrezcan a sus empleados un plan de seguro médico como parte de sus prestaciones laborales.²

Supóngase que S es el número de trabajadores pensionados y P es el monto de la pensión que cada uno recibe: el monto total de prestaciones a pagar es, $S \times P$. Por otra parte, si el total de personas trabajando es igual a L, el salario promedio de cada trabajador es W, y la tasa a la que contribuye al sistema de seguridad social es T, en ese caso, la recaudación total del sistema es $T \times W \times L$.

² En este país, las prestaciones del esquema público de seguridad social están dirigidas únicamente a la población con edades de 65 años y más, y a los de niveles bajos de ingreso.

Ahora bien, en un esquema de reparto "puro", en estado de madurez,³ se pagan las pensiones de los jubilados con lo que aportan los trabajadores activos, por lo cual debe ser cierto que:

$$T \times W \times L = S \times P.$$

Si se despeja de aquí la tasa de contribución requerida para la solvencia del sistema, se obtiene:

$$T = (S/L) \times (P/W).$$

Nótese que la contribución requerida depende directamente de la tasa de dependencia senil, que es igual a (S/L) , es decir, el número de personas jubiladas sobre el de trabajadores activos. Cuando esta tasa aumenta, se requiere incrementar T .

Éste es precisamente, el reto que el envejecimiento poblacional presenta para los sistemas de pensiones de beneficios definidos financiados mediante el reparto. Cuando (S/L) se eleva de manera moderada, es posible ajustar la tasa al alza, pero cuando el proceso de envejecimiento se profundiza, ya no es factible política y económicamente aumentar T , y el sistema se vuelve inviable financieramente.

En el caso de que no se pueda incrementar T , deberá reducirse el monto de la pensión, P , hasta el valor:

$$P = (T \times W) / (S/L).$$

Entre mayor sea la proporción de adultos mayores (S/L) , menor podrá ser la pensión que reciban.

El envejecimiento poblacional, también afecta de manera adversa las finanzas de un esquema de pensiones de contribuciones definidas. En este tipo de sistemas, al momento de jubilarse, con el saldo acumulado en su cuenta individual, el trabajador tiene que adquirir una renta vitalicia de una compañía de seguros, misma que le cobrará una prima para garantizarle una pensión por el tiempo que sobreviva.

Esta prima depende directamente de la esperanza de vida de la persona, precisamente, una de las variables cuyo valor va aumentando cuando la pobla-

ción envejece. El precio de una renta vitalicia se puede escribir de manera simplificada como sigue:⁴

$$PR = NSV \times (1+C) \times Q,$$

donde NSV es el número de años de sobrevivencia esperada de un trabajador que se jubila, C es un factor de cargo administrativo porcentual cobrado por la aseguradora y Q es la probabilidad de sobrevivencia anual de la persona.

La ecuación muestra que, entre más años se espera que sobrevivan las personas, mayor será el precio que deberán pagar por asegurar una pensión de por vida. Precisamente, NSV se incrementa cuando debido al proceso de envejecimiento poblacional las personas viven más años y eso provoca un aumento del costo de la renta vitalicia, PR .

La implicación es que se reduce el beneficio a recibir por el trabajador cuando se jubile, porque con sus recursos ahorrados tendrá que pagar más a la aseguradora, y se reducirá el saldo neto con el cual financiar su pensión. Si no es posible social, política y económicamente permitir que las pensiones caigan por debajo de cierto nivel, el incremento de PR debilita las bases financieras del esquema de contribuciones definidas.

Otro reto, que es específico de los sistemas de pensiones basados en cuentas individuales de capitalización, es el rendimiento neto que pagan sobre los fondos administrados. Si se cobran comisiones elevadas por el manejo de los recursos, el retorno pagado se reducirá. Éste también será bajo si no existen buenas alternativas de inversión de los fondos.

Bajo el esquema de reparto, el rendimiento que se obtiene por los recursos de la seguridad social se relaciona directamente con el crecimiento de la masa salarial, por lo cual, la rentabilidad que paga el sistema es igual a la tasa de crecimiento del número de trabajadores más la tasa de crecimiento del salario promedio. En el largo plazo, en los países menos desarrollados esta suma puede ubicarse en alrededor de 3.5 ó 4 por ciento. ¿Pueden los esquemas de cuentas individuales pagar de manera sostenida una

³ Pues cuando el sistema es joven, hay que pagar las prestaciones acumulando una deuda. Esto ocurre porque las contribuciones al sistema de las primeras generaciones de trabajadores que se pensionaron fue menor a las prestaciones o beneficios que recibieron (CiSS, 2002). Esta deuda implícita se tiene que hacer explícita cuando se abandona el esquema de reparto, porque al final habrá trabajadores que aportaron a lo largo de su vida al régimen anterior a la reforma y, al cambiarse la ley, ya no recibirán sus pensiones bajo ese sistema. Esta deuda a la cual debe hacer frente el gobierno es llamada "costo de transición de la reforma", como se explicará en detalle más adelante en el informe.

⁴ La fórmula correcta es: $PR = \sum_{i=1}^{NSV} d^i (1-C) q_i$, donde el factor de descuento es $d^i = (1+r)^{-i}$, r es la tasa real de interés, C es un factor de cargo administrativo cobrado por la aseguradora, y q_i es la probabilidad de sobrevivencia de la persona en el año i a partir de su retiro laboral. La expresión del texto se obtiene como simplificación suponiendo que la tasa de interés es cero y que se mantiene constante q_i en el nivel Q hasta llegar a NSV .

tasa de rendimiento neta de comisiones mayor que cuatro por ciento real, es decir, descontando la inflación?

Finalmente, está el problema del costo de transición en que se tiene que incurrir al abandonarse un sistema de beneficios definidos para adoptar otro de contribuciones definidas.

Habrà siempre un grupo de trabajadores que aportaron al régimen previo a la reforma y que ya no recibirán sus pensiones a partir de los recursos aportados por los jóvenes. Cuando se reconocen los derechos de estas personas, a las cuales se les llama trabajadores de "transición", el monto de la deuda con ellos puede ser sumamente elevado, a tal grado que no sea política o financieramente posible pagarlo.

En este caso, puede haber una oposición a que se implante un esquema de contribuciones definidas. Incluso con una reforma en curso, si el gobierno no puede cumplir con sus compromisos de transición, pudiera iniciarse un movimiento social para revertir el cambio.

Seguros de salud

Dos son los principales retos de los esquemas de atención médica en la seguridad social, el problema de la selección adversa y el incremento continuo de los costos de los servicios provistos.

La primera dificultad se presenta cuando un sistema no tiene una cobertura universal, en este caso muchos trabajadores que no están cubiertos buscan afiliarse y contribuir a la seguridad social únicamente cuando se enferman y requieren atención médica.

Esto provocará una fuerte presión financiera sobre el esquema, porque las personas que utilizan con intensidad las prestaciones estarán sobre-representadas en la población afiliada, y los que aportan sin hacer uso de los servicios estarán sub-representados.

No se podría entonces diversificar los riesgos de las enfermedades entre la población y el sistema quedaría con un exceso de gasto y una insuficiencia de ingresos.

El otro problema que se ha presentado en mayor o menor medida en todos los países del mundo, sobre todo en las últimas tres décadas, es el del aumento sostenido en el costo de los seguros de atención médica.

Los costos se disparan por varias razones. Una de ellas es precisamente el envejecimiento poblacional,

pues la atención médica de los adultos mayores es mucho más costosa.

También, se debe destacar la transición epidemiológica que afecta a las poblaciones modernas, con enfermedades caras de atender y controlar que surgen en buena medida por las formas actuales de vida.

Asimismo, se ha encontrado una fuerte tendencia al incremento del precio de los medicamentos y los tratamientos. Lo que está disponible para la población es cada vez más efectivo, pero mucho más costoso.

Otro factor secular que ayuda a que los costos médicos se eleven es el incremento de la demanda de servicios de salud conforme va aumentando el nivel de vida de las poblaciones. Hay una relación directa entre el gasto en salud y el ingreso de las familias y de los países: los que están mejor económicamente demandan proporcionalmente más servicios médicos.

Finalmente, diversos estudios han permitido establecer que si no se limita de alguna forma la demanda de los servicios, hay una tendencia de las personas a usar excesivamente las prestaciones médicas a las que tienen derecho.

El financiamiento de los esquemas de salud en la seguridad social se convierte así en uno de los más grandes retos de los países contemporáneos.

1.3 ¿Qué se entiende por reforma?

Por reforma puede entenderse el intento de mejorar políticas o instituciones sociales sin alterar lo que es fundamental en ellas. Un cambio, por otra parte, intenta modificar lo que es fundamental.

Esta distinción nos obliga a tratar de identificar cuál es la esencia de la seguridad social, su razón de ser. Tales cuestiones fueron estudiadas en su oportunidad en el *Informe sobre la Seguridad Social en América 2002*, en el que se definía a la seguridad social como "un esquema de aseguramiento de riesgos individuales, mediante el manejo solidario de los recursos de la sociedad, a través del cual, el Estado asegura que todos los ciudadanos tendrán las mismas oportunidades económicas, sin importar a qué familia o grupo social pertenezcan o qué hechos fortuitos de carácter idiosincrásico tengan que enfrentar" (CISS, 2002, p.2).

De acuerdo con esta definición, un cambio en la seguridad social implicaría que se alterara su objetivo solidario y de preservación o mejoramiento del bienestar comunitario, mientras que una reforma condu-

ciría a la modificación de políticas con el fin de asegurar la viabilidad y el mejoramiento del sistema de seguridad social.

Aunque a lo largo del texto se utilizarán a veces como sinónimos los términos reforma, cambio, modificación y otros similares, es importante no perder de vista que en ninguno de los casos analizados se encontró que algún país haya optado por un cambio, en el sentido definido en los párrafos anteriores, sino que todos han realizado reformas de sus esquemas, esto es, han mantenido los objetivos de su seguridad social, pero modificando los medios para alcanzarlos.

1.4 Tipos de reforma de los esquemas de seguridad social

Las reformas de los sistemas de pensiones pueden ser paramétricas o estructurales (Mesa-Lago, 2003). Las primeras, se refieren a cambios de parámetros del esquema tradicional de reparto, como la edad de retiro, el número de años de contribuciones que se tienen que cumplir para adquirir diversos derechos de pensiones, la tasa de aportaciones sobre la nómina y otros. Éste ha sido el modelo de reforma seguido en los años recientes en Brasil, Canadá y Estados Unidos, por ejemplo.

Las reformas estructurales, implican que se modifique el régimen de beneficios definidos, financiado mediante el reparto, y se adopte total o parcialmente un sistema privado o de contribuciones definidas.

De acuerdo con el resultado de una reforma estructural, se puede a su vez hacer otra clasificación del esquema de pensiones que se obtenga (Mesa-Lago, 2003). El modelo puede ser sustitutivo, cuando se abandona el sistema anterior de reparto y se adopta por completo uno basado en cuentas individuales de capitalización. Ejemplos de este tipo de reforma son los de Bolivia, Chile, El Salvador, México, Nicaragua y la República Dominicana. Ya se explicó antes, que en todos estos casos el nuevo esquema mantiene ciertos elementos de reparto.

El modelo de reforma es llamado paralelo cuando se reforma el sistema público anterior, se crea uno privado y ambos son puestos a competir, como sucedió en Perú y Colombia.

Se habla de un modelo mixto cuando el esquema público se mantiene y es el encargado de otorgar una pensión básica, mientras que se permite a los trabajadores buscar una pensión complementaria a partir de un sistema de contribuciones definidas. Esto se ha hecho en Argentina, Costa Rica y Uruguay.

Finalmente, algo importante que se debe notar respecto a las reformas de los esquemas de pensiones es que constituye casi una regla que cuando se adopta el modelo de contribuciones definidas, basado en la capitalización de los fondos depositados en cuentas individuales, también se modifican parámetros del sistema que tendrían un gran impacto, incluso si no se hiciera un cambio estructural. Por lo general, se eleva simultáneamente el número de años requeridos de cotización, la edad mínima de retiro o la tasa de contribuciones. Es entonces difícil evaluar cuáles efectos de la reforma se deben en sí al cambio de la naturaleza del sistema y cuáles a la modificación de los parámetros.

En los esquemas de salud, también se podría hablar de reformas paramétricas o estructurales. Las primeras consistirían en incrementos en las tasas de contribución, en la ampliación de la base gravable para que los pensionados también contribuyan al esquema, en el cobro de co-pagos por la atención, en la limitación de algunas prestaciones y otras medidas que no alterarían la naturaleza del financiamiento y de la provisión.

Sin embargo, las reformas más importantes han sido estructurales en el sentido de que se han orientado a permitir la provisión de servicios por parte de empresas privadas, pero manteniendo el financiamiento público, como sucedió en Colombia y Chile.

En algunos casos, se permite a las personas salirse del esquema y suplementar el financiamiento de su atención médica con recursos privados.

Un problema de los esquemas de salud es que el objetivo de contención de los costos de la atención médica se contrapone con el del incremento de la cobertura, por lo cual, las consideraciones de reforma se debaten alrededor de la fijación de prioridades.

1.5 Temas y casos a evaluar

Dado que el debate sobre el futuro de la seguridad social permanecerá como uno de los más importantes en la agenda de las políticas públicas de todos los países, es sumamente oportuno comenzar el estudio preguntando: ¿qué obliga a un país a reformar su sistema?, ¿bajo qué condiciones políticas y económicas es más probable que ocurra algún tipo de reforma?

Es por ello, que el siguiente capítulo se dedica a identificar grandes patrones acerca de los determinantes políticos y económicos de las reformas de la seguridad social. Esto se hace mediante un análisis estadístico de datos nacionales.

En el Capítulo III, se discuten en mayor detalle los casos de varios países de la región, poniéndose énfasis en atender la descripción que se hace de los diversos aspectos de los procesos de reforma desde dentro de las naciones involucradas, esto es, se escucha el recuento de quienes han vivido directamente o participado en los hechos bajo estudio. Se analiza ahí lo ocurrido en cuanto a reformas de sistemas de pensiones en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos y México.

Se ha dicho que las reformas de la seguridad social pueden mejorar la eficiencia de los mercados laborales, introduciendo cambios que promuevan el incremento de la cobertura de los sistemas o limitando los incentivos que los esquemas, por lo general, tienen para que los trabajadores elijan retirarse demasiado pronto de la fuerza laboral. Estos argumentos se evalúan en el Capítulo IV, donde se consideran los casos de varios países del continente, a saber, Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos y México.

En el Capítulo V se estudian diversos aspectos de las finanzas públicas de la seguridad social que se discuten mucho, sobre todo cuando se pasa de esquemas de reparto a otros basados en las cuentas individuales de capitalización: ¿qué generaciones acaban pagando los déficits de los esquemas?, ¿cuáles son las implicaciones sobre la distribución del ingreso al reformarse un sistema de seguridad social? Estas preguntas se intentan responder en los casos de Argentina, México y Uruguay.

Se ha argumentado que las reformas que conducen a esquemas de pensiones fondeados, basados en la capitalización individual, promueven un mayor ahorro en la economía. El efecto de tales reformas sobre el ahorro se evalúa en el Capítulo VI. Ahí se estudia lo que ocurrió en Argentina, Chile, Colombia y México.

La privatización de los sistemas de pensiones que da origen a la industria de las administradoras de fondos para el retiro, genera diversas preguntas de gran relevancia para la seguridad social: ¿se elevan los costos de administrar los esquemas?, ¿se obtienen mejores rendimientos sobre los fondos que en los sistemas de reparto?, ¿se reducen los riesgos de que se pierdan o se inviertan incorrectamente los recursos de los trabajadores? Este tipo de cuestiones es analizado en el Capítulo VII, en donde se presenta evidencia proveniente de Bolivia, Chile, México, Perú y Uruguay.

Finalmente, en el Capítulo VIII se estudia lo que ha sucedido con las reformas de los seguros de atención médica en Canadá, Chile, Colombia, Estados Unidos y México. Algunas de las problemáticas de

esta rama de la seguridad social son muy específicas y requieren que para su análisis se desarrolle un marco conceptual propio.

Probablemente, las reformas de los sistemas de pensiones sean las más numerosas, pero diversos desarrollos sociales han hecho que el financiamiento de los esquemas de salud se convierta en uno de los más importantes retos futuros de la seguridad social. Los costos de la atención médica se disparan en todo el mundo, presionando fuertemente a los presupuestos públicos.

Al respecto, algunos países americanos han sido pioneros en reformar sus seguros de salud, y su experiencia se evalúa en este penúltimo capítulo: ¿ha aumentado la cobertura?, ¿se han vuelto los esquemas más equitativos?, ¿se ha controlado el problema de la selección adversa al que se hizo referencia antes y que debilita las bases financieras de los sistemas?, ¿ha mejorado la calidad de la atención?

Finalmente, en el Capítulo IX, se hace un resumen de todo el informe y se presentan algunos comentarios que sirven como conclusión.

Aunque no fue posible estudiar los casos de todos los países americanos que hayan reformado alguna rama de sus sistemas, se presenta en los diversos capítulos información y análisis nuevos, generados específicamente para este informe, los cuales se espera que aporten conocimiento valioso para el análisis de los efectos que han tenido las reformas de la seguridad social de todo el continente.

CAPÍTULO II
FACTORES POLÍTICOS Y ECONÓMICOS QUE INFLUYEN
EN LAS REFORMAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Autores:

Eduardo Rodríguez-Oreggia
Mario Villarreal

Editor:

Jorge Meléndez

CAPÍTULO II

FACTORES POLÍTICOS Y ECONÓMICOS QUE INFLUYEN EN LAS REFORMAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

En todo el mundo, las últimas dos décadas en la evolución de las políticas públicas han estado caracterizadas por reformas, o cuando menos por consideraciones de reforma de los sistemas de seguridad social, especialmente, los de pensiones.

Estos sistemas funcionaban, tradicionalmente, como un esquema de transferencias intergeneracionales administrado por el gobierno, pero su viabilidad financiera a largo y mediano plazo se ha puesto en riesgo debido a los cambios económicos y demográficos. Efectivamente, estos desarrollos ofrecen la primera razón para llevar a cabo reformas de los esquemas.

Antes de analizar el impacto que tienen las reformas de la seguridad social sobre variables económicas tales como la cobertura, la participación en la fuerza laboral, el ahorro, el balance fiscal, la redistribución de los ingresos y otras, en este capítulo se plantean primero algunas preguntas de diferente naturaleza: ¿Cuándo es políticamente factible una reforma? ¿Bajo qué tipo de instituciones políticas resulta más probable que se lleve a cabo una reforma?

En esta parte del informe se hacen algunas consideraciones acerca de las condiciones macroeconómicas o socio-políticas bajo, las cuales, los países en el continente americano han vivido algún tipo de reforma de sus sistemas de seguridad social, pero dando una interpretación política a la evidencia estadística que se presentará.

El análisis se concentra en las reformas de los sistemas de pensiones, que es en donde se presentan los casos más numerosos e importantes y, probablemente, los más controvertidos, al mismo tiempo, se ofrece un amplio panorama de los patrones que caracterizan a los países que llevan a cabo reformas.

El capítulo está dividido en tres secciones: en la primera, se analiza la influencia esperada, sobre la probabilidad de que se reforme un sistema de seguridad social, de variables políticas y económicas clave, y se proponen algunas hipótesis; en la segunda, las consideraciones teóricas se contrastan con datos estadísticos de países que han y que no han reformado sus sistemas. En esto se hace un esfuerzo por descubrir los patrones en, los cuales, nuestro continente se aleja de las tendencias mundiales; en la tercera, se discute sobre los determinantes políticos y económicos de las reformas en el continente americano.

II.1 Las reformas de la seguridad social y la política: consideraciones teóricas

En 1981, Chile privatizó sus sistemas de pensiones, iniciando una tendencia en la misma dirección entre distintos países que se enfrentaban a retos de una naturaleza similar. Este proceso de difusión internacional afectó la proclividad hacia la privatización en las naciones que comparten características culturales, institucionales y económicas parecidas a las de Chile (Madrid, 2000; Brooks, 2000).

Adicionalmente, las organizaciones internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional apoyan las reformas estructurales de los sistemas de pensiones como una política deseable. De hecho, algunos trabajos han encontrado una correlación positiva entre el nivel de financiamiento del Banco Mundial y la probabilidad de privatización (Brooks, 2000).

Estas fuerzas, en conjunto con los cambios económicos y demográficos específicos de cada país, estimularon a otros a considerar la reforma como una estrategia posible.

A fines de la década de los ochenta y principios de los noventa, los ingresos de los sistemas de reparto no aumentaban, y se reducían las proporciones de contribuyentes a beneficiarios. Y aun cuando un sistema pudiera generar un superávit, no era frecuente que la inversión de los fondos resultara en rendimientos positivos (Mesa-Lago, 1994). Como una presión adicional, la evasión de los impuestos sobre la nómina erosionó aún más la estructura financiera de los sistemas de reparto (Mesa-Lago, 1991; 1994).

Al mismo tiempo, sin embargo, las consideraciones económicas también proporcionan argumentos para cuando menos ser cuidadosos al cambiar de un esquema de reparto a otro fondeado. Brooks y James (1999) indican que la perspectiva de los costos de transición, que son potencialmente elevados al cambiar de sistema, puede afectar el grado de privatización.¹

Otros autores consideran que las presiones financieras ofrecen sólo una motivación secundaria para las reformas, y que el principal incentivo para dirigirse hacia un sistema privado es la esperanza de estimular las tasas de ahorro (Madrid, 2000).

A pesar de lo persuasivos que puedan ser los argumentos económicos y financieros a favor o en contra de las reformas, es importante tener en cuenta que el diseño, la implementación, el monitoreo y, en especial, el ajuste de las políticas públicas, constituyen un juego altamente politizado. Esto resulta particularmente cierto en los cambios de política que conllevan consecuencias distributivas, como es el caso de las reformas del sistema de pensiones.

Para empezar, no es sorprendente que una vez implementados los programas de asistencia social, se consideren derechos de asistencia social. También, se ha argumentado que una reforma se puede retrasar, o incluso cancelar, debido a los efectos potenciales que tiene sobre la distribución de beneficios y costos entre los principales actores. De hecho, en condiciones de incertidumbre, existe una predisposición social hacia mantener el *status quo*, aunque éste resulte ineficiente (Alesina y Drazen, 1991; Fernández y Rodrick, 1991).

Los esfuerzos por analizar los aspectos políticos de las reformas se han traducido en modelos formales de economía política, en los cuales, por ejemplo, los adultos mayores tienen un papel importante, ya que representan un grupo substancial y atractivo de electores.

El tipo de razonamiento que se utiliza en la clase de estudios antes mencionados para comprender la política que hay detrás de estos procesos, se puede sintetizar en las siguientes hipótesis respecto a la probabilidad de que se lleven a cabo modificaciones importantes del esquema de seguridad social:

1. Una reforma fracasa, cuando grupos de presión poderosos, sobresalientes y bien organizados se oponen a los cambios. Por ejemplo, las asociaciones de personas mayores.

2. Una reforma no se logra, cuando los numerosos actores con capacidad de veto, aquéllos cuyo consentimiento es requerido para implementar un cambio tienen puntos de vista muy diferentes acerca de lo que debe hacerse y por qué. Esta situación tiende a ser más común en países democráticos en los cuales, las distintas ramas gubernamentales están dominadas por diferentes partidos o grupos políticos.

3. Una reforma fracasa, cuando no existe un compromiso creíble. Si existe la posibilidad de compensar a los perdedores potenciales de alguna manera, pero la implementación del proceso resulta muy costosa, la oposición a la reforma aumentará. Éste podría ser el caso, por ejemplo, si las restricciones fiscales provocan incertidumbre respecto a que la deuda con los trabajadores que cotizaron al antiguo sistema, realmente se vaya a cumplir sin lastimar gravemente a las generaciones más jóvenes, que tendrán que pagarla en la forma de impuestos más elevados.

4. Las reformas se dificultan, cuando el electorado está mal informado respecto a los verdaderos impactos potenciales del cambio. Este efecto se vuelve más relevante cuando los políticos logran sacar provecho de esta situación, pues entonces tendrán el incentivo de impedir el flujo de información acerca del cambio de políticas.

Si bien, existen trabajos de investigación anteriores relacionados con estas hipótesis, sólo unos cuantos estudios cuentan con un análisis estadístico formal de los patrones.

Se ha encontrado que la relación existente entre la democracia y el tamaño de los presupuestos para la seguridad social es débil, ya que las democracias gastan un poco menos de su PIB en seguridad social y aumentan su presupuesto con mayor lentitud que países similares que no son democráticos (Mulligan

¹ Al privatizarse un sistema de pensiones, el gobierno tiene que asumir la deuda implícita con los trabajadores que cotizaron al sistema antiguo, pero que ya no recibirán una pensión financiada por los jóvenes (CISS, 2002). El pago de esto es lo que se conoce como el problema de financiar la transición entre sistemas. En algunos casos, esta deuda puede ser demasiado elevada y generar oposición a la reforma entre los grupos que tendrían que pagarla, dependiendo de la forma en que el gobierno elija financiar esta obligación.

et al, 2002). Aunque otros autores piensan que el vínculo debería ser positivo.

Además, parece existir una relación negativa entre los niveles de la deuda implícita de las pensiones y el grado de privatización (James y Brooks, 2002). La interpretación de estas regularidades es que reflejan una oposición a las reformas por parte de pensionados y trabajadores mayores, los cuales, temen que la transición sea perjudicial a la capacidad del gobierno para cumplir con sus actuales responsabilidades financieras con relación a las pensiones. La importancia que tiene este efecto de credibilidad en los procesos de reforma, también, ha sido enfatizada en otros trabajos (Alesina y Drazen, 1991).

Adicionalmente, se ha asociado la libertad económica con la adopción de sistemas fondeados, mientras que la libertad política parece tener el efecto contrario: mientras mayor libertad política haya, menos probable es que un país adopte un esquema fondeado (Wang y Davis, 2003).

Antes de continuar con el análisis estadístico, y con la finalidad de cerrar esta sección sobre consideraciones teóricas, se debe reconocer que la discusión presente sugiere que diversas variables pueden estar estadísticamente relacionadas con la probabilidad de que se lleven a cabo reformas a la seguridad social. Empecemos por considerar las de naturaleza política.

Nivel de democracia. Los resultados de algunos modelos formales e investigaciones anteriores sugieren que las democracias gastan más en la seguridad social que los países no democráticos. Sin embargo, al mismo tiempo, la democracia puede facilitar no solamente, la creación de grupos de interés, sino, también, los canales necesarios para que éstos puedan expresarse y avanzar en la consecución de sus objetivos. Al aumentar la diversidad de intereses, puede que sea más difícil lograr cambios en el *status quo*. Por ejemplo, existe una mayor probabilidad de que los sindicatos de trabajadores florezcan bajo los regímenes democráticos, y la evidencia empírica indica que los índices de sindicalización tienen un efecto negativo en las probabilidades de reforma (Madrid, 2000). Por consiguiente, se espera que la democracia tenga un efecto negativo en las reformas a la seguridad social.

Estructura de los actores con capacidad de veto. La democracia es sólo una de las dimensiones de las interacciones relacionadas con los procesos de reforma, y el nivel de competencia en el campo político también debe ser evaluado. Una cosa importante que debe tenerse en cuenta es el número de actores cuyo consentimiento es requerido para implementar cambios en el *status quo*. Tsebelis (1995) llamó a estos actores "los jugadores con capacidad de veto". La

presencia de estos actores se puede conceptualizar como la existencia de restricciones políticas. Relativamente análogo a la variable de competencia política, este aspecto es, sin embargo, sutilmente diferente. El tener la oportunidad de expresar puntos de vista diversos es muy distinto a realmente tener una influencia verdadera sobre el resultado final. Se debe identificar el número de ramas independientes del gobierno (poder ejecutivo, cámaras baja y alta del poder legislativo, instituciones judiciales y subfederales) que tengan poder de veto sobre los cambios en las políticas en cada país. Este modelo sugiere que cada actor adicional con capacidad de veto, aumenta el nivel total de restricciones para el cambio de políticas, aunque el efecto es cada vez menor, y que si los miembros de una rama de oposición del gobierno no están divididos en sus opiniones y en sus metas, entonces, el cambio de políticas estará más limitado y será más difícil de lograr.

Aparte de las variables políticas, existen otros factores económicos y demográficos que también ejercen una influencia sobre la probabilidad de una reforma de la seguridad social.

Gasto gubernamental en pensiones como proporción del PIB. El llamado efecto de "retroalimentación de las políticas" (Skocpol, 1992; Pierson, 1994) indica que la evolución de las políticas lleva a una trayectoria de dependencia. En el caso de las pensiones, la creación de electorados que reciben beneficios de los actuales programas de seguridad social, puede generar grupos de presión que actuarían para evitar los efectos potencialmente negativos que pudiera tener la reforma en su bienestar. Lo que inició como programas de asistencia social termina convirtiéndose en derechos de asistencia social. Bajo este argumento, mientras más elevado sea el nivel del gasto corriente en el programa de seguridad social, menos probable será que ocurra una reforma.

PIB per cápita real. Al interpretar esta variable como un indicador del nivel de desarrollo, puede resultar que los países menos desarrollados tengan una actitud diferente hacia modificar el sistema de pensiones que un país más avanzado. Sin embargo, cabe mencionar que cierta evidencia empírica anterior sugiere que el PIB per cápita no tiene efecto alguno sobre el nivel del gasto en seguridad social (Cangiano et al, 1998).

Tasas brutas de ahorro doméstico. Los dirigentes mundiales parecen creer que las reformas a la seguridad social tendrán un impacto positivo en el ahorro (Madrid, 2002). De ser esto correcto, unas tasas reducidas de ahorro actuales deberían tener un efecto positivo en la probabilidad de reforma, ya que ésta se promocionaría como un instrumento para incrementar el ahorro.

Población mayor de 65 años. Al ser este grupo el principal receptor de las transferencias de pensiones, resulta evidente que la proporción de la población mayor de 65 años, así como su crecimiento, deben incluirse entre los determinantes. Con relación al gasto en seguridad social, varios trabajos encontraron evidencia de que existe una correlación positiva con el índice de población mayor (Mulligan et al, 2002; Gruber y Wise, 2001). En el caso de las reformas a la seguridad social, y con base en la teoría de grupos de presión, se espera un signo negativo: mientras más rápido sea el crecimiento de este segmento de la población, menor es la probabilidad de una reforma.

A continuación se hace un esfuerzo más profundo por entender los determinantes políticos y económicos de las reformas a los sistemas de pensiones, así como por probar las hipótesis presentadas anteriormente.

II.2 Evidencia sobre los determinantes económicos y políticos de la reforma

El análisis estadístico se realiza en dos etapas: en la primera, se estudian los patrones mundiales en el apartado II.2.1; en la segunda, se analiza lo que se ha descubierto en los países de América en el apartado II.2.2. Es importante considerar una muestra más grande de naciones de diferentes regiones del mundo, como se hace al inicio, por dos motivos: por una parte, de esta manera se evita cualquier sesgo en el entendimiento de los determinantes de la reforma, ya que se toman en consideración muchos otros escenarios políticos y económicos, y se asegura que los resultados no estén guiados por la experiencia específica de unos cuantos países; y por otra, al contrastar los patrones americanos con los que se observan a nivel mundial, se identifican mejor algunas de las realidades de los países en el continente.

II.2.1 Patrones mundiales

El Cuadro II.1 muestra la relación estadística que existe entre la probabilidad de implementar una reforma y algunos de los principales factores económicos, demográficos y políticos, para un conjunto de 65 países de quienes se tiene información sobre todas las variables durante el período 1975-2000. Se presentan diferentes ecuaciones en donde la probabilidad de una reforma a la seguridad social está determinada por los factores que ahí se especifican.

Solamente se toma en cuenta el hecho de que se realizó una modificación importante a la seguridad social, sin hacer distinción entre reformas estructurales y paramétricas. Esto tiene la intención de evitar el sesgo de concentrarse, exclusivamente, en la privatización de la administración de pensiones como el único resultado posible de los esfuerzos de reforma.

Las variables que se incluyen en el análisis son el gasto en seguridad social como porcentaje del PIB del país, el PIB per cápita, la tasa bruta de ahorro, el crecimiento de la población mayor de 65 años, un índice de democracia y otro de limitaciones políticas que incorpora una estructura de actores con capacidad de veto.²

Se presentan tres modelos en sus respectivas columnas: el primero, no toma en consideración las variables políticas; el segundo, no permite la posibilidad de interacción entre la democracia y los índices políticos; el tercero, plantea que el impacto que tiene la democracia en la probabilidad de reforma depende del nivel del índice político y viceversa, que este último afecta los resultados dependiendo del índice de democracia.

Aunque algunos lectores pudieran estar familiarizados con este tipo de análisis estadístico, a continuación se ofrece una discusión e interpretación de los resultados.

Gasto en seguridad social como proporción del PIB. Las estimaciones del Cuadro II.1 indican la existencia de un proceso de trayectoria de dependencia que reduce la probabilidad de llevar reformas a cabo. En los tres modelos estimados, el gasto presente en seguridad social tiene un impacto negativo en la probabilidad de implementar reformas. Esto parece confirmar la hipótesis de que, con el paso del tiempo, los programas de asistencia social terminan considerándose derechos de asistencia social.

PIB per cápita. El análisis, también, indica la existencia de un efecto de riqueza relativamente pequeño, en virtud de que mientras mayor sea el PIB per cápita, más elevada es la probabilidad de reformar el sistema de pensiones. Puede ser que a medida que mejora el bienestar económico de la población, la gente depende menos de los futuros recursos de la jubilación derivados del ahorro obligatorio y, por consiguiente, existe una mayor probabilidad de que el país modifique el sistema de reparto.

² El índice de democracia es el del proyecto Polity IV, que va de 0 a 10 y toma en cuenta qué tan competidas son las elecciones, las reglas de participación política y una medida del nivel de restricciones al poder ejecutivo. El índice político proviene de Henisz (2000), e intenta captar la estructura de actores con capacidad de veto. Mide el número de ramas independientes del gobierno con un poder político de veto, e incluye el nivel de cohesión entre los principales actores, utilizando información de la composición de partidos en las ramas ejecutiva y legislativa.

Cuadro II.1
Probabilidad de implementar una reforma de la seguridad social en el mundo, 1975-2000

	(1)	(2)	(3)
Gasto en Seguridad Social / PIB	-0.205 (0.1277)	-0.1917 (0.1221)	-0.4486 (0.1433)
PIB per cápita	0.0001 (0.0002)	0.0001 (0.0001)	0.0001 (0.0002)
Ahorro / PIB	0.0263* (0.0207)	-0.0014* (0.02)	-0.0369 (0.0256)
Cambio en el porcentaje de población de más de 65 años	-0.4892 (0.2398)	-0.3125 (0.1594)	0.6692 (0.1912)
Índice de Democracia (D)		-0.123 (0.075)	-0.7717 (0.2633)
Índice Político (P)		0.1160* (0.1303)	0.1722* (0.2265)
Interacción D*P			0.3716 (0.1058)
Log Likelihood	29.94	31.86	32.31
LRI ^A	0.3526	0.2712	0.2776

^A Equivale al R² en los modelos de regresión lineal. Errores estándar en paréntesis.
*No significativo al 10%. Modelo de Probit.

Tasa bruta de ahorro. Tiene un efecto negativo en la probabilidad de hacer reformas. Este resultado apoya las afirmaciones respecto a utilizar la reforma como un instrumento para estimular las tasas de ahorro, debido a que menores tasas aumentan la probabilidad de cambio en las políticas.

Porcentaje de población mayor de 65 años. El crecimiento de este grupo genera un efecto que es persistentemente negativo para la realización de reformas. Esto confirma los resultados de la literatura anterior, que también sugieren que este patrón refleja la oposición de los viejos a realizar cambios en las disposiciones de las pensiones, pues temen que la reforma pueda afectar el nivel actual de las transferencias o la capacidad del sistema para cumplir con los compromisos anteriores. Asimismo, se puede argumentar que este efecto, también, es un indicativo del poder que tiene este grupo de la población como una presión para evitar cambios en el *status quo*.

Índice de democracia. En relación con los efectos de las variables políticas, el grado de democracia tiene un efecto negativo en la probabilidad de reformar el sistema de seguridad social. Parece ser que cuando un país permite la expresión de diferentes voces y actores, es más difícil lograr cambios en el *status quo*. La existencia de un sistema institucional, que permita a los grupos de interés expresar y avanzar en el

logro de sus metas, reduce las probabilidades de implementar una reforma.

Índice político. Por otra parte, el nivel de limitaciones políticas no resulta relevante al explicar las probabilidades de reformar el sistema de pensiones. La evidencia muestra que en entornos altamente restringidos, debido a la fuerza de los actores con capacidad de veto, en algunas ocasiones, los políticos encuentran la forma de lograr que la oposición apruebe la reforma, pero en otras no tienen la capacidad de lograrlo. No existe un patrón definido.

La interacción de la democracia y el índice político. El efecto de la interacción entre la libertad política y la estructura de los actores con capacidad de veto resulta ser positiva. Por ende, la existencia de instituciones que permiten la expresión de preferencias heterogéneas, en conjunto con un mayor número de actores con capacidad de veto, aumenta la probabilidad de reforma. Este efecto contra intuitivo indica que la presencia de un mayor número de actores importantes en un régimen democrático hará que resulte más probable un cambio en el *status quo*.

Es un hecho, que la mayoría de los países en esta muestra que han llevado a cabo reformas, lo hicieron en períodos en los que tenían una elevada puntuación democrática. Si la democracia reduce las probabilidades de reforma, ¿qué mecanismos siguieron

estas democracias para implementar esos cambios? Si la existencia conjunta de mayores actores con capacidad de veto e instituciones democráticas aumenta las probabilidades de reforma, ¿cómo logran alcanzar los acuerdos que concilian sus preferencias heterogéneas?

Esto da lugar a muchas preguntas interesantes que son tema de un profundo estudio. Por ejemplo, ¿por qué se dejó a los militares fuera del proceso de reforma en varios países que realizaron cambios? ¿Por qué en algunos otros, la reforma no alcanzó a las burocracias, o se les otorgaron pensiones más generosas?

II.2.2 Evidencia entre los países de América

¿Cómo encajan estos patrones en el análisis de las reformas a la seguridad social en el continente americano? Para responder a esta pregunta, resulta relevante mencionar que existen cuando menos otras tres hipótesis que se pueden formular y estudiar en el caso de los países de nuestra región.

En primer lugar, con unas cuantas excepciones, que son los Estados Unidos, Canadá y Uruguay, en promedio, el resto de las naciones del continente no ha alcanzado los niveles de envejecimiento poblacional que prevalecen en otras partes del mundo. La mayoría de los países caribeños y latinoamericanos aún son comparativamente jóvenes.

Por consiguiente, vale la pena retomar un estudio de la relación entre las reformas a la seguridad social y la proporción de la población mayor de 65 años de edad.

En segundo lugar, durante las últimas dos décadas, el continente ha sido testigo de una importante ola de apertura económica, especialmente en América Latina. Se han puesto a debate político y se han reformado muchos aspectos del papel del Estado en la economía.

Por consiguiente, debería analizarse la relación entre la libertad económica y las probabilidades de reforma de la seguridad social, particularmente, en lo que concierne a la privatización de las pensiones.

En tercer lugar, América Latina es una región que ha sufrido en forma crónica elevadas tasas de inflación y devaluaciones de sus monedas causadas por los grandes déficits fiscales. Muchos observadores han notado la gran importancia que ha tenido entre los países de esta área, la estabilización como una meta de política económica.

Entonces, puede darse el caso de que exista una relación entre la presión fiscal en la economía, medida como la importancia del déficit presupuestal del gobierno, y la probabilidad de una reforma estructural de la seguridad social.

De manera, que a fin de seguir tratando el tema de los factores económicos y políticos que ayudan a explicar los patrones de las reformas a la seguridad social en América, en esta parte se hace un análisis más específico de los países en la región, especialmente, con relación a estas hipótesis adicionales.

El estudio que se presenta incluye 33 países, para los cuales, existe información completa para los 12 años del período 1991-2002. No es posible utilizar, exactamente, las mismas definiciones de las variables políticas que se consideraron en el último apartado, porque las limitantes de información evitarían que se incluyera a muchos países americanos en el análisis. Sin embargo, los datos disponibles permiten realizar un estudio analítico que toma en consideración algunas variantes de los principales argumentos.

Asimismo, debido a que América Latina fue la región pionera en la privatización de pensiones en el mundo, se consideró más interesante estudiar los determinantes de esta forma de la llamada reforma estructural.

El Cuadro II.2 muestra dicho análisis de la probabilidad de que un país elija reformar su sistema tradicional de retiro e introducir un cierto grado de privatización, es decir, depositar cuando menos una parte de las cotizaciones en una cuenta individual administrada por una empresa privada.

Como se observa, las variables que se incluyen son el porcentaje de la población de 65 años o más, el PIB per cápita, el gasto público en seguridad social como porcentaje del PIB, el balance fiscal,³ y las medidas de libertad política⁴ y económica.⁵

³ Mide el déficit o superávit en el presupuesto gubernamental como porcentaje del PIB.

⁴ Éste es un índice del nivel de libertad política según lo creó *Freedom House*, y comprende cuestiones comparativas de elecciones y libertad civil. Un índice menor indica mayor libertad política.

⁵ Esta variable se introduce para poder distinguir entre libertad económica y libertad política (Barro, 1997). Es el índice desarrollado por el Instituto Fraser (Gwartney et al, 2002). Un valor más elevado significa mayor libertad económica, entendida en el sentido de una economía liberal, esto es, con menor intervención estatal.

Una de las hipótesis a estudiar es la de que un superávit fiscal permitiría al gobierno respaldar un sistema de seguridad social en determinadas condiciones, pero un déficit lo limitaría con relación a sus políticas públicas y lo empujaría a tomar acciones conducentes a una reforma.

Otra idea es la de estudiar si una mayor libertad política da lugar a una más elevada probabilidad de una reforma estructural. El patrón que se identifica a escala mundial en la última sección es que, en general, las reformas a la seguridad social tienden a suceder en regímenes menos democráticos, pero ¿cuál es la tendencia en América?

Otra cuestión a analizar es que, hipotéticamente, un gobierno más liberal buscaría resultados de eficiencia y, por tanto, intentaría adoptar reformas conducentes a dichos objetivos. La libertad económica tendría entonces un efecto positivo en la probabilidad de realizar reformas estructurales de la seguridad social.

Por otra parte, el nivel de libertad política muestra no tener relación con la posibilidad de reforma: existe la misma probabilidad de que este cambio de política suceda en un régimen democrático que en uno no democrático.

Las variables que tienen lazos más fuertes con la probabilidad de una reforma estructural son la importancia de la población de adultos mayores, el nivel del balance fiscal y el índice de libertad económica. Otra variable que tiene influencia, aunque no tan clara, es el gasto en seguridad social, cuyo impacto en la reforma es negativo, excepto cuando se excluye el PIB per cápita del grupo de variables explicativas, es decir, la reforma parecería poco probable en países con una tendencia moderada a dedicar más recursos a la seguridad social.

La Gráfica II.1 presenta la relación entre la probabilidad de implementar una reforma estructural y el tamaño del balance fiscal, la cual, es negativa según se mostró en el Cuadro II.2. Esto indica que si no hay un

Cuadro II.2
Probabilidad de reforma estructural de la seguridad social en los países de América

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5) ^a	(6) ^b
Constante	-0.1671* (2.3914)	-4.0026 (0.9256)	-4.2787 (0.9396)	-4.2871 (0.8708)	-5.1150 (1.007)	-5.2061 (1.0904)
PIB per cápita	-0.5916 (0.3542)					
Población de 65 años o más	0.4048 (0.1378)	0.1768 (0.0784)	0.0936* (0.0687)	0.0939* (0.0663)	0.2082 (0.0821)	0.2361 (0.0987)
Gasto en Seguridad Social / PIB	-0.1541 (0.0737)	-0.0898* (0.0655)				
Balance Fiscal / PIB	-0.0726 (0.0435)	-0.0890 (0.0416)	-0.0849 (0.0422)	-0.0848 (0.0416)	-0.0751 (0.0410)	-0.1682 (0.0789)
Libertad Política			-0.0025* (0.0832)			
Libertad Económica	0.3375 (0.1208)	0.3801 (0.1165)	0.4239 (0.1149)	0.4247 (0.1143)	0.4618 (0.1255)	0.5038 (0.1352)
$\chi^2 > 0$	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
N	396	396	396	396	372	216

Regresión de Probit con datos de panel. Errores estándar en paréntesis. Datos de igual correlación con 33 países, 12 años (1991-2002).

*No significativo al 10%

a) Excluyendo a Canadá y EE.UU b) Excluyendo a Canadá, EE.UU y el Caribe.

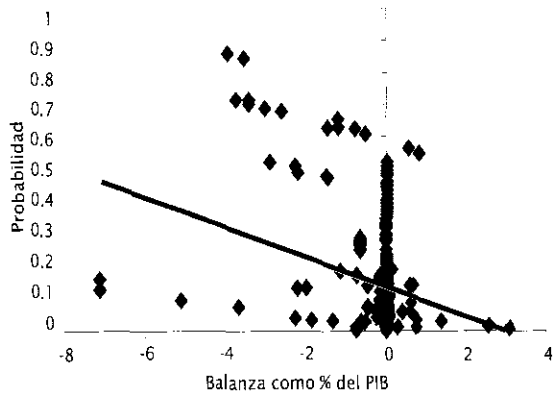
Fuente de datos: Banco Mundial (2003), *Freedom House* (2003), Gwartney, Lawson y Lawson (2002).

Como se puede notar, el PIB per cápita tiene un impacto positivo, mismo patrón que se descubrió a escala mundial, pero debido a que esta variable está altamente correlacionada con las otras, es difícil aislar su efecto por separado de la influencia del ahorro, por ejemplo.

déficit público que presione financieramente al presupuesto de un gobierno, entonces, es baja la probabilidad de implementar un cambio estructural en la seguridad social. Por consiguiente, parece ser que la reforma se interpreta como una manera de reducir la presión fiscal sobre el erario público, tal vez, debi-

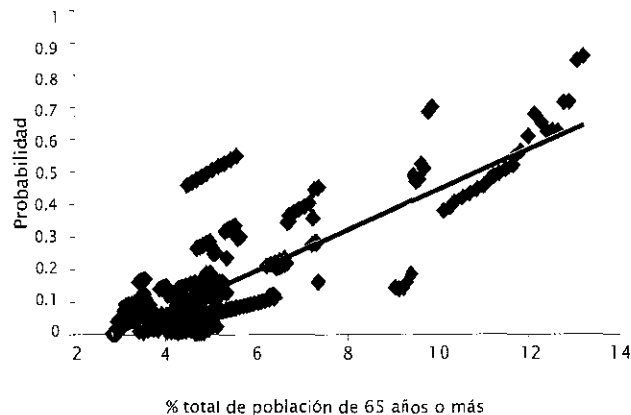
do a que los antiguos sistemas de seguridad social tenían importantes desequilibrios financieros antes de la modificación, los cuales, se esperaba que afectarían en forma negativa los presupuestos públicos en el mediano plazo.

Gráfica II.1
Balance fiscal y probabilidad de reforma estructural



Como se muestra en la Gráfica II.2, la importancia de la población de mayor edad tiene un efecto positivo en las reformas. Esto significa, que las reformas estructurales son más probables en países con una proporción más elevada de población mayor, tendencia contraria a la que se observó a nivel mundial, según se concluye en la última sección, al igual que en Wang y Davis (2003).

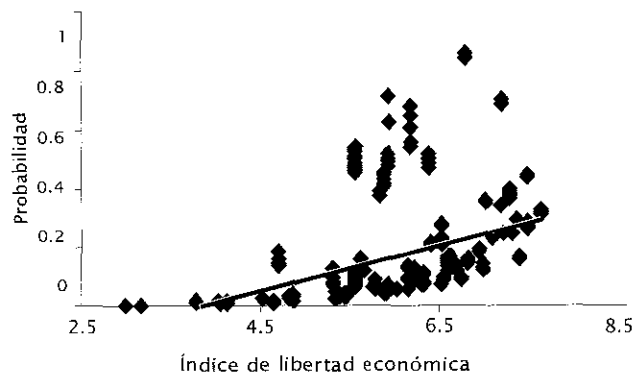
Gráfica II.2
Importancia de la población mayor y probabilidad de reforma estructural



Junto con el hecho de que la libertad política no resulta relevante, el resultado indica que este grupo de la población parece no tener un mecanismo a través del cual ejercer alguna influencia en las negociaciones de políticas, o cuando menos que los adultos mayores no son un grupo de presión tan efectivo como en otras partes del mundo.

Por otra parte, la evidencia que se resume en el Cuadro II.1 implica que las reformas estructurales en América se pueden interpretar como un intento de búsqueda de eficiencia por parte de los gobiernos, ya que se encuentra que la libertad económica tiene un efecto positivo en la probabilidad del cambio de política. Esto está representado en la Gráfica II.3. Algunos gobiernos del continente parecen haber impuesto una agenda en la cual hay una menor intervención del Estado en la economía y una mayor probabilidad de lograr una reforma estructural.

Gráfica II.3
Libertad económica y probabilidad de reforma estructural



II.3 Discusión adicional sobre los determinantes políticos y económicos de las reformas en el continente americano

Las reformas a la seguridad social deben analizarse desde una perspectiva económica, política y social conjunta, y no por separado. De esta manera, se puede obtener un entendimiento de la forma de hacer políticas públicas que garantice que las ganancias potenciales en eficiencia sean compartidas por todos, sin dejar grandes perdedores en la comunidad, a fin, de que el impacto neto en el bienestar social sea positivo y considerable.

Los resultados de este capítulo indican que en América, especialmente, en América Latina y el Caribe, los grupos de mayor edad de la población, generalmente, no son capaces de ejercer mecanismos de cabildeo en contra de las reformas a la seguridad social, como en otras partes del mundo. Sin embargo, el contraste de tendencias respecto a esta cuestión, en nuestra región y en otras partes, ayuda a comprender el motivo por el que los adultos mayores latinoamericanos en ocasiones forman alianzas políticas con otros grupos a fin de obtener ciertos beneficios. Por ejemplo, en el caso de la reforma estructural en Bolivia, se reportó que los viejos pensionados se aliaron a la oposición en el parlamento, la

cual, no poseía una mayoría por sí misma, y los sindicatos. De esta forma, obtuvieron ciertas concesiones o compensaciones al aprobarse la reforma, aunque ciertamente fueron marginales (Gray, Pérez y Yáñez, 1999).

Vale la pena recordar que la población de 65 años y mayores representó el 5 por ciento del total en América Latina y el Caribe en 1995, mientras que en Europa fue el 15.34 por ciento. En países europeos con índices elevados de población mayor, es más probable que los viejos se puedan organizar y entonces ejerzan una fuerte influencia sobre la toma de decisiones pública, ya que representan un grupo de electores atractivo para los políticos.

En algunos casos, esto también sucede en nuestra región, aunque no como regla. Una situación ilustrativa es la de Uruguay. Este país tiene la proporción más elevada de población mayor en América, junto con Canadá y Estados Unidos, con niveles comparables a los de algunos países europeos, 12.3 por ciento del total en 1995.

Aquí, no fue nada fácil el proceso de reforma, el cual, se intentó implementar desde 1985, ya que los pensionados organizaron varios referendos sobre las propuestas del gobierno. Se ganaron estos referendos y fue hasta 1995 cuando se aprobó el proyecto, sólo después de muchas concesiones, entre las que se incluye la participación del Estado en la administración de los nuevos fondos, así como dejar a algunos grupos específicos fuera del esquema reformado (Mesa-Lago y Müller, 2002).

Aparentemente, de acuerdo con los resultados, la libertad económica es un determinante crucial en la aplicación de las reformas estructurales, pero esto no significa que la credibilidad de los políticos no represente un papel importante.

Como ejemplo, en Perú, los ministros del gabinete no explicaron a la población el proyecto de reforma, lo cual originó que la desconfianza y la falta de información se convirtieran en las principales razones en contra de la adopción del nuevo sistema, especialmente, por parte de los sindicatos. Al final, la reforma fue adoptada con un amplio apoyo de la élite empresarial, mientras que el congreso fue disuelto en el famoso auto golpe, en una época en que se vivió el peor índice de libertad política que Perú haya tenido (Mesa-Lago y Müller, 2002; Ortiz, Eyzaguirre, Palacios y Pollarolo, 1999).

A pesar de que las reformas latinoamericanas de la década de los noventa se han realizado en un entorno de libertad económica, éstas han tenido lugar en estructuras políticas con una disciplinada mayoría del partido gobernante, con sindicatos debilitados, y

haciendo ciertas concesiones a sectores afectados (Huber y Stephens, 2000).

Debido a que durante las reformas algunos grupos reciben mayores beneficios que otros, de haber una temprana identificación de ganadores y perdedores potenciales, los que instrumentan las políticas públicas podrían idear mejores mecanismos de compensación para evitar grandes pérdidas para algunas personas, lo cual, también, dependería de la credibilidad de los que elaboran las políticas y de la transparencia de un proceso en el cual, la información provechosa fluya libremente.

CAPÍTULO III

CONTEXTO SOCIAL, ECONÓMICO Y POLÍTICO DE LAS REFORMAS: VISIÓN DESDE LOS PAÍSES

Contribuciones por país:

Argentina: Jorge D'Angelo y Alfredo Gamietea

Brasil: Baldur Schubert y Helmut Schwarzer

Chile: Gonzalo Bustos

Colombia: Juan Carlos Cortés

Costa Rica: Carlos Enrique Fuentes

Estados Unidos: Joseph A. Gribbin

México y guión de análisis: Antonio Ruezga

Editor:

Antonio Ruezga

* Los documentos originales, con la discusión detallada de cada país, pueden ser solicitados a la CISS.

CAPÍTULO III

CONTEXTO SOCIAL, ECONÓMICO Y POLÍTICO DE LAS REFORMAS: VISIÓN DESDE LOS PAÍSES

El análisis estadístico de las grandes relaciones que se presentan entre la concreción de una reforma del régimen de seguridad social y diversos determinantes económicos y políticos es importante, pues ayuda a entender razones, tiempos, resultados, formas de hacer las cosas y otros aspectos igualmente relevantes.

Sin embargo, el recuento de los procesos de reforma por actores cercanos ubicados en la discusión que se presentó dentro de los diversos países al modificarse los esquemas de seguridad social, también puede aportar datos igualmente valiosos para lograr un entendimiento cabal de todas las complejidades de estas medidas de política.

Por ello, en este capítulo se presenta una descripción analítica de los procesos de reforma de la seguridad social en varios países del continente, misma que es realizada por funcionarios de instituciones afiliadas a la CISS y que vivieron de cerca los acontecimientos.

Algunas de las contribuciones reflejan más la visión oficial de los problemas, mientras que otras son evidentemente más independientes. Pero la perspectiva es siempre desde dentro de los países involucrados.

III.1 Argentina

III.1.1 Origen de las reformas

Desde 1991, en la República Argentina se sucedieron hechos que de una u otra manera, significaron reformar el sistema de seguridad social.

El régimen de Jubilaciones y Pensiones, que por muchos años operaba sin déficits, comenzó a necesitar del apoyo estatal para sostenerse. Para precisar una fecha, se puede decir que en los años previos a la reforma de 1994, la aportación del Estado al régi-

men de reparto a partir de rentas fiscales generales estaba por debajo del 30 por ciento de las erogaciones.

Entre los hechos que impactaron negativamente la recaudación y el financiamiento de los sistemas, se pueden citar:

1. Estatización de varias ramas de la seguridad social que estaban en manos de entes cogestionados.
2. Reducción de las contribuciones de las empresas a los sistemas de seguridad social.
3. Modificación del régimen de trabajadores independientes.
4. Incorporación de regímenes provinciales al sistema integrado de Jubilaciones y Pensiones, sin transferencias presupuestarias.
5. Pago de pensiones no contributivas, sin la debida transferencia de partidas.
6. Flexibilización laboral, que provocó gran rotación de trabajadores y perjudicó las densidades de cotización del sistema.
7. Unificación de la recaudación.
8. Malos o nulos controles fiscales.

En la reforma argentina participaron expresando muy abiertamente su opinión diversas organizaciones internacionales, que en muchos casos informaron sobre el visible desfinanciamiento del sistema a futuro.

La incidencia del Banco Mundial fue importante y más aún la del Fondo Monetario Internacional, que incluso condicionó varios tramos de refinanciamiento de la deuda externa a que se tomaran diversas medidas que, por cierto, impactaron luego negativamente al sistema.

Existieron infinidad de posiciones, el proyecto primario de ley sobre cuentas individuales de capitalización no tuvo la discusión social que el tema merecía. Los actores sociales tomaron la reforma como inevitable, tanto por la instalación del proyecto en sociedad, como por las innegables presiones externas existentes en ese momento.

La discusión de la reforma se concentró en el poder Legislativo, donde sí se trataron trabajos serios, con posiciones encontradas. Sin embargo, la Ley fue sancionada por mayoría, con el gobierno del momento haciendo valer su influencia.

En la exposición de Motivos de Ley de Reforma del Sistema Previsional Argentino de 1994 figuran varios puntos de justificación, la base fundamental estuvo sustentada en dos pilares: la mala administración por parte del Estado del sistema público de reparto, y la escasez de fondos del régimen, que hacía dudar del financiamiento futuro.

En su momento, la participación de la opinión pública en el debate fue muy limitada, pero con el tiempo eso fue cambiando, y la población tiene hoy más información de cuáles son sus derechos y obligaciones para poder acogerse a los beneficios de la seguridad social.

III.1.2 Características del sistema reformado

El cambio fundamental del sistema se basó en la creación de cuentas individuales de ahorro, en manos de instituciones privadas llamadas Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP). A estas cuentas se les acredita mensualmente la retención que sufre el trabajador para su jubilación.

La pensión de una persona al momento de jubilarse por el régimen de capitalización se conforma de tres elementos: un primer ítem, es una prestación básica universal que tiene que ver con la contribución de los patronos y hoy está en \$200; un segundo elemento, es una prestación complementaria que tiene que ver exclusivamente con los aportes que haya realizado el trabajador al antiguo régimen —si los tuviera—; el tercer componente, es el de su fondo capitalizado.

El sistema argentino es optativo en cuanto a la elección del sistema jubilatorio por parte del trabajador, el anterior de reparto, o el reformado de capitalización, aunque si se está en capitalización no se puede pasar a reparto, lo inverso sí es posible.

En cualquier caso, la edad de jubilación es 60 años para la mujer y 65 para los hombres, debiendo demostrar 30 años de servicio, con casi nula flexibilidad de comprobación.

El sistema reformado es supervisado por una superintendencia que, desafortunadamente, ha tenido poco poder para ejercer correctamente sus funciones de contraloría.

Actualmente, el sistema antiguo de reparto, a cargo de la Administración Nacional de la Seguridad Social —sin incluir cajas provinciales, profesionales y especiales— paga algo más de 3.3 millones de prestaciones en forma mensual, con un promedio de remuneraciones de \$350. A los 3.3 millones de casos, hay que agregar 326 mil pensiones mínimas no contributivas.

Hacia fines del año pasado, el sistema privado abonaba algo más de 32 mil jubilaciones, 56 mil pensiones por fallecimiento y 15 mil prestaciones por invalidez que estaban a su cargo.

III.1.3 Resultados de las reformas

Al presente, el sistema reformado no ha dado los resultados esperados, principalmente, porque el Estado estatizó casi el 80 por ciento de las reservas de las administradoras, lo que conlleva a que los fondos que deben garantizar el retiro de las personas estén corriendo la misma suerte que la sacudida economía argentina.

De hecho, en la debacle económica de fines de 2001, los fondos de las administradoras corrieron la misma suerte, en principio, que la deuda externa argentina, es decir, de ser reservas técnicas, se transformaron en papeles en default.

Por otra parte, el costo del servicio que brindan las AFJP es alto y lo que es más grave aún, jubilarse o retirarse por invalidez de una administradora es tan complicado en el actual sistema como lo fue en el anterior régimen de reparto.

Otro problema es que con la reforma, el Estado parece haber entrado en una etapa de desinterés o retraimiento en el ejercicio de su papel, ya que al parecer las autoridades estatales en un principio pensaron que al privatizar el régimen su responsabilidad hacia la sociedad iba a ser secundaria, lo que a todas luces fue un grave error.

Un reto que queda pendiente con la reforma es el de incrementar el grado de cobertura de la seguridad social, pues no se ha podido encontrar la herramienta que permita asistir a todas aquellas personas que, por diversas razones, están en el mercado informal del trabajo o simplemente desempleados.

Lo que sucede con el mercado laboral impacta directamente sobre la recaudación del sistema, y anuncia un conflicto social grave si no se toman nuevas e

inmediatas medidas: sobre una fuerza laboral de 15.5 millones de personas, sólo está en el mercado formal de trabajo un 35 por ciento; se tienen 2.2 millones de trabajadores registrados en el viejo sistema de reparto, pero sólo aportan mensualmente algo menos del millón; en cuanto al esquema de capitalización, se tienen 9.1 millones de registrados, sin embargo, aportan regularmente sólo 2.9 millones; a esto debemos sumar algo más del millón de empleados ocupados por municipalidades y provincias no incorporados al nuevo régimen.

Desempleados, informales y subocupados, incluidos los que reciben planes especiales de asistencia, son en la actualidad la mayoría de la población económicamente activa, con lo cual son pocos los protegidos por el actual régimen de seguridad social, y menos aún los que estarán en condiciones de jubilarse a futuro. Salir de esta coyuntura llevará un largo tiempo.

A fines del año 2002, para solventar el régimen de Jubilaciones y Pensiones, la autoridad económica debió hacer una aportación superior al 70 por ciento de la masa de pago, lo que significó un aumento entre 1994 y el 2002 del 134 por ciento de las aportaciones del Tesoro.

III.1.4 Estructuras sociales: el estatus de los mayores

Argentina es uno de los países más envejecidos del continente, teniendo actualmente al 14 por ciento de su población con más de 60 años, y a un 10.4 por ciento con más de 65. Si se miran las proyecciones al 2025, habrá un 17 por ciento de la población mayor de 60 años y un 14 por ciento mayor de 65.

A diferencia de otros países, en esta nación siempre se le dio alguna atención superior a los ancianos, existiendo tres elementos de la red de apoyo muy importantes a mencionar:

Primero, la existencia de un Instituto Nacional —conocido como PAMI— que se ocupa de brindar prestaciones médicas y sociales a los adultos mayores.

Segundo, la concentración barrial de ancianos, en denominados Centros de Jubilados y Pensionados, que auspiciados por el Estado de distintas formas, concentra en 2 mil 200 locales a la mayoría de la tercera edad. Éstas son instituciones autónomas, que se conducen con una mesa directiva elegida entre sus asociados.

Tercero, la presencia de varias ONG dedicadas a la tercera edad directa o indirectamente, brindando servicios múltiples, que amplían o sustituyen a otros que no cubre el Estado.

Funciona también una secretaría de Estado dedicada a los ancianos, aunque con acciones poco concretas y de escasos resultados por el momento, y una defensoría de la tercera edad. Además, municipal y provincialmente hay planes de contingencia para estas personas, debiéndose reconocer que en la mayoría de los casos sus planes e impactos en los gerontes son importantes.

En suma, la población adulta mayor está bien considerada y medianamente atendida, aunque tampoco ha sido ajena a la crisis social y económica por la que pasó y está pasando aún Argentina, pudiendo citarse las siguientes dificultades y falencias:

Durante varios meses se les descontó a jubilados y pensionados un 13 por ciento de su sueldo. Los cursos de la Obra Social PAMI, que atiende la salud de la tercera edad, se vieron seriamente comprometidos por la baja de la recaudación. Las prestaciones médicas a los ancianos decayeron en calidad y algunas prestaciones sociales brindadas por el Estado disminuyeron o se eliminaron. La inflación impactó altamente a los recursos de los gerontes.

Pese a lo expuesto, se puede decir, que si los ancianos no están atendidos como en otras épocas, las prestaciones médicas están dentro de parámetros mínimos de aceptación y los beneficios sociales aún son importantes.

El cuadro económico de la tercera edad no es bueno, pero tampoco lo es la situación de la población activa. De hecho, es interesante notar un fenómeno social que se presentó porque los jubilados y pensionados pasaron a ser "privilegiados" al cobrar normalmente todos los meses. Frente el desempleo y subempleo creciente, la tercera edad se transformó en pilar de la economía familiar.

El concepto "familia argentina" incorpora al anciano en la mayoría de los casos, lo cual es importante en este cuadro de crisis. La participación de los adultos mayores en entidades intermedias, que de hecho son dirigidas por ellos mismos, facilitan la integración y contención, combatiendo la soledad y la discriminación.

III.1.5 Problemas de los esquemas de salud

Aunque hubo muchos intentos de reformar los sistemas de salud, volcando el mismo exclusivamente al campo privado, el actual régimen de Obras Sociales, que funciona bien y está en su gran mayoría en manos de los sindicatos argentinos agrupados en la Confederación General del Trabajo (CGT), no permitió el cambio pretendido.

No obstante lo expuesto, sí se efectuaron varias modificaciones, que a la postre fueron a favor de los beneficiarios y, por ende, bien tomadas por la sociedad. Entre ellas se mencionan dos, por ser las más significativas:

1. Se permitió a los asociados elegir libremente la Obra Social —entidad que asegura la salud—, con lo cual si bien ingresan a su empleo con un servicio de pertenencia, pueden cambiar por otro que el trabajador considere más conveniente para sus necesidades.

2. Se estableció una prestación mínima que deben brindar todas las Obras Sociales denominada Prestación Médica Obligatoria, que no es más que el piso del servicio ofrecido, con lo cual cada institución puede ampliar su gama de cobertura y así competir en el mercado.

El sistema de salud en la seguridad social no ha estado ajeno a la crisis y, por tanto, está atravesando una difícil circunstancia de costos y servicios, aunque ello no impide la cobertura de sus protegidos. Igual sucede con el esquema de salud pública que, como siempre, se brinda en forma gratuita.

Una presión adicional surge porque ante el nivel de desempleo, informalidad y pobreza, la cantidad de personas que acuden a los sistemas públicos han superado las estructuras, lo que tiene que ver más con la coyuntura económica que con cualquier otra deficiencia del sector.

III.1.6 Otros aspectos de la seguridad social

Mención aparte merece la actitud tomada por las autoridades en cuanto a la política de medicamentos, mediante la cual se reglamentó el uso de drogas genéricas, tema que no existía en el pasado en Argentina.

En lo tocante a riesgos de trabajo es importante indicar que, con anterioridad a la actual legislación, existía una Ley de Accidentes de Trabajo que poco hacía para prevenir y asistir en la contingencia.

La actual norma, que está basada en el aseguramiento de los trabajadores, exige pautas de prevención, fija alícuotas de pago en base al riesgo y cubre al empleado desde el mismo momento del siniestro, incluyendo su atención médica y su rehabilitación si fuese necesario.

Como toda ley aplicada, el sistema puede ser perfectible y en algunos aspectos debe mejorar, pues hay superposición de funciones y controles que no están claros y terminan afectando a las personas. Sin embargo, también se puede decir que este nuevo régimen funciona dentro de parámetros aceptables.

Aunque han existido alteraciones en otros sistemas de protección, un área preocupante es la de asignaciones familiares, donde desde el año 1996 se tomaron medidas en desmedro de sus beneficiarios.

Este sistema de verdadera redistribución de los ingresos en el país fue sacudido por radicales medidas económicas y financieras que nada tienen que ver con los aspectos socio-familiares, aunque, pese a ello, sigue teniendo una trascendencia importante en el hogar de los trabajadores más humildes.

Medidas tomadas recientemente dan la esperanza de que este apoyo a la familia vuelva a ser lo que fue hace muchos años.

No se olvide que el régimen de asignaciones y subsidios familiares fue en Argentina el pilar de las administraciones cogestionadas, que demostraron un éxito indiscutido y que lamentablemente fueron desapareciendo con el tiempo por la intromisión e intervención del Estado.

III.1.7 Perspectivas de las reformas

El cuadro de situación social y laboral de Argentina es grave, aunque con incipientes índices de mejora. Por otra parte, el advenimiento de un nuevo gobierno reabre la esperanza de la población.

En el campo de las ideas, los temas de la seguridad social están siendo nuevamente analizados y la sociedad es consciente de la necesidad de cambiar las reglas, buscando nuevas formas de organizar la protección social.

Una lección importante es que no se debe confundir el control y supervisión del sistema reformado con la captura indiscriminada de las reservas de las administradoras privadas, pues de lo contrario devienen las preguntas: ¿Para qué se privatizó el sistema? ¿Para pagar comisiones? ¿Para pagar intereses de la plata que antes recaudaba por sí? En suma, el Estado debe estar atento a las desviaciones del sistema, pero no colaborar a desviarlos.

Otra cosa que se ha comenzado a entender es que luce necesaria la adaptación a vivir con niveles altos de informalidad y desempleo. Ante esta realidad, pensar en que la seguridad social puede seguir sosteniéndose sólo por aporte y contribuciones del mercado formal es una quimera.

Si se piensa en una seguridad social sin excluidos, se deben replantear todos sus alcances y métodos de financiación.

Se debe pensar entonces en prestaciones diferenciadas y en financiamiento de rentas generales.

Se debe pensar en tiempos, en donde lo que se brinde no será lo ideal, pero sí lo posible.

III.2 Brasil

En esta sección se da a conocer un breve diagnóstico del sistema brasileño de previsión social, y la especificación de la propuesta de reforma que recientemente se entregó al Congreso Nacional. Se desea proporcionar la base adecuada para una discusión más profunda sobre los rumbos que la sociedad brasileña desea para su Previsión Social. El texto se destina específicamente, a concatenar y presentar los principales datos y fenómenos necesarios para la comprensión de la urgencia de reforma del sistema; representa el punto de partida del debate de reforma, que se inicia con el gobierno del Presidente Luis Inácio Lula da Silva.

III.2.1 Origen de las reformas

La situación financiera de la previsión social de Brasil es deficitaria en ambos regímenes, tanto en el sector privado, administrado por el Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), como en el sector público, existente a nivel del gobierno federal, en los 27 estados federados y en las 2 mil 140 municipalidades del país.

El déficit del INSS se explica por la existencia del subsistema de la previsión rural, el cual tiene impactos significativos en el combate a la pobreza, así como por factores coyunturales, como el empeoramiento del mercado de trabajo urbano en los años siguientes a la devaluación de la moneda en 1999. En diciembre de 2002, el INSS pagaba 19 millones de beneficios, de los cuales casi dos tercios correspondían a un salario mínimo, presentando un déficit del orden de R\$17 mil millones que corresponde al 1.3 por ciento del PIB. En fuerte contraste, los regímenes de los trabajadores del sector público pagaban, también en 2002, aproximadamente 2.6 millones de beneficios, con un déficit de R\$39.8 mil millones que corresponde al 3.1 por ciento del PIB.

En el sistema de previsión de los empleados del sector público, el fuerte compromiso presupuestario es resultado de las reglas de acceso e indexación de beneficios, las cuales son completamente diferentes a las del sector privado, que a su vez fueran sometidas a una reforma durante el gobierno de Fernando Henrique Cardoso, en 1998-99. Las diferencias más evidentes se basan en el hecho de que los empleados públicos no tienen un tope para sus beneficios, la edad mínima para acceder a una pensión es de solamente 53 años para hombres y 48 años para mujeres, el cálculo de la pensión tiene como base la última remuneración del trabajador y las pensiones suben de acuerdo con el alza de las remuneraciones de los trabajadores activos de la misma carrera.

En el Régimen General de Previsión Social (RGPS) del INSS, después de la reforma previsional de 1998-99, la pensión por tiempo de contribución es calculada con base en el promedio del 80 por ciento de los mejores salarios desde julio de 1994 y con la aplicación del "Factor Previsional". Este factor contiene en su fórmula la edad de retiro, la expectativa de vida y el tiempo de cotización y crea, de esa manera, una rebaja de la tasa de reemplazo de la pensión si el asegurado opta por anticipar su retiro, esto es, antes de los 60 años para hombres y 55 para mujeres. Las pensiones en el INSS son indexadas a la inflación a través del Índice Nacional de Precios al Consumidor, y están sometidas a un tope máximo de R\$1,869.34, cerca de US\$620, en agosto de 2003. Como resultado, se generan en ambos regímenes valores promedios de pensiones altamente diferentes, que reproducen e incluso amplifican las diferencias económico/sociales en el país.

Actualmente, los ancianos en Brasil representan el 8.6 por ciento de la población, lo que equivale a un contingente de 14.5 millones de personas. Con relación a 1991, hubo un crecimiento del 35.5 por ciento en la cantidad total de personas ancianas. La esperanza de vida al nacer alcanzó en el 2001, 65 años para los hombres y 73 para las mujeres. Para cada edad, la sobrevida, concepto más adecuado para los sistemas de previsión social, ha aumentado a lo largo de los años. En las décadas de los setenta y los ochenta, un hombre de 50 años tenía una sobrevida de 22 años y si era mujer de 24 años, es decir, llegarían a los 72 y 74 años, respectivamente. En el 2001, la sobrevida ha aumentado a 23 años para los hombres y a 28 para las mujeres. Todos estos cambios están íntimamente relacionados con la previsión social y la afectan de manera importante.

En lo tocante a los cambios en el mercado de trabajo, según la Encuesta Mensual de Empleo (PME), del total de las personas ocupadas, los trabajadores formalmente contratados sumaron el 57.5 por ciento en 1990, y el 44.1 por ciento en el 2000. Mientras que los trabajadores sin contrato pasaron del 19.3 por ciento en 1990, al 27.7 por ciento en el 2000. Los que trabajan por cuenta propia se incrementaron del 18.7 por ciento en 1990, al 22.6 por ciento en el 2000.

El impacto de los cambios en el mercado de trabajo formal para el financiamiento de la previsión social se puede constatar con el siguiente ejercicio: si la estructura del mercado de trabajo en 2002, fuera la misma de 1990, se estima que el Régimen General de Previsión Social (RGPS) tendría un superávit de cerca de R\$2 mil millones. Sin embargo, hubo una necesidad de financiamiento como se indicó, de R\$17 mil millones.

Bajo varios enfoques, las proporciones de la Previsión Social en Brasil impresionan por su magnitud. Ya sea el volumen de los ingresos y gastos, la cantidad de personas cubiertas, las prestaciones sociales, los impactos en la reducción de la pobreza, todos son indicadores de gran expresividad. Sin embargo, se vive un momento en que se hace necesaria la reflexión sobre los rumbos que este sistema debe tomar. No se equivoca quien afirma que los problemas de la Previsión en Brasil, chocan con los beneficios que la misma institución proporciona. En lo futuro el sistema se puede volver inviable.

III.2.2 Características del sistema reformado

La Previsión Social brasileña cuenta con cuatro regímenes dirigidos hacia grupos específicos de la población.

1. El Régimen General de Previsión Social (RGPS), administrado por el Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), cubre obligatoriamente a todos los trabajadores del sector privado, incluidos los autónomos, los domésticos, los campesinos y los asegurados facultativos.

2. Un segundo régimen de previsión social está dirigido hacia los servidores públicos del sector civil en las tres esferas de la federación. De acuerdo a la Constitución de 1988, la Federación, los Estados y Municipios pueden instituir un Régimen Propio de Previsión Social (RPPS) para sus empleados u optar por afiliarlos al INSS. En enero de 2003 todos los Estados, 2 mil 140 Municipios y la Federación habían instituido un RPPS.

3. Circunstancias similares se aplican en el caso de los servidores militares en el ámbito federal, quienes, según la Constitución actual tienen derecho a un régimen de previsión social específico.

4. Hay un régimen de Previsión Complementario u optativo, destinado a aquéllos que quieren un beneficio suplementario al que ya disponen en alguno de los regímenes mencionados. La Previsión Complementaria está organizada a través de fondos "cerrados", es decir, dirigidos a grupos de empleados determinados o "abiertos", que cualquier ciudadano puede adquirir en el mercado financiero. La institución que administra la previsión complementaria es una entidad de derecho privado, regulada por la Secretaría de Previsión Complementaria (SPC/MPS) y por la Superintendencia de Seguros Privados (SUSEP/Ministerio de Hacienda). A diferencia de los regímenes anteriores que son de reparto, éste es de capitalización plena.

El Régimen General de Previsión Social que atiende a los trabajadores de la iniciativa privada está conso-

lido como uno de los principales mecanismos de protección social del Estado brasileño. Durante los últimos años el sistema pasó a reportar resultados financieros negativos con evidentes consecuencias para el escenario fiscal, sin embargo, no cabe duda de que el rol social que desempeña en términos de reducción de la pobreza, mejora en la distribución de los ingresos y fomento al desarrollo económico, de modo especial en el campo y en las pequeñas comunidades urbanas, es fundamental para la estabilidad del país.

En el 2002, el régimen básico de previsión benefició a 73.9 millones de trabajadores, lo que representaba el 42.1 por ciento de la población brasileña.

El Régimen Propio de Previsión Social ofrece la protección a los servidores de la Federación, Estados y Municipios. En total, entre servidores activos, inactivos y pensionados, la cobertura llega a 7 millones 312 mil 63 personas.

El análisis del aspecto social de la previsión, es decir, de sus verdaderos impactos en la mejoría de vida de las personas revela evidencias que no pueden ser olvidadas. Por el contrario, presentan el papel del Estado brasileño como agente capaz de promover el bienestar de su población. Una buena parte de este mecanismo de fomento social se debe a la previsión "no contributiva", fundamentalmente rural. En el campo, la actuación de la previsión contribuye a dinamizar la economía local y generar empleos, evitando la migración del trabajador a los centros urbanos.

III.2.3 Resultados de las reformas

Las medidas implementadas principalmente por la Enmienda Constitucional No. 20 de diciembre de 1998, y por la Ley No. 9,876 de noviembre de 1999, han contribuido para el control de la necesidad de financiamiento que se prevé para los próximos años, en particular, con relación a la contención de las jubilaciones precoces que se estaban concediendo a personas con un promedio de edad de 48.9 años. Actualmente, las jubilaciones se están concediendo a asegurados con un promedio de edad de 53.2 años, lo que todavía representa una edad muy baja.

El Régimen Propio de Previsión Social, a pesar de la relevante cobertura de riesgos a los servidores públicos, presenta problemas financieros muy importantes. Los gastos, como se ha indicado, implican una necesidad de financiamiento del orden de 3.1 por ciento del PIB de Brasil.

Ante la situación descrita, el sistema de previsión de los trabajadores del sector público fue elegido como objeto principal de la futura propuesta de reforma. En los meses de enero a abril de 2003, tras comple-

tar el diagnóstico formal, hubo un esfuerzo de concertación política que involucró a una gran parte del equipo de gobierno, especialmente, la Presidencia de la República, el Ministerio de la Previsión Social y el Ministerio de Hacienda. Uno de los principales foros de discusión fue el Consejo de Desarrollo Económico y Social, creado por el Presidente Lula para asesorarle en la promoción de reformas económicas, políticas y sociales, el cual es compuesto por casi un centenar de personalidades de las esferas empresariales, laborales, académicas, culturales, religiosas y sociales. En febrero y marzo de 2003, el foro debatió intensamente el diagnóstico previsional y las alternativas de reforma.

La alianza política más importante fue creada con base en un intenso diálogo, sin discriminación de orden político-partidario entre el Presidente Lula y los 27 gobernadores de los Estados. La cooperación fue reproducida en el ámbito técnico entre los expertos del Ministerio de Previsión Social y los Secretarios de Administración de los Estados por medio de un Consejo (el CONAPREV). Como la legislación federal de previsión para los trabajadores del sector público se aplica obligatoriamente a los subsistemas estatales y municipales y como los Estados y las Municipalidades de Brasil se encuentran, en general, en una situación presupuestaria todavía más crítica que el gobierno federal, los gobernadores y alcaldes constituyeron los principales cointerésados en la obtención de la reforma.

III.2.4 Perspectivas de las reformas

El aumento de la cobertura representa uno de los principales retos de la política social brasileña. Este esfuerzo de incremento por parte de la Previsión Social, no se debe limitar a la implementación de políticas por parte del gobierno, sino que debe representar un compromiso asumido por toda la sociedad organizada.

Los debates sobre los rumbos de la Previsión brasileña, más que considerar cambios en las reglas de financiamiento y beneficio, deben pasar por medidas administrativas, de modo particular en lo que se refiere al combate a los fraudes, a la recuperación de la deuda activa y a la ampliación de la cobertura.

Los desequilibrios crecientes de la previsión de los servidores públicos, por el contrario, son preocupantes por considerar un número sustancialmente inferior de personas, pero con mejores beneficios y con mayores expectativas de duración de los mismos.

La reforma enviada al Congreso el 30 de abril de 2003 se basa en tres objetivos fundamentales: primero, la creación de un régimen previsional con reglas con-

vergentes con el INSS para los futuros trabajadores del sector público; segundo, un fuerte ajuste paramétrico para la generación de los actuales trabajadores; tercero, la creación de una contribución solidaria de los actuales jubilados, que obtuvieron sus beneficios con base en reglas bastante generosas. Las principales propuestas involucradas son:

1. En el INSS cambia solamente el valor del tope máximo del ingreso imponible de R\$ 1,869.34 a R\$ 2,400.00 (US\$ 800), equivalente a 10 salarios mínimos oficiales. El incremento del tope máximo en el INSS se basa en una decisión que va conscientemente en contra de la tendencia de las reformas previsionales en los otros países de América Latina. En esos países, el límite máximo del ingreso imponible del antiguo sistema público fue rebajado para crear espacio para la previsión basada en la capitalización en cuentas individuales.

2. Mantener los derechos adquiridos para los ya jubilados y para los que han completado todos los requisitos para acceder a una pensión. El concepto de "derecho adquirido" empleado en la propuesta corresponde a la interpretación por parte de la Corte Suprema de Brasil (el STF) en diversas oportunidades, donde queda claro que sólo tienen derecho a pensionarse bajo las reglas actuales los que han completado todos los requisitos: edad mínima, tiempo mínimo de cotización, tiempo mínimo de filiación al régimen del sector público.

3. Cambiar la fórmula de cálculo de las pensiones en el sector público, introduciendo el concepto de un promedio de los salarios imponibles a lo largo de la vida laboral del asegurado, en lugar de que la pensión sea calculada sobre el último salario imponible.

4. Crear nuevas edades de referencia para la jubilación, al establecerse que el retiro anticipado para los trabajadores del sector público actualmente en actividad —en relación con las edades de 60 años para hombres y 55 para mujeres— resulte en una reducción proporcional de la tasa de reemplazo. Los que quieran jubilarse anticipadamente, sufrirán una reducción del 5 por ciento por cada año de anticipación, lo que invierte la actual lógica del incremento de ingreso del funcionario público al momento del retiro. Para los que completan los requisitos de las reglas de retiro actuales —edad de 53/48 con 35/30 años de cotización— hasta fines de 2005, la reducción por cada año de anticipación será del 3.5 por ciento. Para los funcionarios públicos que ingresaron a partir de 1998 ya se estableció que la edad mínima de jubilación es de 60/55 para hombres y mujeres, respectivamente.

5. Eliminar la posibilidad de jubilación con tiempos reducidos de cotización. Actualmente, existe la po-

sibilidad de retirarse con un mínimo de 30 años de cotización para hombres y de 25 años para mujeres: esto es eliminado. Para obtener una jubilación que no sea proporcional al tiempo de cotización se requerirá que un trabajador del sector público tenga al menos 35 años de cotización en el caso de los hombres y 30 años en el caso de las mujeres.

6. Mantener la posibilidad de obtener una jubilación con base en el último salario, pero con requisitos más estrictos y limitada a los trabajadores actualmente activos. Como resultado de las negociaciones en el Congreso, se creó la posibilidad de que los actuales funcionarios públicos puedan acceder a una jubilación equivalente a su último salario sólo si completan las edades de 60/55 para hombres/mujeres con 35/30 años de cotización.

7. Introducir el mismo tope básico al ingreso imponible del INSS para los futuros funcionarios públicos y crear fondos de pensiones complementarios. Una vez aprobada la reforma, a través de leyes federales, estatales y municipales se crearán fondos de pensiones complementarios para los funcionarios públicos. Los futuros funcionarios públicos, que ingresarán después de la institución del fondo complementario, estarán obligatoriamente sometidos al mismo tope máximo de ingreso imponible del INSS de R\$ 2,400.00 mensuales.

8. Los fondos complementarios para funcionarios públicos seguirán las mismas reglas que los ya existentes para los trabajadores del sector privado. Brasil posee actualmente, basado en el principio de la capitalización, un amplio sistema de fondos de pensiones ocupacionales complementarios y voluntarios para los trabajadores del sector privado. Los fondos de pensiones que serán creados para trabajadores del sector público tendrán que ser fondos ocupacionales, sin fines de lucro, administrados en partes iguales por representantes de los trabajadores y de los entes estatales. De acuerdo a un cambio introducido por los diputados nacionales, la administración será de "naturaleza pública", lo que significa que no van a ser administrados por bancos y seguros privados, aunque las normas de regulación serán las mismas a las que están sometidos los actuales fondos de pensiones de derecho privado. Está previsto también en la propuesta que la previsión complementaria será basada en el principio de las contribuciones definidas.

9. Cambiar el cálculo de las pensiones por viudez. En la actual legislación, las pensiones por viudez corresponden a la totalidad de la remuneración del funcionario público fallecido, lo que crea una sobreprotección de los dependientes. Con cambios insertados por los diputados en la propuesta original del gobierno, la nueva regla establece que la pen-

sión de viudas y huérfanos corresponderá a la totalidad de los ingresos del funcionario fallecido hasta el tope del INSS, más el 70 por ciento del valor que lo sobrepase.

10. Crear una contribución solidaria de los jubilados actuales al régimen previsional. Justificada por el hecho de que las fórmulas de cálculo aplicadas en el pasado fueron muy generosas, y que es necesario distribuir de forma justa entre las generaciones el costo del ajuste de un sistema profundamente desbalanceado, se incluyó en la propuesta la creación de una contribución de los beneficiarios actuales al sistema de previsión de los funcionarios públicos.

11. Introducir un tope máximo para las actuales remuneraciones y jubilaciones en el servicio público. La propuesta de reforma también incluye un tope máximo para remuneraciones y jubilaciones públicas.

12. Crear un incentivo monetario a la permanencia en actividad de los que ya tienen posibilidad de retirarse.

13. Por parte de los Estados y Municipalidades implantar tasas de contribución mínimas equivalentes a las del gobierno federal para sus empleados. Hay actualmente una fuerte dispersión de las tasas de cotización entre los Estados y Municipalidades que, en general, tendrán que ser aumentadas.

14. Unificar las cajas en cada ente estatal. Aunque la propuesta no haya avanzado hacia la unificación administrativa de las cajas previsionales de los funcionarios públicos con el INSS, en cada ente estatal no podrá existir más de una unidad de gestión del régimen propio de los empleados públicos.

15. Cambiar la indexación de las pensiones concedidas después de la reforma. Por motivos jurídicos, las pensiones concedidas antes de la aprobación de la reforma seguirán indexadas a la alza de los salarios de los trabajadores activos.

III.2.5 Conclusiones

La Reforma de la Previsión tiene como objeto hacer que el Sistema de Previsión Social Brasileño sea más justo y técnicamente más sustentable.

Los retos en materia de previsión social son enormes. Lo importante es que Brasil tiene una visión clara hacia un sistema previsional básico universal, con reglas iguales —mismos derechos y deberes— para todos los ciudadanos. Este modelo tiene que incluir fuertes elementos de redistribución de ingreso, que permitan al país superar la histórica desigualdad social. Esta lucha contra la falta de equidad y la pobre-

za es un imperativo ético para el gobierno del Presidente Luís Inácio Lula da Silva.

III.3 Chile

En los últimos veintitrés años, en Chile se han llevado a cabo profundas reformas a los dos principales sistemas de seguridad social, el de pensiones y el de salud, las cuales han dado lugar a modelos que han servido de base para que otros países también hayan modificado sus propios regímenes.

Este extracto presenta un resumen de los sistemas de pensiones y salud, aun cuando este último régimen enfrenta en la actualidad un nuevo y profundo proceso de cambio. Adicionalmente, se presentan los aspectos más relevantes del recientemente implementado sistema de Seguro de Cesantía, que opera en Chile desde octubre de 2002. Por último, se hace mención a las iniciativas que se han llevado a cabo con relación a los sistemas de protección del Adulto Mayor.

III.3.1 Origen de las reformas

Hasta fines de 1980, en el régimen de pensiones, Chile aplicó un sistema basado en el esquema financiero de reparto, en el cual la jubilación era un derecho garantizado por el Estado. Éste, al ser el primer responsable del financiamiento de las prestaciones, traspasaba todos los costos de esta obligación a la economía nacional, lo que se veía reflejado en un déficit creciente de año en año. Lo anterior trajo como consecuencia un sistema deficitario y claramente inequitativo, siendo los más perjudicados los imponentes adscritos al régimen del seguro social, que cubría a más del 70 por ciento de la población, precisamente, los trabajadores de menores ingresos.

A los problemas financieros se sumaron otros factores, como el aumento de las expectativas de vida unido a la disminución de las tasas de natalidad, lo que aumentaba el deterioro en la relación entre activos y pasivos. Otro problema fue la falta de un estatuto jurídico único, lo que provocó que llegaran a existir 32 Cajas de Previsión que, en total, administraban más de 200 regímenes, lo cual conducía a una fuerte discriminación en favor de algunos grupos sociales y en contra de otros.

III.3.2 Características del sistema reformado

Con el Decreto Ley No. 3.500 de noviembre de 1980, entra en vigencia en Chile un régimen obligatorio de pensiones basado en la capitalización individual de contribuciones definidas, una administración privada competitiva y libertad de elección para el afiliado. Este régimen, planeado para sustituir completamente a los regímenes de reparto ya indicados, es el pri-

mero que se conoce con estas características dentro de los sistemas de seguridad social de alcance nacional.

En su puesta en marcha, los trabajadores afiliados al antiguo régimen y aquéllos que iniciaron sus labores hasta diciembre de 1982, pudieron optar entre ambos sistemas de pensiones, existiendo para el resto de los trabajadores la obligación de incorporarse al régimen establecido por el mencionado Decreto Ley. Por tanto, en materia de pensiones coexisten por algún tiempo ambos sistemas.

El sistema de capitalización individual obliga a los trabajadores dependientes a ahorrar en una cuenta personal abierta en una Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) de su elección, con el objeto de financiar sus pensiones de vejez e invalidez, así como las de sobrevivencia de sus beneficiarios. Por su parte, los trabajadores independientes pueden incorporarse voluntariamente al sistema.

El Estado, en su rol subsidiario, garantiza un nivel de pensiones mínimas para aquellos trabajadores que, cumpliendo los requisitos que más adelante se indican, no cuentan con una acumulación de fondos suficiente para alcanzar dicho nivel.

A junio de 2002, el ahorro de los trabajadores acumulado en sus cuentas de capitalización individual sumaban en total 37 mil 66 millones de dólares, lo que representa más del 55 por ciento del PIB y que implica en promedio cerca de 4 millones de pesos por afiliado. Además, en 21 años, el sistema ha permitido que muchos chilenos accedan a través de la inversión del ahorro, al financiamiento de viviendas, a créditos hipotecarios y a proyectos de empresas que dan empleo, entre otras materias.

Las prestaciones del nuevo sistema se traducen, básicamente, en pensiones de vejez, invalidez y sobrevivencia. Cada una de ellas tiene su propia modalidad de financiamiento y pueden pagarse en la forma de:

Retiro Programado, que lo paga la AFP y bajo la cual el afiliado o beneficiario asume el riesgo de rentabilidad del Fondo de Pensiones y el de sobrevivencia, aun- que mantienen la propiedad sobre sus fondos.

Renta Vitalicia Inmediata, en que el afiliado contrata el pago de la pensión con una compañía de seguros de vida, la que se compromete a pagar una renta mensual hasta su fallecimiento y, posteriormente, pensiones de sobrevivencia a sus beneficiarios.

Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida, en que el trabajador contrata con una compañía de seguros de vida el pago de una renta vitalicia mensual a con-

tar de una fecha futura posterior al momento que se pensione. Antes de esa fecha, el afiliado recibe mensualmente de la AFP una pensión que se calcula distribuyendo los fondos retenidos para este propósito en la cuenta personal, como pagos ciertos a la misma tasa usada para el cálculo de los retiros programados.

Las pensiones de vejez se pagan a los trabajadores que han perdido su capacidad de generar ingresos como consecuencia de la edad, 65 años para los hombres y 60 las mujeres. Sin embargo, pueden pensionarse antes de esas edades si el ahorro del afiliado en su cuenta individual permite financiar una pensión. La misma ley se encarga de determinar los montos mínimos para optar por una pensión anticipada.

Las pensiones de invalidez sustituyen remuneraciones de quienes durante su vida activa se enfermen o tienen un accidente común que los deja inválidos, total o parcialmente. La invalidez proveniente de accidentes del trabajo o de enfermedades profesionales origina prestaciones que se rigen por un sistema diferente, el cual está reglamentado por la ley No. 16.744 y administrado por las mutualidades de empleadores.

Las pensiones de sobrevivencia se generan por fallecimiento de los afiliados activos o pensionados y se otorgan al cónyuge, al cónyuge inválido y a los hijos que reúnan los requisitos que define la ley. En determinados casos tienen derecho, también, la madre de hijos no matrimoniales del causante, así como los padres del afiliado.

El sistema de pensiones es administrado por instituciones privadas, denominadas Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), las que deben estar constituidas como sociedades anónimas cuyo objeto exclusivo es administrar fondos de pensiones y otorgar las prestaciones y beneficios que establece el Decreto Ley No. 3.500.

Las compañías de seguros de vida participan en la administración del régimen a través de la venta de seguros de rentas vitalicias, el pago de pensiones transitorias de invalidez y el financiamiento de la diferencia que —en caso de muerte o de invalidez definitiva— se produce entre el valor presente de las pensiones y el saldo acumulado en la cuenta de capitalización individual de un afiliado.

A fines de la década de los 70, al Estado le correspondía la administración del 100 por ciento de la atención de salud, con una tímida participación del sector privado en materias de libre elección. De esta forma, el Estado ejercía una acción hegemónica, donde se asignaba al Poder Ejecutivo todas las funcio-

nes de control, regulación, administración y otorgamiento de prestaciones médicas en Chile.

A partir de la reforma dictada en 1980, las personas pueden optar por el sistema de salud de acuerdo a sus preferencias, público o privado, financiando el esquema con una cotización obligatoria.

Esto es, el Régimen Estatal de Salud queda conformado como un sistema único y universal que posee a su vez, dos modalidades de atención: Libre Elección e Institucional, las que pueden ser utilizadas indistintamente y en todo momento por sus beneficiarios. El financiamiento de ambas modalidades proviene de un fondo único conformado por las cotizaciones de los trabajadores —7 por ciento de sus rentas— y las transferencias de recursos fiscales. Dicho fondo es administrado por el Fondo Nacional de Salud, FONASA, ente que sólo ofrece un "Plan Único" de bonificaciones a sus beneficiarios, a diferencia de las instituciones privadas.

Dentro de este contexto, se dicta el Decreto con Fuerza de Ley No. 3 de 1981 del Ministerio de Salud, que fija las normas para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud por las Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE, las que, al igual que los afiliados, tienen libertad absoluta para pactar las características y el nivel de beneficios en esta materia, a través de un "Contrato de Salud" en que la institución y el cotizante pactan la cobertura de medicina curativa que recibirán éste y sus familiares.

Los organismos responsables de proporcionar la atención básica de salud son los Servicios de Salud, que integran el Sistema Nacional de Salud. El sistema estatal prohíbe a dichos organismos negar atención a quien lo requiera o condicionarla al pago de tarifas o aranceles, sin perjuicio de las contribuciones que exige la ley.

Actualmente, se encuentra en tramitación legislativa el proyecto de reforma más importante de los últimos veinte años. Este proyecto considera reformas a los beneficios que se otorgarán a la autoridad sanitaria e inclusive a las ISAPRE.

En cuanto a los beneficios, la reforma crea al llamado "Plan AUGE", que busca garantizar la equidad en el acceso a la atención de salud, tanto preventiva como curativa, con independencia de la capacidad de pago de las personas. La principal herramienta propuesta para generar equidad es la definición de un plan de acceso universal que define para toda la población actividades de salud garantizadas universalmente por el Estado, sin discriminación de ninguna índole. Este plan garantizado es estándar, no excluyente, universal, integral y total.

III.3.3 Resultados de las reformas

El resultado más claro de las reformas es que éstas no se han detenido. En marzo de 2002 entró en práctica una que modificó el ahorro previsional de carácter voluntario, entregándose un incentivo tributario significativo para estimular el ahorro de los trabajadores, especialmente para los que cotizan por sobre el tope imponible: 60 Unidades de Fomento, que equivalen a mil 450 dólares aproximadamente.

Asimismo, en octubre de 2002 entraron en vigencia los Multifondos, calificado como “el cambio más significativo que haya tenido el Sistema de AFP en sus 21 años de vida”. A través de los Multifondos, los afiliados disponen de cinco Fondos para elegir la opción que más se acerca a sus necesidades y preferencias, fondos que se diferencian de acuerdo a la cantidad de instrumentos de renta fija y renta variable en que se invierten los ahorros. El objetivo de este cambio es elevar en el tiempo el monto de las pensiones, a través de mecanismos de inversión que se ajusten a las necesidades individuales.

En octubre de 2002, un Nuevo Seguro Obligatorio de Cesantía fue puesto en práctica para cubrir eventuales períodos de desempleo originados por causas voluntaria o involuntaria. Se basa en el financiamiento compartido por los trabajadores —un 0.6 por ciento va a la misma cuenta individual y un 0.8 por ciento a un Fondo Solidario—, y el Estado —que aporta anualmente un monto que se destina al Fondo Solidario. Estas cotizaciones tienen el carácter de previsionales y son libres de impuestos.

El seguro es administrado por un gestor privado que adquiere tal condición mediante una licitación pública y que dura 10 años. En la única efectuada hasta el momento, ganó la oferta un consorcio formado por las Administradoras de Fondos de Pensiones.

El Seguro de Cesantía es obligatorio para los trabajadores dependientes regidos por el Código del Trabajo, que comienzan a trabajar o reinician actividades laborales a partir del 2 de octubre de 2002. Pero la renovación de un contrato ya vigente al 1 de octubre de 2002 no genera tal obligatoriedad. También, aquellos trabajadores contratados antes del 2 de octubre de 2002 pueden ingresar al sistema en forma libre y voluntaria.

Para acceder al pago del beneficio, el afiliado debe tener acreditadas un mínimo de 12 cotizaciones en forma continua o discontinua cuando el contrato es a plazo indefinido. El asegurado podrá realizar un retiro mensual de su cuenta individual por cada año o fracción superior a 6 meses de cotizaciones que registre desde su afiliación, con un máximo de 5 giros. Si el trabajador ha sido despedido por “necesidades de la empresa” o “caso fortuito o fuerza mayor” —pérdida de trabajo involuntaria— tiene derecho a optar al Fondo de Cesantía Solidario, el cual asegura montos mínimos de retiro. En este caso, se requiere acreditar 12 cotizaciones continuas.

La Ley establece, sin embargo, que antes de otorgar cualquier beneficio con cargo al Fondo Solidario, el ente administrador —Administradora de Fondo de Cesantía, AFC Chile— debe enviar los antecedentes del afiliado a la Oficina de Intermediación Laboral dependiente de la municipalidad del domicilio del asegurado, a fin de que ésta pueda ofrecerle un trabajo o una beca de capacitación financiado por el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE). En caso de que la renta del trabajo ofrecido sea igual o superior al 50 por ciento de la percibida antes de quedar cesante, y el afiliado rechace la oferta por una causa injustificada, pierde el derecho a pago del seguro.

La Ley establece, sin embargo, que antes de otorgar cualquier beneficio con cargo al Fondo Solidario, el ente administrador —Administradora de Fondo de Cesantía, AFC Chile— debe enviar los antecedentes del afiliado a la Oficina de Intermediación Laboral dependiente de la municipalidad del domicilio del asegurado, a fin de que ésta pueda ofrecerle un trabajo o una beca de capacitación financiado por el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE). En caso de que la renta del trabajo ofrecido sea igual o superior al 50 por ciento de la percibida antes de quedar cesante, y el afiliado rechace la oferta por una causa injustificada, pierde el derecho a pago del seguro.

III.3.4 Estructuras sociales: el estatus de los mayores

El creciente y significativo aumento de los adultos mayores exige un nuevo enfoque para responder a situaciones nuevas hasta ahora, tales como la calidad de vida, derechos, integración y otras. Éstos reclaman y exigen espacios en donde puedan interactuar con el resto de la sociedad. Surgen así los movimientos asociativos de adultos mayores, conformando uniones, clubes, centros, en definitiva, creando organización social. Hoy el 20 por ciento de los adultos mayores están organizados, esto es, alrededor de 300 mil personas. Lo anterior implica que los adultos mayores se han transformado en actores sociales legitimados ante las autoridades tanto a nivel comunal, regional y nacional.

Tal vez, la más importante modificación legal en cuanto a la integración a la sociedad de las personas de la tercera edad, ha sido la incorporación de los pensionados al régimen de Cajas de Compensación ocurrida en diciembre de 1997 mediante la Ley No. 19.539. Esta ley permite a los pensionados —con excepción de los que provengan de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional y de la Caja de Previsión de Carabineros— el acceso a los beneficios aportados por las Cajas, entre los que destacan las prestaciones adicionales y complementarias.

Su incorporación es voluntaria, y los afiliados deben concurrir al financiamiento del sistema con un aporte que no puede ser superior al 2 por ciento de su pensión.

Entre las prestaciones a las que tienen acceso los pensionados se cuentan diversos servicios de salud —convenios de atención dental—, asistencia legal,

recreación y turismo, educación, cultura y beneficios de carácter económico, como bonos por conceptos de asignación de matrícula universitaria para pensionados estudiantes o sus cargas familiares, asignación por fallecimiento de cargas y asignación por fallecimiento del pensionado.

Pero es quizá el acceso al crédito social, la gran ventaja que ha representado para los pensionados la incorporación al sistema. Este crédito se realiza en sumas de dinero a los pensionados, cuyos requisitos son más bajos que los exigidos en el sector financiero y con menores tasas de interés.

A diciembre de 2000 se habían afiliado al sistema más de 300 mil pensionados.

III.4 Colombia

III.4.1 Origen de las reformas

En 1990, con la Ley 50 se modificó el régimen laboral que trajo consigo las administradoras de cesantía y pensiones. Posteriormente, en 1993 con la Ley 100 se crea el "Sistema de Seguridad Social Integral" y el Estado promueve la competencia entre el sistema público y el sistema privado, al cual dota de facultades legales para prestar servicios de salud, cubrir riesgos y enfermedades profesionales y ampliar la administración de prestaciones económicas como pensiones y cesantías.

La Seguridad Social Integral se definió como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para gozar de calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente, las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Los colombianos antes del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud creado a través de la Ley 100 de 1993 tenían las siguientes posibilidades para acceder a los servicios médicos:

1. Ir a los hospitales y centros de salud del Estado.
2. Asistir a las clínicas y centros privados si tenían capacidad para pagar los servicios.
3. Asistir al Instituto de Seguros Sociales (ISS) si eran trabajadores dependientes y estaban vinculados a la seguridad social.

4. Afiliarse a una Caja de Previsión Social si eran empleados públicos: distritales, departamentales o nacionales.

5. Pagar un seguro médico privado.

6. Acudir a las Cajas de Compensación Familiar si estaban afiliados a éstas.

Sin embargo, este modelo tenía serios problemas:

- ◆ Cada año nacían 200 mil niños sin ninguna atención médica.
- ◆ Más de la mitad de los colombianos no tenían ninguna seguridad social.
- ◆ Algunas personas podían estar cobijadas por las seis posibilidades de salud.
- ◆ El sistema, con más de mil entidades de previsión tenía un déficit financiero generalizado.

Éstos y otros problemas fueron fruto de un sistema de salud paternalista y de caridad que el Estado mantuvo por más de cien años, desde la Constitución Política de 1886.

Las mil 40 cajas de previsión tanto de índole nacional como territorial que existían antes de la reforma, y cuyo origen se remonta a 1945, no se autofinanciaban, sino que funcionaban con aportes del Estado y trabajadores públicos. Estas cajas presentaban un inadecuado manejo administrativo y carecían de recursos suficientes para su sostenimiento.

En cuanto al Sistema de Subsidio Familiar es importante indicar que la década de los noventa, con la reforma constituye una fase trascendental en su evolución, no sólo por la expedición de la nueva Carta Política, cuyos principios y normas reafirman el carácter de la seguridad social y la obligación pública de proteger la familia como núcleo básico de la sociedad, sino porque a partir de entonces se amplía el ámbito de acción de las Cajas, bajo una nueva normatividad, en nuevas temáticas y frente a nuevas poblaciones. Es la etapa de la incorporación de las cajas en el sistema de vivienda de interés social y de seguridad social en salud, al igual que el momento en que se determina su participación en el sistema de educación.

III.4.2 Características del sistema reformado

La Seguridad Social en Salud fue concebida en la Ley 100 de 1993 como un sistema para regular el servicio público esencial de salud, y para crear condiciones de acceso en todos los niveles de atención que permitieran garantizar a todas las personas sus dere-

chos a la salud, a la vida y la seguridad social, bajo el imperio del estado social de derecho y con fundamento en los principios de la dignidad humana, de la solidaridad y la prevalencia del interés general.

El sistema de salud se financia con recursos estatales nacionales y territoriales —municipales, distritales y departamentales— y con los recursos de los trabajadores y empleadores, así como con las rentas de destinación específica —por ejemplo, juegos de suerte y azar, diferentes loterías y chance— y recursos de las Cajas de Compensación.

El sistema de seguridad social en salud está dividido en subsistemas: el contributivo, el subsidiado y la atención a la población vinculada.

El régimen contributivo, se financia con los aportes de empleadores y trabajadores, los cuales, en total aportan el 12 por ciento sobre su ingreso base. A este régimen pertenecen las personas que tienen capacidad de pago, entre las que se encuentran los trabajadores independientes. Todos los habitantes del territorio nacional con capacidad de pago deben afiliarse al régimen contributivo a través de una Entidad Promotora de Salud (EPS).

El régimen subsidiado, se financia con recursos provenientes de ingresos corrientes de la nación, recursos de las entidades territoriales y recursos de las Cajas de Compensación. A este régimen pertenecen las personas que no tienen capacidad de pago y es administrado por los Administradores del Régimen Subsidiado (ARS), a los cuales se afilian las personas que han sido seleccionadas por el sistema de identificación de beneficiarios (SISBEN) aplicado por las entidades territoriales.

El régimen subsidiado:

- ◆ Es ambicioso, trata de lograr asegurar a un tercio de la población colombiana.
- ◆ Se basa en la consecución de nuevos recursos para su financiamiento.
- ◆ Se dedica a un fondo de solidaridad uno de los 12 puntos de los aportes de todos los trabajadores.
- ◆ El Estado debe colocar similar cantidad de recursos a dicho fondo, provenientes de otros impuestos.
- ◆ Deben fortalecerlo impuestos adicionales al petróleo.
- ◆ Los municipios deben dedicar al aseguramiento de la población pobre el 60 por ciento de los nuevos recursos para salud transferidos por la Nación.

Los vinculados, son aquellas personas que no pertenecen al régimen contributivo ni al subsidiado. Son quienes por incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado, tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y las privadas que tengan contrato con el Estado.

El Sistema General de Pensiones tiene por objeto garantizar a la población el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones económicas.

Según la Corte Constitucional, las pensiones son una prestación social básica, que opera como compensación al esfuerzo laboral diario de muchos años.

A partir de la Ley 100 el subsistema de pensiones colombiano es administrado en dos regímenes separados:

- ◆ De Ahorro Individual con Solidaridad.
- ◆ De Prima Media con Prestación Definida.

El Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad es el conjunto de entidades, normas y procedimientos mediante los cuales se administran los recursos privados y públicos destinados para las pensiones y prestaciones que deban reconocerse a sus afiliados.

Está basado en el ahorro proveniente de las cotizaciones y sus respectivos rendimientos financieros, la solidaridad a través de garantías de pensión mínima y aportes al fondo de solidaridad.

Los afiliados al régimen tendrán derecho al reconocimiento y pago de pensiones de vejez, de invalidez y sobrevivientes e indemnizaciones, cuya cuantía dependerá de los aportes de los afiliados y empleadores y sus rendimientos financieros.

En la administración del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad intervienen las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) públicas o privadas, quienes deben contratar con compañías que operan el ramo de seguros previsionales, el seguro que garantice la financiación de las pensiones de invalidez y sobrevivientes de sus afiliados en casos de eventos de origen común.

En el Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida, los afiliados y sus beneficiarios obtienen una pensión de vejez, de invalidez o de sobrevivientes o una indemnización previamente definida.

Es un régimen solidario de prestación definida en el que los aportes de los afiliados y sus rendimientos

constituyen un fondo común de naturaleza pública, que garantiza el pago de las prestaciones de quienes tengan la calidad de pensionados en cada vigencia.

El Régimen de Prima Media con Prestación Definida es administrado por entidades estatales, siendo la principal el Instituto de Seguros Sociales, única con derecho a realizar nuevas afiliaciones.

Dentro del Sistema de Subsidio Familiar, las Cajas de Compensación Familiar son corporaciones privadas sin ánimo de lucro, que tienen por misión administrar los recursos destinados por los empleadores para el cubrimiento de la prestación social de subsidio familiar, así como actuar como agentes de prestaciones y servicios dentro del sistema de protección social.

Las cajas reciben de los empleadores que a ellas están afiliados una contribución equivalente al 9 por ciento sobre la nómina total de sus empleados.

Las cajas prestan servicios en recreación social, deportes, turismo, centros recreativos y vacacionales; en cultura, museos, bibliotecas y teatros; prestan servicios de crédito; desarrollan programas para la atención integral de niños entre 0 y 6 años de edad, así como programas de jornada escolar complementaria, educación y capacitación. Asimismo, desarrollan programas para la atención de adultos mayores y de nutrición materno-infantil.

Por mandato de leyes especiales, las Cajas administran servicios relacionados con la asignación y el desembolso de subsidios de vivienda de interés social y pueden administrar y ejecutar directamente programas para el desarrollo del régimen subsidiado de salud. Además, prestan servicios en cuanto al reconocimiento de subsidios y servicios a los desempleados.

III.4.3 Resultados de las reformas

A partir de los cambios estructurales introducidos en Colombia por la Ley 100 de 1993 y la implementación del nuevo sistema de seguridad social en salud, sobresalen algunos elementos fácticos y jurídicos que han determinado ajustes al mismo.

En efecto, se ha presentado un traslado considerable de afiliados del Instituto de Seguros Sociales a las Entidades Promotoras de Salud, que son las entidades privadas de aseguramiento.

Por otro lado, los cálculos en materia de gastos asociados al tratamiento de enfermedades de alto costo se han visto sobrepasados por la realidad.

La situación financiera del ISS, en particular, la relacionada con la sostenibilidad del pasivo pensional y la relativa a la carga laboral, aunada al decrecimiento

de afiliados al sistema de salud y la reducción de contribuciones en particular para la categorización de afiliados, pues aquéllos de mayores ingresos prefieren el sistema privado de aseguramiento, ha determinado avanzar en reformas internas a la operación y en la organización del Instituto de Seguros Sociales en el frente de salud.

Las debilidades de orden financiero se han hecho más evidentes en cuanto toca al régimen subsidiado de salud. Como era previsible, no se cumplió la meta de cubrimiento universal.

Con relación al sistema pensional, éste tiene un pasivo muy alto que no está financiado, incidiendo en el aumento del déficit fiscal de la nación.

En Colombia la tasa de cotización es del 13.5 por ciento, generando un gran desbalance entre los beneficios que reciben los pensionados y el esfuerzo que realizan para poder obtener su pensión.

Para pagar las obligaciones pensionales ya causadas y aquéllas que deberán ser reconocidas en los próximos 18 años, el país tendría que generar un flujo de caja equivalente al 33 por ciento del déficit fiscal de la nación.

Para atender mesadas pensionales de antiguos servidores públicos, el país tuvo que apropiarse en el presupuesto del año 2001, recursos cercanos a los 6 billones de pesos que corresponden – al 3 por ciento del PIB. De continuar con la misma tendencia, en el año 2014 el déficit fiscal por cuenta del pago de futuras pensiones, alcanzaría niveles superiores al 6 por ciento del PIB, situación que generaría problemas fiscales difíciles de manejar.

Con el sistema actual, el ISS no tendría viabilidad financiera, pues carecería del dinero para responder por los beneficios pensionales en el año 2005.

III.4.4 Cambios a las reformas

En ejercicio de facultades extraordinarias conferidas por la Ley 790 de 2002, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1750 del 26 de junio de 2003, con el propósito de separar del Instituto de Seguros Sociales las funciones de prestación de los servicios de salud, en procura de una mayor eficiencia para garantizar la continuidad de la institución.

Para ello escindió del Instituto, la Vicepresidencia de Prestación de Servicios de Salud, con todas las clínicas y los centros de atención ambulatoria que pertenecían al ISS, los cuales pasan a articularse a una serie de empresas sociales del Estado que se crean en el país.

El Instituto a partir del 27 de junio de 2003 mantiene su carácter de institución de la seguridad social como administradora pública de pensiones, administradora de riesgos profesionales y entidad promotora de salud, como asegurador, mas ya no como prestador de servicios de salud.

El Gobierno Nacional, además, decidió presentar un nuevo proyecto de ley con el fin de regular el tema pensional dentro de un contexto global de seguridad y/o protección social, buscando solucionar problemas estructurales de fondo y creando instrumentos para generar empleo y asegurar unos ingresos mínimos a la población.

La responsabilidad fiscal del proyecto de ley está contenida, entre otras, en las siguientes reformas:

- ◆ Incrementa las cotizaciones en un punto — 1 por ciento— en el año 2004 y otro punto —uno por ciento— en el 2005.
- ◆ Destina el incremento de cotización a la capitalización de reservas. Este incremento se distribuye así: uno por ciento para la garantía de pensión mínima y otro punto para las cuentas de ahorro individual con solidaridad.
- ◆ Amplía a 25 salarios mínimos legales mensuales el límite para el ingreso base de cotización.
- ◆ Incrementa gradualmente la edad requerida para obtener la pensión de vejez, en el año 2009 a 58 para mujeres y 62 para hombre, y en el 2018 a 62 para mujeres y 65 para hombres.

III.5 Costa Rica

El país contaba en 2000 con una población de 3.8 millones de habitantes. El gasto nacional en salud es del 7.4 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) y de éste, su componente más importante es el gasto público en salud. La esperanza de vida al nacer es de 77.7 años y la cobertura de servicios se ha venido ampliando con el nuevo modelo de atención basado en áreas de salud que, a su vez, se subdividen en Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS) y cuya cobertura geográfica es nacional.

III.5.1 Origen de las reformas

La reforma en salud y pensiones se gesta en los años ochenta como una acción para responder, precisamente, a una crisis económica que se agudizó al final de la década anterior. En este contexto de crisis se comienza a redefinir la función que hasta ese momento venía cumpliendo el aparato estatal costarricense, tal y como también se planteaba en otros países de la región. La reforma comienza a ser acom-

pañada por los llamados Programas de Ajuste Estructural.

En el proceso de transformación del aparato estatal en general, y en salud y pensiones en particular, existen acuerdos políticos que se concretan en leyes —contratos de préstamos—, en donde se aprueban recursos provenientes de agencias internacionales para impulsar los procesos de cambio requeridos por el país.

La reforma planteada por el país respeta los principios fundamentales de la seguridad social, entre ellos la equidad, la solidaridad, la obligatoriedad y la universalidad del sistema. Se suman a esos principios otros como la calidad de los servicios y la oportunidad en la resolución de los problemas. Como elementos de interés se tienen la cobertura, la equidad de género, un trato más personalizado en el momento de brindar la atención y la reducción de las filas de espera para atención especializada, entre algunos de los más importantes.

III.5.2 Características del sistema reformado

Es así como se formulan políticas atinentes a la rectoría del Ministerio de Salud, la separación administrativa y financiera del régimen de pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la desconcentración instrumental de los hospitales y las clínicas de la CCSS, a fin de dotar a estas organizaciones de mayor autonomía en la gestión presupuestaria, en la contratación administrativa y en el manejo de los recursos humanos.

La ley de desconcentración crea las Juntas de Salud, compuestas por representantes de los asegurados, de las asociaciones relacionadas con la salud y de los patronos, como órganos auxiliares de la gestión de clínicas y hospitales. Como instrumento gerencial, se incorpora la figura del compromiso de gestión, el cual es pactado entre la unidad financiadora —nivel central— y la unidad proveedora del servicio —área de salud, hospital, etc. En este compromiso de gestión se establecen metas a cumplir por el prestatario de los servicios sujetas a evaluación periódica por parte del financiador. Existen incentivos económicos para el desarrollo a favor de la unidad proveedora de servicios, en caso de que obtenga un porcentaje acordado de cumplimiento.

En el campo demográfico, la población de 65 años y más va en aumento, lo cual, junto con una mayor esperanza de vida al nacer, ha hecho que en la agenda de política pública se hayan incorporado mecanismos, así como que se están planteando otras vías para dar sostenibilidad financiera a uno de los principales regímenes como es el de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Mediante la Ley 7102 del 8 de julio de 1992, Ley Marco de Pensiones, se estableció que quienes se incorporaran a trabajar a partir de su publicación, sólo se podrían jubilar por el régimen de IVM, a excepción del Magisterio Nacional, el Poder Judicial y los Presidentes de la República. Esto para eliminar una serie de regímenes que existían a esa fecha a cargo del Presupuesto Nacional y que ejercían fuerte presión sobre las finanzas públicas.

Como parte de la Agenda de Transformación Fiscal para el Desarrollo, el Ministerio de Hacienda presenta a la Asamblea Legislativa un proyecto de ley denominado "Ley para el Control de Pensiones de Privilegio" (agosto 2002), en el cual, se le da potestad a la Superintendencia de Pensiones para velar por los recursos del Presupuesto Nacional en esa materia. Establece también, que los fondos del régimen de IVM de la CCSS no podrán destinarse en otros fines, a la vez que prohíbe traspasar sumas de dinero del Fondo de Pensiones, aun cuando éstas se pretendieran depositar en otro régimen diferente al de IVM.

En materia de reforma social, en el año 2000 se aprueba la Ley de Protección al Trabajador (N° 7983 del 10/2/2000), la cual establece mecanismos para ampliar el régimen de IVM de la CCSS como principal sistema de solidaridad de los trabajadores. Autoriza el manejo de fondos de capitalización laboral a las Operadoras de Pensiones, las que también se encargan de administrar el fondo de pensiones complementarias creado en la misma ley.

Con la Ley de Protección al Trabajador se adicionan a la Ley Orgánica de la CCSS algunas disposiciones, entre las cuales se crea el Régimen Centralizado de Recaudación (SICERE). Un mandato de ley importante es el control de la evasión, subdeclaración o morosidad de los empleadores por parte de la CCSS. Esta última, con previa garantía al afectado del respeto a su derecho al debido proceso, administrativamente podrá ordenar el cierre de establecimientos por un período de cinco días prorrogable por otro igual cuando se mantengan los motivos por el cual se ordenó el cierre, específicamente, cuando el representante o responsable se niegue, injustificada y reiteradamente, a suministrar información a los Inspectores cuando exista una moratoria de cumplimiento de cotizaciones por dos o más meses.

El Régimen No Contributivo (RNC), el cual está constituido por el programa de pensiones a personas en estado de necesidad económica —mayores de 65 años, viudas desamparadas, menores huérfanos y personas con impedimento físico y mental que no les permita trabajar— y el de Pensiones por Parálisis Cerebral Profunda, también se ven reforzados con aportes aprobados vía la Ley de Protección al Trabajador.

La Contraloría General de la República, la Defensoría de los Habitantes, la Superintendencia General de Servicios de Salud de la CCSS y sus Contralorías de Servicios desconcentradas, así como la Auditoría Interna y de reciente creación por Ley 8239 del 19 de abril del 2002, como es la Auditoría General de Servicios de Salud, cada una en su ámbito de competencia, forman parte de ese conjunto organizacional que vela por la gestión de los fondos públicos y por los derechos de los ciudadanos. El control ciudadano también se ejerce por medio de las Juntas de Salud, conformadas por representantes de la comunidad y por otros canales, como son el Poder Judicial y el Poder Legislativo.

III.5.3 Perspectivas de las reformas

La reforma en salud y pensiones presenta varios desafíos, entre los cuales se citan los siguientes sin ánimo de exhaustividad:

1. Sostenibilidad financiera del régimen de seguridad social que implique un incremento en la eficiencia productiva del sistema. La población mayor ha aumentado y ello repercute en los sistemas de pensión. Por ejemplo, en el Régimen de IVM de la CCSS en 1996, el coeficiente de dependencia era de 15 pensionados por cada cien contribuyentes, mientras que con las tendencias actuales se estima que para el año 2040 será de 36 pensionados por cada cien contribuyentes. Esto significa que cada vez habrá menos cotizantes para financiar el régimen. En el año 2002 el coeficiente fue de 15,5 pensionados por cada 100 contribuyentes.
2. El envejecimiento de la población también significa un reto para el sistema de atención de la salud, por cuanto la red de servicios asistenciales debe enfrentar cambios para la atención de personas que sufren enfermedades crónicas y para implementar programas que contribuyan a la calidad de vida de esta población. A mayor edad de la persona se asocia una mayor cantidad de consultas médicas.
3. Otro reto de la reforma es la calidad de servicios vinculada con un mejor acceso a éstos y un trato más humanizado. Se requiere reducir los tiempos de espera y ampliar y fortalecer los procesos de acreditación. También es necesario desarrollar mecanismos de regulación que permitan circunscribir la actividad pública y privada a ciertos requerimientos en cuanto a instalaciones físicas, personal, calidad y medidas de seguridad. En el campo privado se debe garantizar una simetría entre el interés económico particular y el bien público. Continuar con el avance en políticas de equidad de género es otro de los desafíos importantes.

4. Con el propósito de facilitar la accesibilidad a medicamentos, según recomendaciones del Análisis Sectorial en Salud 2002, debe reforzarse la política que permita el empleo de los genéricos con estudios previos de equivalencia terapéutica que garantice su calidad y eficiencia.

5. La tecnología debe asumirse como un elemento inherente a la atención de los servicios de salud, mediante una política para organizar la gestión tecnológica que incorpore criterios de adquisición, uso, accesibilidad y evaluación del impacto. Debe asegurarse una distribución equitativa de la tecnología entre los distintos centros de trabajo que responda a las necesidades de la demanda. La tecnología ha de estar asociada a criterios de accesibilidad y cobertura.

6. En el campo de los recursos humanos interesa la cantidad y la calidad del personal. Debe asegurarse que la oferta técnica y universitaria en el campo de la salud —la cual ha crecido en los últimos años con el aumento de universidades— responda a una visión más integral que biológica y que esté regida por criterios de calidad debidamente acreditados. En la actualidad se informa de una mayor demanda de empleo en áreas como medicina y enfermería en relación con la oferta pública de puestos. Por su parte, el marco de las relaciones laborales está experimentando cambios que es necesario evaluar.

7. Reforzar mecanismos de promoción y de prevención. La salud, como consecuencia de elementos multifactoriales, depende, entre otros, de un ambiente saludable y libre de riesgos innecesarios.

III.6 Estados Unidos de América

Los dos programas más grandes de seguros sociales en los Estados Unidos son La Seguridad Social y Medicare: la primera, otorga beneficios mensuales en efectivo a 47 millones de jubilados, sobrevivientes de trabajadores fallecidos, trabajadores discapacitados y familiares; la segunda, brinda seguros de salud a personas de 65 años de edad y mayores, y a las que tienen derecho a los beneficios de incapacidad de la Seguridad Social por cuando menos dos años. Casi toda la Seguridad Social y gran parte de Medicare están financiadas con impuestos sobre la nómina.

La Administración de Seguridad Social, también se hace cargo del programa de Ingresos Complementarios de la Seguridad (SSI), mismo que brinda una red de seguridad a 7 millones de personas de 65 años de edad y mayores, y a aquéllas que se encuentran discapacitadas y que tienen ingresos muy bajos y pocos activos. El cinco por ciento de los beneficiarios mayores y el 20 por ciento de los beneficiarios discapacitados de la Seguridad Social, también reci-

ben beneficios en efectivo del SSI. Bajo la ley actual, el SSI tenderá a disminuir su importancia en relación con la Seguridad Social, ya que los beneficios de ésta van acorde al crecimiento real de los salarios, mientras que los beneficios del SSI están indexados exclusivamente a la inflación.

El envejecimiento de la población de Estados Unidos ocasiona que la Seguridad Social y Medicare resulten financieramente insostenibles en su forma actual. Los 79 millones de miembros de la época de la explosión demográfica posterior a la Segunda Guerra Mundial se acercan a la jubilación, las personas viven más años y los índices de natalidad están por debajo de los de sustitución. En el caso de Medicare, el aumento en el costo y en la utilización de servicios de salud agudiza el problema financiero.

El Presidente Bush ha puesto a la reforma de la Seguridad Social y de Medicare entre sus principales prioridades. Como parte de ella ha expresado en repetidas ocasiones, que debe brindarse a los trabajadores más jóvenes la oportunidad de invertir en cuentas para el retiro que ellos mismos controlen y de las cuales sean dueños. Al realizar el cambio de agregar cuentas personales a la Seguridad Social, los Estados Unidos se verán beneficiados con la experiencia de otros países de América que han sido pioneros en este método.

III.6.1 Reformas recientes de la Seguridad Social

La legislación más importante de la Seguridad Social fue promulgada en 1977 y en 1983, y diversos cambios que son dignos de atención se realizaron en 1980, 1981 y 1999. En su mayor parte, estas reformas tenían la intención de fortalecer el financiamiento del programa, mejorar el objetivo de los beneficios y recompensar y motivar el trabajo de los beneficiarios. Medicare también ha sido sujeto de frecuentes legislaciones. A pesar de que estas leyes mejoraron la situación financiera de la Seguridad Social y de Medicare, se requieren mayores acciones para asegurar su viabilidad en el largo plazo.

III.6.1.a Fortalecer el financiamiento

Las Enmiendas de 1977 buscaron restaurar la solvencia financiera de la Seguridad Social, misma que había sido afectada de manera adversa por el lento crecimiento económico de principios de la década de los setenta. Las enmiendas de 1977 corrigieron una falla técnica que ocasionaba que los beneficios estuvieran sobre indexados con relación a la inflación, la cual aceleraba los aumentos programados de las tasas del impuesto sobre la nómina y aumentaba el volumen de ingresos sujetos al mismo impuesto.

Las suposiciones económicas que se encontraban detrás de las enmiendas de 1977 resultaron ser demasiado optimistas, sin embargo, para principios de la década de los ochenta, los fondos fiduciarios de la Seguridad Social estaban a punto de agotarse. Las Enmiendas de la Seguridad Social de 1983 mejoraron el financiamiento del sistema a través de varias medidas, entre las que se incluyen: el retrasar los aumentos del costo de vida, hacer pagos limitados provenientes de impuestos generales a los fondos fiduciarios, hacer que una parte de los beneficios estuvieran sujetos al impuesto sobre la renta (y regresar los ingresos a los fondos fiduciarios) y ampliar la cobertura obligatoria de la Seguridad Social a un mayor número de trabajadores. Finalmente, establecieron un aumento a la edad en la cual un trabajador jubilado habría de recibir los beneficios completos. A partir de 2000, la edad normal de jubilación aumenta gradualmente de 65 a 67 años, y los beneficios se reducirán de forma actuarial para los jubilados que opten por empezar a obtener beneficios antes de esa edad.

El fondo fiduciario del Seguro Hospitalario (HI) de Medicare se enfrentó con problemas de financiamiento en la década de los noventa. Se consiguieron ingresos adicionales al eliminar el límite de ingresos sujetos al impuesto sobre la nómina del Seguro Hospitalario y al aumentar el gravamen de los beneficios de la Seguridad Social (y al destinar los ingresos al fondo fiduciario de HI). El aumento en los gastos de Medicare disminuyó al reducir el pago a hospitales, doctores y otros proveedores de atención de la salud y al requerir una participación adicional de los beneficiarios en los costos.

III.6.1.b Dirigir los beneficios

El final de la década de los setenta y principio de los ochenta fueron testigo de varios cambios que tenían la finalidad de mejorar el objetivo de los beneficios, y reducir o eliminar los que eran considerados de baja prioridad. Las enmiendas de 1977 redujeron los beneficios de dependientes que recibían una pensión de parte de empleos gubernamentales no cubiertos por la Seguridad Social, y las enmiendas de 1983 eliminaron las jubilaciones caídas del cielo y los beneficios por discapacidad a los trabajadores que tuvieran pensiones de algún empleo no cubierto. La legislación promulgada en 1981 revocó los beneficios para la mayor parte de los estudiantes mayores de 18 años y para los padres de hijos no discapacitados mayores de 16 años, eliminando el beneficio mínimo basado en los ingresos indexados, y limitó el pago global de beneficios por fallecimiento.

III.6.1.c Recompensar y motivar el trabajo

Se diseñaron cambios programados sucesivos para recompensar y motivar el trabajo de los jubilados. A

partir del año 2000, los trabajadores que llegan a la edad normal de jubilación tienen derecho a recibir los beneficios de jubilación de la Seguridad Social sin ninguna reducción por tener ingresos. Asimismo, el crédito por retrasar el disfrute de los beneficios más allá de la edad normal de retiro se aumenta y alcanzará un nivel que resulte justo desde un punto de vista actuarial para los trabajadores que cumplan 62 años en el 2005 y posteriormente.

Las Enmiendas de Discapacidad de 1980 redujeron los factores que desmotivaban a trabajar del programa de seguro de discapacidad. De manera notable, el beneficio familiar máximo se redujo para evitar una sustitución excesiva de los ingresos anteriores a la discapacidad. La Ley del Boleto para el Trabajo y los Incentivos de Trabajo (*Ticket to Work and Work Incentives Improvement Act*) de 1999 aportó mejoras mayores para brindar ayuda a los beneficiarios discapacitados que intentan regresar a trabajar. La mayoría de éstos recibirán un Boleto que pueden utilizar para recibir rehabilitación vocacional, capacitación laboral, así como diferentes servicios de apoyo de diversos proveedores públicos y privados. La ley también ofrece un mayor número de servicios de salud a los beneficiarios que ya no son elegibles para recibir beneficios en efectivo debido a que trabajan, y esto hace más fácil que las personas puedan regresar a inscribirse para los beneficios si su intento de trabajar no tiene éxito en un plazo de 5 años.

III.6.2 Retos a los que se enfrenta el sistema de pensiones de retiro

La Seguridad Social es principalmente un programa de reparto. La mayor parte de los impuestos sobre la nómina que se recolectan de los trabajadores actuales se utilizan para pagar los beneficios de los receptores actuales. En 2002, los fondos fiduciarios de la Seguridad Social recolectaron 627 billones de dólares americanos en ingresos. De este monto, el 85 por ciento provenía de los impuestos sobre la nómina y el 2 por ciento de los impuestos sobre la renta sobre los beneficios de la Seguridad Social. El rendimiento pagado sobre los bonos gubernamentales en los fondos fiduciarios aportó el 13 por ciento restante de los ingresos. Los activos aumentaron en 2002 debido a que los ingresos fueron superiores a los gastos por el pago de beneficios y a los gastos administrativos.

La jubilación de la generación nacida en la época de la explosión demográfica impondrá un fuerte gravamen al sistema de Seguridad Social. No solamente habrá un mayor número de adultos mayores, sino que éstos también vivirán mayor tiempo. Actualmente, un hombre promedio de 65 años puede esperar vivir 16.6 años adicionales, y una mujer de 65 puede esperar 19.6 años más de vida. Las proyecciones indi-

can que estas expectativas de vida aumentarán 3 años en el próximo medio siglo. El índice entre trabajadores y beneficiarios ha caído de 16.5 a 1 en 1950 a 3.4 a 1 en la actualidad. Para el 2031 será solamente de 2.1 a 1. Con esta proporción, no habrá suficientes trabajadores para pagar los beneficios programados a las tasas impositivas actuales.

A pesar de la creciente ola de jubilaciones, las tasas de ahorro personales y nacionales han permanecido bajas o se han reducido. Después de alcanzar un máximo superior a 10 por ciento en 1980, la tasa de ahorro personal ha caído alrededor de 2 por ciento en los últimos tres años. Junto con la reducida tasa de ahorro ha aparecido una creciente dependencia en la Seguridad Social. Según los últimos datos, el 65 por ciento de los ancianos reciben el 50 por ciento o más de sus ingresos de la Seguridad Social, y el 33 por ciento reciben el 90 por ciento o más. En 1990, esas cifras fueron de 59 y 24 por ciento, respectivamente.

Dentro de 15 años, la Seguridad Social empezará a pagar un monto mayor por beneficios que la cantidad que percibe por impuestos. Para 2042, los fondos fiduciarios se habrán agotado. En este punto, los impuestos sobre la nómina y otros ingresos seguirán fluyendo hacia el fondo, pero únicamente serán suficientes para cubrir el 73 por ciento de los costos del programa. El porcentaje se reducirá a 65 por ciento en 2077.

Una manera de ilustrar la insuficiencia financiera del sistema de Seguridad Social es estudiar el valor acumulativo de los impuestos menos los costos, suponiendo beneficios y tasas impositivas iguales a las que están programadas actualmente. En términos de valor presente, el déficit en los próximos 75 años es de 3.5 trillones de dólares americanos, lo que representa aproximadamente el total de la deuda del gobierno de los Estados Unidos que se encuentra, actualmente, en manos del público. Cuando se mide a través de un horizonte infinito, el déficit de la Seguridad Social es tres veces más grande.

Las dificultades financieras de Medicare aparecen más pronto –y son más graves– que aquéllas a las que se enfrenta la Seguridad Social. Aunque ambos programas afrontan el mismo reto demográfico, el rápido aumento en el gasto de atención de la salud por afiliado aumenta el problema de Medicare. Actualmente, los costos anuales de Medicare ascienden a 2.6 por ciento del producto interno bruto (PIB), contra 4.4 por ciento del PIB en la Seguridad Social. Sin embargo, se ha proyectado que para el 2077, Medicare absorberá el 9.3 por ciento del PIB, contra sólo el 7 por ciento para la Seguridad Social. En los próximos 75 años, el valor presente del déficit financiero de Medicare asciende a 13 trillones de dólares americanos.

III.6.3 Direcciones futuras de la reforma

Las alternativas para fortalecer la Seguridad Social están relacionadas con alguna combinación de aumento de impuestos, reducción de los beneficios ofrecidos o un aumento en los rendimientos sobre la inversión con prefindeo. El poco atractivo que representa el depender, exclusivamente, de aumentos a los impuestos y de la reducción de beneficios para equilibrar la Seguridad Social ha originado que muchas personas recurran a alternativas que mejorarían la tasa de retorno sobre las aportaciones a la misma por medio del prefindeo. La Comisión del Presidente para Reforzar la Seguridad Social, la mayoría del Consejo Asesor sobre Seguridad Social de 1994-96 y el Presidente Bush han propuesto lograr esto a través de cuentas personales de ahorro voluntarias de Seguridad Social. El mayor ingreso sobre la inversión, generado por las cuentas personales reduciría significativamente o hasta eliminaría la necesidad de reducir los beneficios.

Como dijo el Presidente Bush: "debemos motivar para todo nuestro pueblo la seguridad e independencia que proporcionan los ahorros. Deseo que América se convierta en una sociedad de propiedad, una sociedad en la cual una vida de trabajo se convierta en una jubilación de independencia." Recientemente, hizo un llamado a los miembros del congreso para que "se unan a la Administración de Seguridad Social y a los diferentes interesados en un diálogo nacional sobre la mejor forma de fortalecer y proteger la Seguridad Social".

La Administración Bush, también busca fortalecer y mejorar el Medicare para los adultos mayores y para las personas con discapacidades. Propone ofrecer a todos los ancianos, la opción de un beneficio subsidiado para medicamentos de receta como parte de un programa modernizado de Medicare. Éste ofrecerá a los beneficiarios mayores alternativas de seguros de salud, y proporcionará una mejor cobertura de cuidado preventivo y enfermedades graves. La Administración también trabaja para mantener bajos los costos al fortalecer la administración de Medicare, actualizar y racionalizar las regulaciones, reducir el fraude y el abuso y motivar una atención de la salud de gran calidad.

III.7 México

Desde 1943, en que se formalizó la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), los gobiernos de México han concebido a la seguridad social como un derecho del pueblo indispensable para la estabilidad política y del desarrollo económico.

Actualmente, el Instituto a través de sus diferentes programas y servicios, ofrece prestaciones médicas, sociales y económicas a más de la mitad de la pobla-

ción del país. Con sus acciones, además de ser pieza unívoca de cohesión social y pilar básico de la seguridad social, se encuentra comprometido en dar respuesta a cuatro grandes retos:

- ◆ Transición epidemiológica.
- ◆ Transición demográfica.
- ◆ Crecimiento económico sostenido.
- ◆ Necesidades de una sociedad crecientemente participativa y crítica, que con toda razón demanda mejor información, más opciones y una atención de mayor calidad.

Sin embargo, el mandato constitucional que garantiza el derecho a la salud y a la seguridad social no se cumple, porque la cobertura de servicios no es universal y una parte importante de los asalariados no está asegurada.

III.7.1 Origen de las reformas

En México, como en casi toda América Latina, la década de los años ochenta se significó, entre otras cosas, por la crisis económica que debilitó de manera importante las tesis del Estado benefactor. Los gobiernos generaron cambios trascendentales en la política económica y social, al propiciar la reducción de sus actividades mediante la privatización de las mismas. El reordenamiento de las finanzas públicas y de la eficiencia administrativa se convirtieron en las nuevas estrategias públicas.

El 19 de noviembre de 1995, se presentó a la consideración del Congreso de la Unión una iniciativa de nueva Ley del Seguro Social, en la que se propuso un cambio radical a fin de incrementar la cobertura sobre bases sólidas, ya que numerosos grupos sociales no contaban con la posibilidad de integrarse a los beneficios del seguro social. Únicamente cotizaba a las diferentes instituciones de seguro social el 35 por ciento de la población ocupada.

En 1995, más del 90 por ciento de 1.5 millones de jubilados y pensionados sólo recibía la cuantía mínima; la Ley presentaba esquemas de inequidad y este ramo tenía un severo problema de inviabilidad financiera.

La exposición de motivos de la Ley de reforma indica que a pesar de la evolución de la cuota del ramo de Enfermedades y Maternidad, ésta era insuficiente. Inicialmente fue de 6 por ciento para dar atención solamente al trabajador, aunque se protegía a todos los familiares directos. Posteriormente, aumentó a 8 por ciento en 1948 y 9 por ciento en 1959. En 1989 se elevó al 12 por ciento y en julio de 1993 a 12.5 por

ciento. Sin embargo, el ramo de Enfermedades y Maternidad, desde hacía varias décadas, tenía que ser financiado complementariamente con recursos del ramo de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte y de Guarderías.

III.7.2 Características del sistema reformado

Uno de los cambios fundamentales en el Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez fue el hecho de pasar de un esquema de beneficio definido, en el cual, la pensión que se recibía se calculaba de acuerdo a una fórmula y esquema ya determinados, a un esquema de contribuciones definidas, en el que las pensiones que se reciben dependen del monto acumulado durante toda la vida laboral, en la cuenta individual de ahorro para el retiro.

El trabajador podrá disponer de sus recursos acumulados en su cuenta individual de ahorro para el retiro, para disfrutar una pensión por cesantía en edad avanzada o vejez, una vez cumplidos los requisitos que la Ley establece. Ya sea que tenga cumplidos 60 años para pensionarse por cesantía o 65 para vejez y 1,250 semanas de cotización en los dos casos.

Las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE) son entidades financieras especializadas, creadas para administrar de manera profesional, exclusiva y habitual las cuentas individuales. La elección de la AFORE que administrará los ahorros para el retiro de los trabajadores es libre e individual.

En el nuevo sistema, los trabajadores que no logren cotizar las 1,250 semanas señaladas para tener derecho a una pensión, no solamente no pierden los recursos de sus cuentas teniendo derecho a acceder a ellos en el momento del retiro, sino que, además, si sobrepasan las 750 semanas, tendrán derecho a recibir a partir del momento de su retiro y hasta su fallecimiento, la atención médica que brinda el seguro de Enfermedades y Maternidad sin necesidad de hacer alguna contribución adicional.

El contenido de la reforma confirma la naturaleza pública de la seguridad social. El propósito de que sea pública obedece a una preocupación ampliamente manifestada por la sociedad, que atinadamente se recoge en la nueva Ley. El Estado era y continúa siendo el garante de la seguridad social, por ser la principal materia que afecta directamente el bienestar de las personas.

La reforma al sistema del seguro social respondió a la necesidad de seguir manteniendo las prestaciones de los trabajadores. Si se pudieran poner en una balanza diversos aspectos del cambio de la Ley, se podría señalar lo siguiente.

Beneficios para los trabajadores:

1. Tienen una cuenta individual, a través de la cual adquieren plenos derechos sobre su ahorro para el retiro y les da acceso al mercado financiero.
2. El Estado incrementa su aportación a la seguridad social, con la nueva cuota social equivalente a 5.5 por ciento de un salario mínimo.
3. El Estado garantiza el derecho de todos los trabajadores a una pensión base.
4. Los trabajadores que no cumplan con los períodos de cotización exigidos por la Ley del Seguro Social para obtener una pensión, pueden disponer de los fondos acumulados en su cuenta.
5. Los trabajadores participan de manera activa en todos los procesos.
6. Tienen la posibilidad de hacer aportaciones a manera de ahorro voluntario.

Puntos negativos de la reforma:

1. La individualización del nuevo sistema obstaculiza aún más la posibilidad de alcanzar la universalización, apoyándose en los efectos redistributivos del antiguo régimen.
2. Los trabajadores de la economía informal y los campesinos continúan sin tener la posibilidad de pensión alguna.
3. En la implantación del nuevo sistema hay un perjuicio en contra de los trabajadores asegurados que se ven obligados a cotizar más para tener derecho a la pensión.
4. El monto de la pensión queda íntimamente ligado a la buena marcha de la economía nacional.

III.7.3 Resultados de las reformas

Las reformas a la Ley del IMSS no han sido suficientes para enfrentar la severa crisis financiera de la dependencia. La problemática financiera es en extremo compleja y se profundiza por la austeridad presupuestaria.

En el informe de actividades 2001, se detalló que el número de afiliados al 31 de diciembre de ese año había ascendido a 10 millones 713 mil 268 individuos, los que sumados a sus dependientes y a los 10 millones 579 mil 800 beneficiarios del programa IMSS-Solidaridad, habían completado 56 millones 452 mil 203 derechohabientes, es decir, 56 por ciento de la población total de México.

En 2000, el número total de pensionados con derecho a la asistencia médica fue de 1 millón 938 mil 656 personas, de los que 65 por ciento eran mayores de 60 años. De acuerdo con las expectativas institucionales, para 2030 los pensionados sumarán 5 millones 843 mil 490 individuos, lo que equivaldrá a 33.52 por ciento de los asegurados.

El IMSS dispone de estudios que indican una tendencia creciente en el ramo de gastos médicos para pensionados. Entre 1999 y 2000, el incremento fue de 5.24 por ciento, mientras que datos de un análisis reciente señalan que si bien, la población jubilada y pensionada representa menos de 10 por ciento de los derechohabientes, la atención médica a estos pacientes corresponde a 20 por ciento del uso de los servicios.

Se ha planteado como problemática la ampliación de la cobertura, pues de no darse poco valdrían los demás esfuerzos para mejorar los servicios y la promoción del ahorro entre los asegurados. En 2001, el IMSS registró que 39.8 millones de personas formaban la población económicamente activa (PEA), de las cuales apenas 17.4 millones estaban adscritas a la seguridad social, mientras 22.4 millones estaban fuera.

De hecho, los análisis del Instituto señalaban que en 2001 existían unos 10 millones de trabajadores en riesgo de llegar a 2025 sin derecho a pensión y a seguro médico. El objetivo, a corto y mediano plazo, era lograr cubrir a la mayor parte de los mexicanos con los servicios del seguro social.

El director del organismo, advirtió en septiembre de 2002, durante una reunión con diputados de la Comisión de Equidad y Género, que sin una reforma estructural, el Instituto Mexicano del Seguro Social perderá en 10 años su capacidad de operación.

Agregó, que las perspectivas financieras no son favorables para el Instituto, por lo que el mismo se encuentra en un estado "frágil y delicado".

No obstante, dijo que México puede y debe extender la cobertura de la seguridad social a los grupos aún excluidos como son los pobres, los trabajadores del sector informal y los migrantes. Para ello, apuntó, se requiere renovar el concepto de seguridad social y desligarlo de su vinculación con el mercado formal de trabajo, es necesario hablar de una seguridad social integrada por seguros sociales solidarios, voluntarios y obligatorios.

La reforma del sistema de pensiones en México generó cuatro costos fiscales importantes:

1. El costo del pago de pensiones a los jubilados existentes antes de julio de 1997.

2. El costo de las pensiones de los trabajadores de la transición que al momento de su retiro seleccionen jubilarse por el viejo sistema de reparto.

3. Los costos de la aportación de la cuota social a las cuentas individuales y de las aportaciones gubernamentales de 0.425 por ciento del salario, para la pensión de los trabajadores.

4. El costo de la garantía de las pensiones mínimas.

La seguridad social mexicana no proporciona pensiones asistenciales o no contributivas.

Un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) destaca que mientras en Brasil y Chile más del 60 por ciento de la población de más de 60 años que habita en las ciudades cuenta con una pensión, en México tan sólo 22 por ciento de este segmento goza de este beneficio, el resto tiene un negocio propio, está apoyado por sus familias o está en el descuido.

Si de la población rural se trata, en esas naciones sudamericanas 74 y 48 por ciento, respectivamente, de las personas adultas mayores tienen una pensión, y en México el número es tan sólo 8 por ciento.

Adicionalmente, la OPS afirma que por medio de encuestas se sabe que más del 60 por ciento de las personas de la tercera edad consideran que sus ingresos no son suficientes y que la atención médica no es la mejor. Esto habla, dice la OPS, de que el problema del envejecimiento de la población ya está presente en países como México.

El proceso acelerado de envejecimiento de la población, que se produce actualmente en México, provoca que cada año haya 180 mil personas más de la tercera edad.

Para el Consejo Nacional de Población (CONAPO), la tasa de crecimiento de la población de la tercera edad, ubicada actualmente en 3.6 por ciento anual es inédita en la historia, y su aplicación inmediata será la duplicación de ese sector de la población cada 19 años, aunque asegura el organismo que esa tasa de crecimiento se incrementará en los próximos años, hasta llegar a 4.6 por ciento.

Los reportes sobre las condiciones de salud de las personas de la tercera edad indican que, en 2002, dos millones presentaban algún tipo de discapacidad, proporción que se elevaría en la medida en que au-

mentara la esperanza de vida después de los 65 años, rango de edad a partir del cual se les agrupa en este sector.

El envejecimiento regularmente está asociado a la pobreza, enfermedades, discapacidad y aislamiento social, lo que convierte este proceso natural en un problema social de importancia, pues refuerza causas de vulnerabilidad, señala el organismo.

Según las proyecciones de CONAPO, a partir del aumento en la esperanza de vida, se prevé que a corto plazo, una vez cumplidos los 65 años los hombres en México podrán vivir un promedio de 17.8 años más, mientras que las mujeres podrán prolongar su vida hasta 19 años.

En México, la vejez acentúa los niveles de pobreza. Las más recientes cifras dan cuenta de que cerca de la mitad de los ancianos mayores de 70 años vive bajo la línea de la pobreza. La situación se complica para las mujeres, cuya mayor longevidad provoca que sus últimos años de vida sean cada vez en peores condiciones, pues las estadísticas arrojan que sólo 16 por ciento de ellas recibe pensión por viudez y en la zona rural sólo cuatro de cada 100 la percibe.

III.7.4 Perspectivas de las reformas

Los partidos políticos en la Comisión Permanente del Congreso de la Unión expresaron en julio de 2002, que era urgente que el Presidente de la República y la dirección del Instituto Mexicano del Seguro Social implementaran el rescate y la reorientación financiera del organismo, mediante una asignación de recursos para aligerar la "situación preocupante" en la que se encontraba.

Sobresalen dos problemas para las finanzas del IMSS: el gasto médico de los pensionados y el Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) de los propios trabajadores del Instituto, el cual no se rige por la ley nacional.¹

De acuerdo con el informe sobre las condiciones financieras del Instituto que éste presentó al Congreso en junio de 2003, el valor presente del déficit proyectado a futuro en el ramo de gastos médicos de jubilados equivale a más de 90 mil millones de dólares, mientras que el valor presente del pasivo del IMSS con sus empleados, originado por el RJP, asciende a más 30 mil millones de dólares, cifra que representa el 5.7 por ciento del PIB del año 2002.

¹ Como ya se mencionó, la Ley del Seguro Social, que rige sobre los trabajadores del sector privado mexicano, fue reformada en 1995 y entró en vigencia en 1997. El Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los empleados del IMSS establece prestaciones diferentes y no ha sido reformado.

Una observación final, en la cual coinciden diversos expertos, es que en México ha habido una falta de vinculación entre las políticas de salud y los esquemas de pensiones. Esto no se ha podido resolver ni con la reforma de 1995. Tampoco se han impulsado proyectos que consideren a los diversos sectores de trabajadores y no solamente a los cotizantes del IMSS, es decir, no se ha abordado de manera adecuada el reto que representa la informalidad laboral.

CAPÍTULO IV

EL MERCADO LABORAL: EFECTOS DE LAS REFORMAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

*Contribuciones por país:**

Argentina: Pablo Brassiolo, Hernán Rufo y Guillermo Mondino

Bolivia: José Luis Evia y Miguel Fernández

Brasil: Francisco Galvão Carneiro y Andrew Henley

Canadá y Estados Unidos: José A. Pagán

Chile: Alejandra Cox-Edwards

México y marco conceptual: Nora Garro, Jorge Meléndez y Eduardo Rodríguez-Oreggia

Editores:

Jorge Meléndez

Eduardo Rodríguez-Oreggia

* Los documentos originales con la discusión detallada de cada país pueden ser solicitados a la CISS.

CAPÍTULO IV

EL MERCADO LABORAL: EFECTOS DE LAS REFORMAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El efecto de la seguridad social en el mercado laboral ha sido un tema permanente de debate. Muchos han afirmado, por ejemplo, que la estructura de los sistemas de pensiones, distorsiona las decisiones laborales que hacen los trabajadores y patrones, y por consiguiente, ocasiona una pérdida de eficiencia en la economía.

En países más desarrollados, varios expertos han cuestionado los incentivos que crea la seguridad social para que los trabajadores opten por un retiro temprano de la fuerza laboral o para una baja tasa de participación laboral entre algunos grupos de la población. Se dice que estos incentivos pueden ser tan poderosos que los trabajadores hacen elecciones sub-óptimas con relación a los servicios laborales que proporcionan a la economía. En virtud de que el volumen de trabajo es un importante insumo de producción, esto podría producir efectos negativos de largo plazo en el potencial económico de un país.

En naciones menos desarrolladas, en donde resulta normal que más de la mitad de la población no esté cubierta por el sistema de seguridad social, la principal preocupación es precisamente, la de diseñar políticas que aumenten la cobertura del sistema. En tal situación, el problema consiste en resolver si las tasas de cotización son tan elevadas que desalienten el empleo en trabajos protegidos. De igual forma, si los trabajadores y las empresas perciben que obtienen un valor muy bajo en beneficios a cambio de los recursos que aportan al sistema, entonces, las cotizaciones se consideran impuestos puros al empleo formal, y se busca minimizar el impuesto sobre la nómina a través de la evasión, la subdeclaración, o simplemente operando fuera del sistema, en la llamada informalidad.

De hecho, los indicadores del mercado laboral se han convertido en una medida para evaluar el éxito de las políticas del gobierno en relación con los regla-

mentos de la seguridad social. Al mismo tiempo, la situación de la fuerza laboral es un elemento muy importante que debe de considerarse en ejercicios acerca de la futura evolución de los sistemas de seguridad social.

En este capítulo se analiza la manera en que las reformas a la seguridad social han afectado a los mercados laborales en los países de América. En varios casos de estudio, que fueron comisionados específicamente para este informe, se evalúa cuidadosamente el impacto que una reforma tiene en el empleo y los sueldos, así como en la valuación que hacen los trabajadores de los beneficios que reciben de la seguridad social. La realidad de los países latinoamericanos y caribeños obliga a que el análisis otorgue mayor importancia al estudio del efecto que se obtiene en el tamaño relativo de los sectores de trabajo cubierto y no cubierto. También se discuten los resultados acerca del impacto que tienen las reformas en las decisiones para la jubilación.

IV.1 Un marco para el análisis de las reformas de la seguridad social y el mercado laboral

Nos concentraremos en dos de los más importantes aspectos de los mercados laborales que se ven afectados por la estructura del sistema de seguridad social: la cobertura del sistema y los incentivos para la jubilación temprana. Muchos otros aspectos de las interacciones entre las condiciones de trabajo y la seguridad social se entienden mejor una vez que se logra un sólido conocimiento con relación a estas dos cuestiones esenciales.

Por consiguiente, en esta sección elaboraremos una breve explicación del marco teórico que guía la búsqueda de los efectos de las reformas de la seguridad social en estas dos dimensiones del mercado laboral.

IV.1.1 Cobertura del sistema

Las cuotas que se cobran sobre la nómina para financiar la seguridad social han sido consideradas, en múltiples casos, como un factor que inhibe el empleo, especialmente en los trabajos que están cubiertos por el sistema.

El verdadero impacto de los impuestos sobre la nómina depende de su nivel, así como de otros dos importantes factores: el valor que los trabajadores dan a los beneficios que reciben del esquema de seguridad social, y el grado en el cual, estos impuestos generan menores sueldos netos a recibir por los trabajadores o salarios brutos más elevados a pagar por las empresas (CISS, 2002).

Valoración de beneficios. Supongamos que a una persona se le cobran 50 dólares por concepto de seguridad social y a cambio recibe un pagaré por 50 dólares para pagar servicios. En este caso, su valoración de los servicios sería del 100 por ciento. El trabajador siente que el cargo es una contribución para el financiamiento de algo que regresará en la forma de beneficios en una relación de uno a uno, es decir, no considera las cuotas como impuestos y, por consiguiente, el cambio en la tasa no tendría ningún efecto en el empleo.

Sin embargo, la situación más común es que en promedio, los trabajadores perciben un beneficio menor al 100 por ciento de lo que aportan a la seguridad social.

Por ejemplo, en los Estados Unidos se estimó que el cotizante promedio de la seguridad social que se jubile en 2010 pagaría un total de \$151,500 dólares en valor presente y recibirá una pensión con un valor presente de \$115,200 dólares (Comité Conjunto de Impuestos, 1996). Esto significa, que de hacer estos cálculos, la persona descubriría un rendimiento de 76 centavos por cada dólar que hubiera aportado, o un porcentaje de valoración del 76 por ciento de las aportaciones a la seguridad social.

La idea es que en este caso, se consideraría solamente el 24 por ciento de sus aportaciones como un impuesto puro sobre su trabajo. Más adelante, se proporcionarán algunos resultados de esta valuación entre diversos países latinoamericanos seleccionados.

Por tanto, mientras mayor sea la valuación de los beneficios de la seguridad social por parte de los trabajadores, más elevado será el incentivo para

emplearse en el sector cubierto. Por esta razón, en países que tienen una baja cobertura es natural que las reformas traten de establecer una relación más estrecha entre las aportaciones y las prestaciones del sistema.

Reacción de los trabajadores y las empresas a las cuotas sobre los salarios. Si se eleva la tasa de cotización a la seguridad social,¹ las empresas tratarían de evitar un aumento en sus costos de producción, reduciendo su uso de mano de obra cuando menos en los trabajos cubiertos por el sistema. Esto incorpora una fuerza contra el empleo en el sector formal.

El efecto final depende principalmente, de qué tan importante sea la participación de la mano de obra en los costos de las empresas, y de la facilidad con que se pueda sustituir a los empleados por máquinas o por otra mano de obra sin cobertura de seguridad social. Mientras más sencillo sea para las empresas reducir el empleo de trabajadores protegidos, mayor será el efecto negativo del aumento en impuestos, o el efecto positivo si se reduce la tasa de cotización.

Los trabajadores también modifican su comportamiento cuando hay un incremento en la tasa de cotización. Debido a que esto implicaría que el sueldo neto que llevan a casa disminuiría, entonces, tienen el incentivo de proporcionar menores servicios de mano de obra al sector gravado o cubierto, o aumentar la oferta laboral si disminuye la tasa de cotización a la seguridad social. La importancia de este efecto depende de la llamada elasticidad de la oferta laboral, para la cual se presentarán más adelante algunos resultados entre los países latinoamericanos.

Para resumir esta parte, se puede decir que habría flujos de trabajadores que se cambiarían entre los sectores de trabajo cubierto y no cubierto, dependiendo del nivel de aportaciones totales a la seguridad social y de la valuación que haga la gente de los beneficios.

Se espera que las disminuciones en la tasa total de cotización y los aumentos en la valuación de los beneficios produzcan una expansión en el empleo cubierto. La importancia de los efectos depende de los niveles absolutos de estas variables, así como de la magnitud de sus cambios, de la reacción de la demanda laboral a los sueldos brutos pagados por las empresas y de la sensibilidad de la oferta laboral a los salarios netos recibidos por los trabajadores.

¹ El impuesto neto, es decir, el porcentaje de la tasa de cotización que no se considera un beneficio, según se comentó anteriormente.

IV.1.2 Jubilación temprana de la fuerza laboral

Por lo que respecta a los incentivos que la seguridad social ofrece para el retiro temprano de la fuerza laboral, Wise (2001) señala dos puntos: 1. La tasa de participación en el trabajo de las personas de 60 a 64 años de edad ha disminuido considerablemente en las naciones más desarrolladas. En el caso de los Estados Unidos, por ejemplo, hubo una caída de 82 a 53 por ciento durante el período 1960-1999, 2. Se ha descubierto que estas tendencias son en gran parte el resultado de los generosos incentivos de los sistemas de seguridad social para la jubilación temprana.

El argumento ha sido desarrollado por Wise (2001) y la exposición que se hace a continuación sigue de cerca su razonamiento.

Supongamos que una persona ha alcanzado la edad para la jubilación temprana en la seguridad social y está pensando si adquirir este beneficio o trabajar otro año. El caso es que en la mayoría de los sistemas de seguridad social, si este beneficio se retrasa por más de un año, el monto de la pensión después de la jubilación no aumenta, o cuando menos no en forma proporcional.

Esto significa que las personas que deciden seguir trabajando recibirán menos beneficios totales después de la jubilación, ya que obtendrán la pensión por menos años. Les resulta más conveniente dejar de trabajar y empezar a recibir los beneficios lo antes posible.

Una forma de decir esto es que el valor presente de los beneficios de la seguridad social disminuye con la edad de la jubilación, porque el nivel de la pensión no se incrementa con la edad del retiro, pero el número de años por los que se recibirán los beneficios sí se reducen. Como resultado, hay un impuesto al trabajo (Wise, 2001).

Los datos de naciones desarrolladas, en donde la gente se puede dar el lujo de jubilarse a edades tempranas, confirman que hay una correspondencia sorprendente entre este impuesto implícito sobre el trabajo y la proporción de personas mayores que han dejado la fuerza laboral, según informan Gruber y Wise (1999).

Por ende, una posible pregunta que surge al evaluar las reformas de la seguridad social es si incentivan una mayor oferta de trabajo por parte de la gente que de otra forma se jubilaría. El presente análisis indica que éste sería el caso, si los cambios legales al sistema establecieran una relación más directa entre el nivel de la pensión que uno recibe después de jubilarse y el número de años por el cual, uno pospone esta decisión de retirarse de la fuerza de trabajo.

IV.2 Cambios en la estructura de la seguridad social en países americanos que resultan relevantes para el mercado laboral

Con la finalidad de estudiar las reformas de la seguridad social en los países en que se disponía de suficiente información acerca de todas las variables que se necesitan para analizar los efectos en el mercado laboral que se describen en la sección anterior—, y que, además, había una línea de investigación previa que se pudiera aprovechar, la CISS comisionó a varios investigadores, cuyos descubrimientos se resumen en el resto del capítulo, artículos sobre los casos de Argentina, Canadá, Chile, Brasil, Bolivia, México y los Estados Unidos.

El Cuadro IV.1 presenta algunos de los cambios más relevantes que han vivido estos países a fin de resolver los problemas financieros de sus sistemas de seguridad social. Se resaltan las medidas de política que pueden manifestarse en impactos significativos en el mercado laboral.

Como se puede ver, en varios de los países, la reforma significó que la cuota del sistema de pensiones se deposite actualmente en una cuenta individual para el trabajador. En teoría, esto crea un lazo más estrecho entre las aportaciones que se hacen y los beneficios que se reciben. La hipótesis es que debería esto manifestarse en un menor impuesto puro sobre el trabajo cubierto, es decir, en una mayor valuación de las aportaciones a la seguridad social.

Algunos países aumentaron la tasa total de cotización que pagan los trabajadores y los patrones, mientras que otros la redujeron. Se suponía que las reducciones promoverían una expansión de la cobertura del sistema.

Asimismo, en casi todos los casos se impusieron condiciones de calificación más estrictas para que un trabajador logre jubilarse con todos los beneficios: o se aumentó la edad de jubilación o se amplió el período de cotización requerido.

IV.3 Cambios en el alcance o cobertura del sistema

Esta sección se divide en tres apartados: en el primero, se presenta la valoración de los beneficios como proporción de la tasa de cotización; en el segundo, se hace una exposición de los cambios que teóricamente se esperarían en la cobertura, tomando como base el modelo presentado anteriormente, el cual, incorpora las estimaciones de nivel y cambio en las tasas de cotización a la seguridad social y la valoración de los beneficios, así como la reacción de la demanda de trabajo a los salarios brutos que pagan las empresas y la sensibilidad de la oferta laboral a los sueldos netos que reciben los trabajadores;

Cuadro IV.1
Cambios importantes en los sistemas de seguridad social^a, países seleccionados de América

País	Contribución	Estado	Otros
Argentina	<i>Sistema antiguo:</i> Trabajador: 11% a pensiones, 3% a servicio social, 3% a salud.	Uso de ingresos generales.	Hombres 60 años de edad, mujeres 55, con 30 años de cotizaciones.
	Patrón: 16% a pensiones, 2% a servicio social, 7.5% a subsidios familiares, 1.5% a desempleo, 6% a salud.		
	<i>Nuevo sistema:</i> Trabajador: 11% a pensiones, 3% a servicio social, 3% a salud.	Pensión mínima garantizada.	Hombres 65, mujeres 65, 30 años de cotizaciones.
	Patrón: 9.6% a pensiones, 1.1% a servicio social, 4.7% a subsidios familiares, 0.9% a desempleo, 5% a salud.	Uso de ingresos generales.	
	Depósito a cuentas individuales.		
Bolivia	<i>Sistema antiguo:</i> Trabajador: 9% del salario.	1.5% del salario.	
	Patrón 5.6%.		
	<i>Nuevo sistema:</i> Trabajador 10% a AFP, 2% a muerte e incapacidad, 0.5% de comisión a AFP. Patrón: 2% a incapacidad.	Asistencia social.	
	Depósito a cuentas individuales.		
Brasil	<i>Anterior:</i> Trabajador: 9%, patrón 12%.		Antiguo: Hombres 53 años, mujeres 48, con 25 años de cotizaciones.
	<i>Reforma:</i> Trabajador: 8,9,11% de acuerdo a 3 niveles de salario.	Determinados impuestos	Urbano: Hombres 65, mujeres 60, con 35 años de cotizaciones.
	Patrón: 20% del salario.	Destinados a financiar y sufragar déficits.	Rural: 60 Hombres, 65 mujeres, y 30 años de cotizaciones.
Canadá	Tasas de cotización al plan de pensiones, compartidas por igual trabajador/patrón, aumentando en 6 años de 5.85% en 1998 hasta un 9.9%.		Reducción del seguro de desempleo. La elegibilidad para el subsidio por incapacidad subió de 2 a 4 años de cotizaciones.
Chile	<i>Sistema antiguo:</i> Trabajador: hasta 18% del salario a pensiones. Más de 12% para salud, incapacidad, etc. Patrón: ninguna.	Se necesitan subsidios especiales para financiar el programa.	Mínimo 10 años de cotizaciones. Los beneficios no indexados a la inflación.
	<i>Nuevo sistema:</i> Trabajador: 10% del salario a pensiones, 7% a salud. Patrón: ninguna.	La parte redistributiva es fondeada con ingresos generales.	Aumento de 7% por parte del trabajador si opta por salir de seguro médico. Pensión mínima con 240 meses de cotizaciones.
	Depósito a cuentas individuales.	Pensiones mínimas garantizadas.	Rentas vitalicias indexadas.
México	<i>Sistema antiguo:</i> Trabajadores: 2.125% a vejez e incapacidad y muerte, patronos 5.95% y 2% para retiro. Enfermedades y maternidad: Patrón: 8.75%, trabajador 3.125%.	Gobierno 0.415% del salario.	65 años de edad y 500 semanas de cotizaciones.

Cuadro IV.1 (continuación)
Cambios importantes en los sistemas de seguridad social*. Países seleccionados de América

País	Contribución	Estado	Otros
México	Nuevo sistema: Trabajador: 1.125% a vejez, 0.625% a incapacidad. Patrón: 3.15% vejez, 1.75% incapacidad. Salud y maternidad; Patrón: 7.255%, Trabajador: 0.646%. Depósito a cuentas individuales.	Pensión mínima garantizada. 10.14% de la cuota patronal más 0.625% del salario para enfermedades y maternidad.	65 años de edad y 1,250 semanas de cotizaciones.
Estados Unidos			Supresión de la prueba de ingresos antes del retiro. Edad 65 (62-64 con la reducción) y aumenta a 67 durante el período 2000-2007.

* Se enfatizan los cambios. No se presentan todas las ramas del seguro social.

el tercero, estudia los cambios en cobertura que realmente se experimentaron en los países que están bajo estudio, en forma general y entre algunos grupos específicos.

IV.3.1 Valoración de los beneficios de la seguridad social

El hecho de que una gran parte de la fuerza laboral no esté cubierta por la seguridad social ofrece la posibilidad de estimar la valuación de los beneficios comparando el diferencial salarial entre los sectores cubiertos y no cubiertos.

Si las aportaciones a la seguridad social se consideraran como una forma de compensación diferida, los trabajadores inscritos en el sistema estarían dispuestos a aceptar llevar a casa un pago menor que aquellos con características personales similares y que tienen un trabajo comparable, pero que no participan en el sistema de seguridad social.

La magnitud del diferencial en salario, para trabajadores comparables y trabajos que de otra forma serían equivalentes, nos proporcionará una estimación de la parte de la aportación que realmente se percibe como que genera algo valioso a cambio. Esto también nos permitirá estimar la parte que los participantes en el mercado laboral consideran un impuesto puro.

La idea básica es que la gente en el sector informal o no cubierto, recibe salarios ligeramente más elevados que los trabajadores comparables en trabajos formales, y la diferencia es precisamente, la medida de qué tan valiosos son los beneficios de la seguridad social.

Los resultados obtenidos en países en donde se ha calculado dicha tasa de valoración son diversos. La ley del seguro social de Chile requiere que las personas hagan las siguientes aportaciones: al sistema de retiro, cuando menos el 10 por ciento de los salarios gravables; al sistema de salud, 7 por ciento; y a un programa obligatorio de seguro de vida, aproximadamente el 3 por ciento. Las aportaciones totales para este paquete son de 20 por ciento de los salarios gravables (Cuadro IV.1). Si están valoradas en su totalidad por quienes las hacen, el pago observado que llevan a casa los cotizantes debería ser un 20 por ciento inferior al de los que no cotizan. Efectivamente, las personas que cotizan a la seguridad social llevan a casa un sueldo que es casi 9 por ciento inferior al de aquellos que no cotizan. De manera más específica, este resultado indica que las personas consideran que poco más de la mitad de sus aportaciones son un impuesto puro al trabajo cubierto.

Durante el período de 1991 a 2001 en Argentina, el diferencial en salario entre los trabajadores no cubiertos y los cubiertos fue de alrededor de 6 por ciento en hombres y de 5.1 por ciento en mujeres. Se espera que las mujeres estén dispuestas a sacrificar una parte menor de su sueldo por prestaciones de la seguridad social, ya que pueden estar más dispuestas a cambiarse de sectores cubiertos a no cubiertos. Al separar el período antes y después de la reforma de 1994 es posible darse cuenta que la valoración tendió a disminuir después del cambio, tanto para hombres como para mujeres. Durante el período 1991-1994, los hombres estaban dispuestos a aceptar una reducción de 9.7 por ciento en su sueldo a cambio de los beneficios de la seguridad social, mientras que en las mujeres, la cifra fue de 8.1 por ciento. Si tomamos en consideración, como se presenta en el Cuadro IV.1, que la tasa total de cotiza-

ción fue de 50 por ciento, entonces, las tasas de valoración correspondientes a lo que se aportó fueron 19.4 y 16.2 por ciento para hombres y mujeres, respectivamente. En el período posterior a la reforma, el impuesto total bajó a 37.4 por ciento y los diferenciales de salario fueron de 4.6 entre los hombres y 4.9 por ciento entre las mujeres. Esto implica que las tasas de valoración habían caído a 12.0 y 12.8 por ciento. Esta disminución se podría explicar por las condiciones macroeconómicas que dieron lugar a mayor desempleo e informalidad, entre otras cuestiones. Si el mercado laboral muestra una significativa falta de flexibilidad para adaptarse, es posible que los salarios en el sector informal estén deprimidos, en ese caso, el diferencial en el salario de transición estará deprimido también y, en consecuencia, la valuación parece ser menor.

En el caso de México, existe incidencia variada respecto al nivel de la valoración de los beneficios de la seguridad social y de cómo cambió después de la reforma de 1997. Una estimación es que se ha mantenido en cerca de 35 por ciento de la tasa de cotización, antes y después del cambio de política, porque los ingresos laborales de los trabajadores no cubiertos eran aproximadamente 9 por ciento más elevados que los de los trabajadores cubiertos antes de 1997 y 6.9 por ciento, posteriormente. Como las aportaciones totales cayeron de 25.6 a 20.1 por ciento con la reforma, la relación entre la valuación y el impuesto a la nómina se mantuvo casi constante en 35 por ciento. Otra estimación, sin embargo, es que el diferencial en salario era de 12 por ciento antes de 1997 y de 14 por ciento después, en este caso, la conclusión sería que la valuación de beneficios como porcentaje de la tasa de cotización aumentó de 46.9 a 69.7 por ciento con la reforma.

En Brasil, el diferencial en salario favorece a los trabajadores cubiertos por sobre los no cubiertos. Cerca del 20 por ciento de este diferencial se puede explicar por las desventajas que tienen los trabajadores no cubiertos en términos de logro escolar y otras características. La ventaja para los cubiertos es de 12.5 por ciento en 1992, 7.5 por ciento en 1995 y 13.5 por ciento en 2001. Esto se podría considerar como medir el premio en ingresos que se necesita para compensar a los trabajadores cubiertos por hacer aportaciones a la seguridad social hasta un grado que sea suficiente para evitar que tanto ellos como sus patrones abandonen el estado de formalidad. La aportación que le es requerida al trabajador es de 8 por ciento del salario.

En Bolivia, el diferencial en salario entre los trabajadores no cubiertos y los cubiertos es más elevado en el período anterior a la reforma de 1997, pero disminuye posteriormente, aunque en los últimos años se ha incrementado. Parece ser que el cambio de

política aumentó la valuación de los beneficios por parte de los trabajadores, particularmente con relación al seguro a largo plazo; sin embargo, las distorsiones que se presentaron después de la reforma y el no haber podido encontrar fuentes adecuadas de financiamiento para sufragar la deuda del antiguo sistema parecen haber afectado en forma negativa la valuación de los beneficios.

El diferencial de salarios en Ecuador está a favor de los trabajadores no cubiertos en cerca de 18 por ciento, ya que los beneficios obligatorios por ley deberían ascender a 25 por ciento del salario base, esto significa que los trabajadores valoran sus beneficios de seguridad social más bajo de lo que supuestamente valen, a una tasa de aproximadamente 72 por ciento (McIsaac y Rama, 1997).

De todos estos resultados es posible darse cuenta, que las tasas de valoración están muy por debajo del 100 por ciento en América Latina. Si aparte de esto se reconoce el hecho de que la cobertura dista mucho de ser universal, alcanzando en la mayoría de los casos solamente la mitad de la fuerza laboral, la conclusión es que los sistemas de seguridad social en esta región del continente, y probablemente, también entre los países caribeños, se enfrentarán a un panorama extremadamente negativo si intentan solucionar sus problemas financieros por medio de aumentos en el impuesto sobre la nómina, lo que es en ocasiones la política preferida en los países más desarrollados. Al mismo tiempo, la baja valuación de los beneficios representa un obstáculo para las reformas que intentan aumentar la cobertura de la seguridad social a través de medidas que incluyen reducciones de la tasa de cotización.

IV.3.2 Cambios teóricamente esperados en cobertura a raíz de las reformas

Con el fin de pronosticar lo que se puede esperar de una reforma de la seguridad social, nos podemos apoyar en un modelo muy sencillo del mercado laboral, en el cual, el impacto en la cobertura del sistema dependerá del nivel y de los cambios de diversas variables: la tasa de cotización, la valuación de los beneficios, la reacción del empleo a los salarios brutos que pagan las empresas y la forma en que los trabajadores adaptan su oferta laboral a los cambios en los salarios recibidos. Se realizó este ejercicio para varios de los países considerados en el estudio.

Argentina

Se estimó que con un aumento de 10 por ciento en el salario cubierto con relación al no cubierto, los trabajadores aumentarían su oferta al sector cubierto, lo que se manifestaría en un aumento en la proporción de empleo masculino cubierto/no cubierto de

11.1 por ciento antes de la reforma y 7.8 por ciento después de la reforma. En el caso de las mujeres, el aumento de la oferta laboral relativa en el sector cubierto sería de 10.3 por ciento antes y 9.3 por ciento después del cambio de política.

Por parte de las empresas, se estimó que un aumento de 10 por ciento del salario relativo de los trabajadores cubiertos originaría una reducción en el empleo relativo por parte de las empresas de entre 19 y 30 por ciento. Esto puede parecer una respuesta demasiado elevada, pero insinúa que los trabajadores, en realidad, no son muy diferentes y que la relación contractual se modifica de acuerdo a los costos relativos de las diferentes clases de mano de obra: cubierta y no cubierta. Si los costos relativos cambian, hay una sustitución en la producción de acuerdo al tipo de contrato.

Si tomamos en consideración que en el área metropolitana de Buenos Aires hay cerca de 4.5 millones de trabajadores, de los cuales 1.8 millones están cubiertos por la seguridad social, se estima que el aumento en el empleo cubierto como resultado de un incremento de la valoración de los beneficios de 11 a 21 por ciento, tal como sucedió en 1991-1994, sería de alrededor de 13,000 puestos. Por otra parte, si hubiera una reducción de 10 por ciento en el impuesto sobre la nómina, el empleo en el sector cubierto aumentaría 2 por ciento, lo que equivaldría a 10,000 trabajos.

Brasil

En este país, la reacción de oferta de los trabajadores cubiertos a los cambios en los salarios relativos parece ser menor. Un aumento de 10 por ciento en el diferencial entre los salarios no cubiertos y cubiertos aumenta la oferta de los trabajadores no cubiertos hasta en 0.3 por ciento desde 1993 en adelante.

En lo que respecta a las decisiones de empleo por parte de las empresas, se ha descubierto que los efectos dinámicos son muy trascendentes: el empleo en el sector cubierto experimenta en el largo plazo un ajuste positivo ante los cambios en el nivel anterior de empleo, induciendo mayores cambios en esta misma dirección en el empleo actual en este sector. En el caso del empleo no cubierto, el ajuste es negativo; entonces, los cambios en el empleo en períodos previos generan mayores cambios en el empleo actual, en dirección opuesta en el sector no cubierto.

Si tomamos todos estos efectos en consideración, se pronostica, que en el largo plazo, un incremento de 10 por ciento en los salarios reales —por ejemplo, debido a un aumento en las tasas de cotización

de la seguridad social— reduce el empleo cubierto en 4.3 por ciento y aumenta el no cubierto en 0.9 por ciento.

Chile

Se estima que una reducción de 10 por ciento en el impuesto sobre la nómina originaría un incremento de 2 por ciento en el empleo. Con una fuerza laboral de 3.8 millones de trabajadores, esto significa un aumento de 76,000 empleos. Asimismo, la reducción hipotética de 10 por ciento en el impuesto sobre la nómina generaría un crecimiento de 0.7 puntos porcentuales en la tasa de participación de la fuerza laboral, lo cual, se encuentra dentro del rango de variación que se ha venido observando en esta variable desde la década de los sesenta.

México

En el caso mexicano, se estima que en el sector privado, un aumento de 10 por ciento en los salarios de los trabajadores cubiertos, en relación con los no cubiertos, aumentaría la oferta laboral en el sector cubierto en 7.5 por ciento. Es decir, los trabajadores reaccionan y buscan trabajo en donde aumentan los salarios.

La respuesta por parte de las empresas en el empleo relativo de trabajadores cubiertos a no cubiertos, si se diera un cambio en el salario relativo se estima en -2.41. De esto se infiere que un aumento de 10 por ciento en el salario relativo de los trabajadores cubiertos se manifestaría en una reducción de 24.1 por ciento en el empleo de los mismos con relación a los trabajadores no cubiertos. El rango de esta reacción potencial en el empleo por parte de las empresas es similar a la que se presenta en Argentina.

Con todas las estimaciones que se presentan, resulta posible pronosticar el impacto que se tendría en la cobertura con una reducción de 6 puntos porcentuales en el total del impuesto sobre la nómina, similar a la que se observó en la reforma de 1997, junto con un aumento en la valoración de los beneficios que pudiera ser de entre 0.0 y 48.6 por ciento, como se comentó anteriormente: el aumento esperado en la proporción de empleo cubierto a no cubierto se encontraría en un rango de entre 2.1 y 4.5 por ciento.

Debido a que cuando se realizó la reforma 10.9 millones de trabajadores estaban inscritos en el sistema de seguridad social, de los cerca de 37 millones en el sector privado,² la conclusión es que el aumento teóricamente esperado en empleos cubiertos sería de entre 200 y 300 mil.

² Los empleados públicos están cubiertos por un sistema diferente y no por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Colombia

Los impuestos colombianos sobre la nómina aumentaron durante las décadas de los ochenta y los noventa, pero solamente una quinta parte del aumento se trasladó a los trabajadores en términos de menores salarios recibidos, probablemente debido al salario mínimo obligatorio y a una relación más débil entre los beneficios de la seguridad social y las aportaciones.

Además, el aumento en la tasa de desempleo que se vivió durante la última década en Colombia, se puede atribuir a los altos costos que se cargaron a las empresas después de la reforma de 1993, con aumentos de 10.5 por ciento en los impuestos sobre la nómina. Como apuntan Kugler y Kugler (2003), un aumento de diez por ciento en la tasa de cotización a la seguridad social podría llevar a una reducción de cuatro o cinco por ciento en el empleo y a una disminución de 2 por ciento en los salarios.

Los resultados que se estudian en esta sección muestran que la oferta de trabajadores en el sector cubierto, y la demanda de mano de obra cubierta por parte de las empresas, sí reaccionan como se espera. En general, se descubre que los aumentos en las tasas de cotización afectarían de manera negativa al empleo de trabajadores dentro del sistema de seguridad social, mientras que las reducciones del impuesto sobre la nómina deberían aumentar la cobertura.

Sin embargo, la baja valuación de los beneficios es el principal factor que evita la obtención de respuestas grandes en la cobertura de la seguridad social, aun cuando las reducciones en la tasa de cotización sean importantes y haya un aumento en la valuación de los beneficios. Los impactos teóricamente pronosticados de las reformas en el mercado laboral son pequeños, cuando menos en el nivel agregado.

IV.3.3 Cambios reales en cobertura que se observaron después de las reformas

Como se ha visto, la cobertura de los sistemas es el resultado de los incentivos que se dan a los trabajadores y los patrones para lograr un contrato que esté basado en los reglamentos de la seguridad social. Los fuertes incentivos para evadir el registro de los trabajadores implican una reducción en la creación de empleos formales y reducen las oportunidades de que un trabajador encuentre trabajo en el sector formal. La reforma del sistema de seguridad social genera incentivos para que los trabajadores se cambien entre los sectores cubiertos y no cubiertos, y para que las empresas ajusten el empleo relativo de estos dos tipos de mano de obra.

Pero ¿Cuál ha sido la verdadera evolución de la cobertura de la seguridad social en el mercado laboral?

¿Se observan los impactos pronosticados de la reforma, sin importar qué tan pequeños hayan sido los efectos esperados?

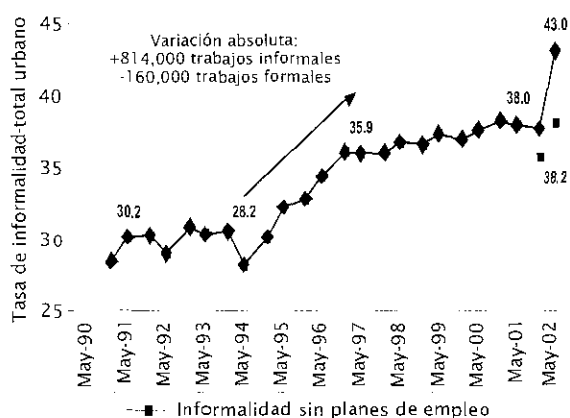
Esta parte estudia precisamente, los resultados de lo que realmente ha sucedido en los mercados laborales de varios países del continente que han reformado sus sistemas.

Argentina

Como se observa en la Gráfica IV.1, a partir de 1980 la cobertura total se ha reducido de forma drástica. En particular, la proporción de asalariados formales sobre el total empleado ha caído de dos terceras partes a cerca de una, con una creciente proporción de asalariados informales dentro del total de los que generan ingresos. En 1997, la informalidad crece cerca de 8 puntos porcentuales y esta tendencia persistente hasta los años recientes, aumentando particularmente como resultado de la crisis económica de 2002.

A pesar de la reforma de la seguridad social, hubo una menor demanda relativa de trabajadores formales por parte de los patrones debido a los considerables costos laborales y los mayores impuestos, y también, a las regulaciones del mercado laboral que redujeron la flexibilidad que necesitaban las empresas. Esto tuvo el efecto de producir un aumento en la oferta laboral que se pasó al sector informal y aumentó la brecha salarial entre el trabajo formal y el informal en Argentina. Estos efectos parecen ser más fuertes que los derivados de las mejoras en el sistema de seguridad social, los cuales, deberían haber implicado una mayor tendencia hacia la formalidad entre los nuevos participantes del mercado laboral. También, se tiene que mencionar que en Argentina la tasa de informalidad crece con mayor rapidez entre los trabajadores con menor educación, tanto en términos absolutos como relativos.

Gráfica IV.1
Informalidad en el mercado laboral de Argentina



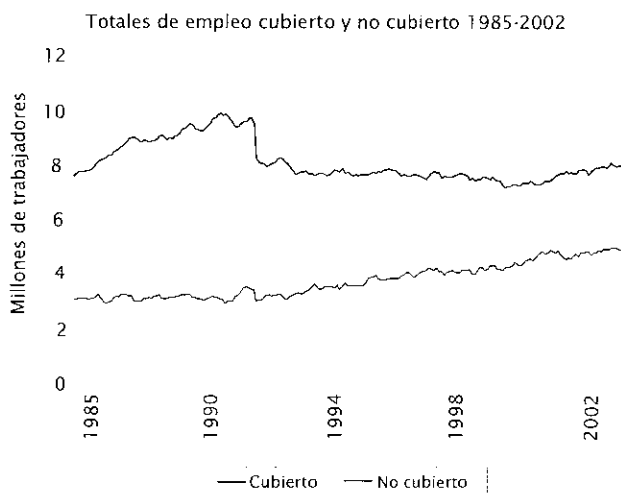
Fuente: IERAL con base en BEL y EPH.

Brasil

En los últimos años, este país ha tenido un crecimiento importante en el número de trabajadores en el sector no cubierto, mismos que son identificados al ser contratados sin la tarjeta laboral firmada que es requerida por el gobierno. El crecimiento en este tipo de empleo ha sido rápido, mientras que las cifras de empleo cubierto se han mantenido relativamente sin cambio (Gráfica IV.2). Casi todo el crecimiento en el empleo que se observa en Brasil en la década de los noventa ha sido en el sector no cubierto y este desarrollo parece ser más de carácter estructural que cíclico. La formalidad en el mercado laboral se ha reducido a medida que disminuye la importancia relativa del sector manufacturero, ya que existe una probabilidad dos o tres veces mayor de que se ofrezcan contratos formales de empleo —tarjetas laborales firmadas— en el sector manufacturero en comparación con el de servicios. Como proporción del empleo total, los trabajadores cubiertos han disminuido de más de 75 por ciento del total a principios de 1990 a poco más de 60 por ciento actualmente.

El mercado laboral brasileño ha sido considerado como uno altamente regulado. La consecuencia de las elevadas prestaciones para los empleados, en combinación con los impuestos sobre la nómina para la capacitación y otros tipos de seguro social, se

Gráfica IV.2
Cobertura de la seguridad social en Brasil



Fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE).

constituyen en considerables costos laborales. En total, Amadeo et al. (1995) calculan que, en promedio, estos conceptos aumentaron un 87 por ciento adicional los costos salariales cargados a la nómina por empleado contratado legalmente en 1992, y muestran una tendencia creciente a través de la década de los noventa. Mayores costos laborales, generalmente están asociados con menor empleo en el sec-

tor formal, elevadas tasas de rotación, baja productividad laboral y, por consiguiente, reducidos niveles salariales. Por otra parte, los trabajadores informales se encontraron con una mejor oferta salarial en el sector no cubierto y, por ende, con el hecho de que el empleo en el sector informal podía ser más una elección racional que el resultado de un desplazamiento. Los bajos salarios en el sector formal de hecho promueven la participación en el sector no cubierto.

Canadá

Los beneficios del Programa de Pensiones Canadiense (CPP) se redujeron, y se aumentaron las tasas de cotización para los empleados y patrones como se observa en el Cuadro IV.1. La cobertura de las pensiones cayó entre los hombres y mujeres jóvenes, pero aumentó entre mujeres de edades intermedias durante las décadas de los ochenta y los noventa. Aunque las tendencias se dirigen en la dirección esperada, algunas explicaciones atribuyen más la reducción en la cobertura de las pensiones a la disminución en las tasas de sindicalización y a los movimientos en el empleo que resultan favorables a las industrias con baja cobertura (Morissette y Drolet, 2001). Otras posibles explicaciones incluyen la creciente competencia doméstica y extranjera a la que se enfrentan las empresas canadienses y el crecimiento en los costos administrativos de los planes de pensiones. Sin embargo, también puede deberse a que las aportaciones promedio reales a los Planes Registrados de Ahorro para el Retiro, que son voluntarios, aumentaron durante este período y compensaron las reducciones en los planes de pensiones públicos, que son obligatorios.

Chile

En Chile, país pionero en reformas estructurales de la seguridad social, el antiguo sistema estaba financiado por un impuesto sobre la nómina con una relación relativamente débil entre las aportaciones y los beneficios (Cuadro IV.1). En 1973, el total de las aportaciones al plan de jubilación, tanto por parte de los patrones como de los empleados, representaba en promedio el 26 por ciento de los salarios, y al incluir las contribuciones a los sistemas de salud, el total de las aportaciones sobre la nómina podía exceder el 50 por ciento de los salarios de algunos trabajadores. El nuevo sistema que fue implementado en 1981 redujo las aportaciones totales a la seguridad social hasta aproximadamente un 20 por ciento de los salarios gravables, y estableció un conjunto de reglas comunes para todos los cotizantes, que requerían que los trabajadores hicieran una aportación del 10 por ciento para las pensiones y de 7 por ciento para el programa de salud.

La Gráfica IV.3 muestra la evolución de la proporción de trabajadores registrados en el antiguo sistema, así como la de quienes cotizaban en el periodo posterior a la reforma. La proporción de trabajadores registrados en el período anterior a la reforma muestra un gran ciclo con una clara tendencia descendente antes de la misma. En el período anterior al cambio, las aportaciones a la seguridad social eran obligatorias para todos los trabajadores, pero los que estaban empleados por cuenta propia no podían participar en el sistema. La gráfica asigna tres diferentes colores a los distintos segmentos: en ocre, están las estimaciones de la cobertura anterior a la

varios fondos de pensiones que mantenían y presentaban su información independientemente. Lo que es más importante, mientras el Servicio de Seguridad Social mantenía cuentas individuales, algunos de los distintos fondos mantenían cuentas por patrón que generalmente presentaban juntos a los miembros activos y pasivos. La tasa de cotizantes pasivos a activos variaba entre los patrones y/o fondos y hacía que resultara muy difícil, si no es que imposible, estimar la cifra real de cotizantes del sistema en conjunto. Entre junio de 1978 y junio de 1979, sin embargo, el gobierno preparó la transición para la reforma de la seguridad social y, en especial, arregló las cuentas con el fin de preparar el cálculo de los Bonos de Reconocimiento para quien optara por cambiarse al nuevo sistema. Este esfuerzo produjo un agregado correcto de cotizantes del antiguo sistema del orden de 1.7 millones. Por consiguiente, esta es la única experiencia de los cotizantes reales del sistema previo y, en consecuencia, la única cifra que es directamente comparable con información posterior a la reforma que se basa en cuentas individuales. La tasa de cobertura implícita de esta medida es el cuadro negro representado en la Gráfica IV.3.

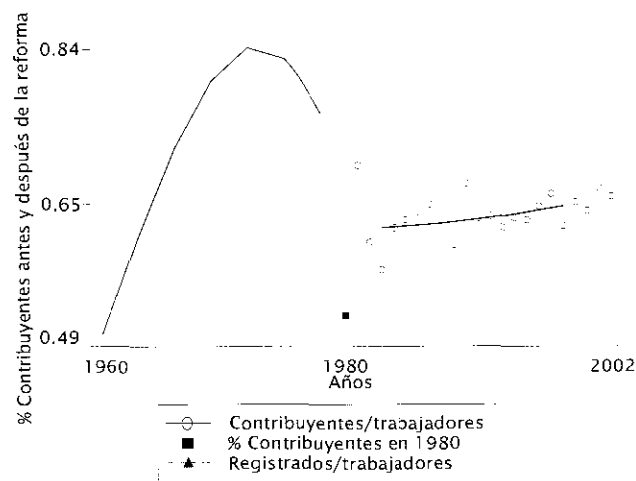
Si se toma el total de cotizantes al antiguo sistema en 1980 como fracción del empleo de la tasa de cotizantes a trabajadores antes de la reforma, se puede sostener que la cobertura de la seguridad social aumentó de 50 por ciento en el año previo al cambio alrededor de 60 por ciento en 1982 y a cerca de 65 por ciento a finales de la década de los noventa. También resulta interesante darse cuenta de que a partir de la reforma de privatización, muchos trabajadores que están empleados por cuenta propia hacen aportaciones al sistema, a pesar de que no se les requiere cotizar. Esta libertad para elegir afiliarse es una importante prueba del sistema.

México

Dentro de un contexto más reciente de reforma, como el de México en 1997, los trabajadores que cotizaron al sistema anterior tendrán la alternativa, al momento de la jubilación, de elegir los beneficios de la pensión que estaban establecidos en el sistema antiguo o jubilarse bajo las reglas del sistema reformado, en el cual, la pensión dependerá del saldo en la cuenta individual. Para aquéllos que entraron al mercado laboral después del cambio de 1997 fue obligatorio entrar al nuevo sistema.

En la Gráfica IV.4 se puede seguir la evolución de la cobertura en los últimos años de acuerdo con las cohortes que se supone optarán por una u otra opción.³ Se espera que el cambio de cobertura más

Gráfica IV.3
Cobertura del sistema de seguridad social en Chile



reforma; el cuadro negro, el índice de 1980; y en negro, la proporción de cotizantes a trabajadores después de la reforma. El segmento ocre no se puede comparar directamente con el segmento negro, como se explica en el siguiente párrafo. El cuadro negro y el segmento negro se basan consistentemente en el total de cotizantes individuales dividido entre el número total de trabajadores en el año correspondiente y son comparables.

El número de cotizantes al sistema de seguridad social tuvo un agudo incremento desde finales de la década de los sesenta hasta mediados de la de los setenta y se estancó en alrededor de 2 millones hasta 1979. Se ha sostenido que la caída en la tasa de cobertura en la década de los setenta estuvo motivada por las elevadas y crecientes tasas de cotización de 1975 a 1980 (Cheyre, 1991). También hay una caída significativa en el número de cotizantes en 1980, el año anterior a la reforma. Antes del cambio había

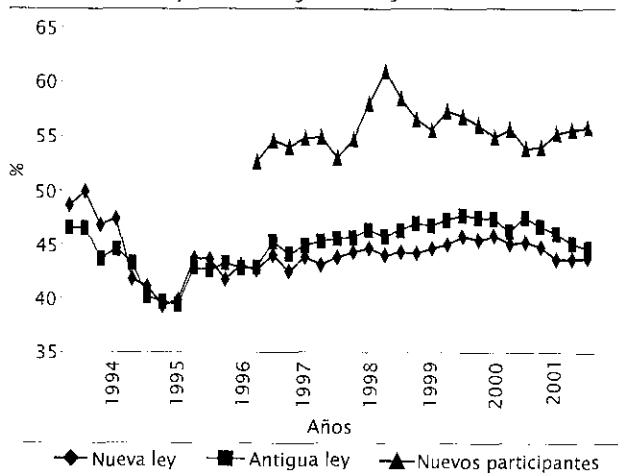
³ Las cohortes están formadas de acuerdo con las conclusiones de Meléndez (2003), en las cuales se pronostica que los trabajadores que tengan la alternativa elegirán el nuevo sistema si tenían, en promedio, 30 años o menos en 1997 en el caso de hombres, y 32 años o menos en el caso de mujeres. Esta división de edades varía con el nivel de escolaridad del trabajador.

importante se dé entre los nuevos participantes y entre los trabajadores que se supone se jubilarán bajo la nueva ley. Aunque es muy poco tiempo para evaluar el verdadero impacto de la reforma en la cobertura, debe señalarse que hay un ligero incremento en el sector cubierto en la dirección esperada. Se necesita más tiempo para discernir el verdadero impacto de largo plazo en el mercado laboral, ya que una crisis económica golpeó a la economía en 1994-1995.

Este es un punto importante que debe ser señalado. En la Gráfica IV.5 hay una gran disminución en la proporción de empleo no cubierto a empleo cubierto de 1996 a 2000. Sin embargo, esto no se puede atribuir a la reforma de 1997 —que se aprobó en 1995—, sino a la recuperación de la economía después de la crisis de 1995. Después de 2000, el índice efectivamente parece estabilizarse en un nivel inferior al promedio anterior a la reforma. De hecho, esta disminución a mayor plazo parece ser del nivel de 4 por ciento. En cualquier caso, esta sería la primera estimación del impacto de la reforma, una cifra bastante pequeña, pero en la dirección esperada.

Gráfica IV.4

Cobertura de la seguridad social en el sector privado mexicano de acuerdo a la ley bajo la cual se supone que el trabajador se jubile



Fuente: Encuesta Nacional de Empleo Urbano.

IV.4 La incidencia del retiro de la fuerza laboral y la seguridad social

Debido al envejecimiento poblacional, posponer la jubilación se convierte en una forma cada vez más importante para mantener los ingresos entre las personas mayores y sustentar la solvencia financiera de la seguridad social.

Los sistemas de beneficios tradicionales motivan la jubilación temprana. En contraste, se supone que la estrecha relación que existe entre las aportaciones y

los beneficios en los sistemas de cotizaciones definidas llevan a los trabajadores a posponer su edad de jubilación y a seguir trabajando después de que empiezan los retiros del fondo.

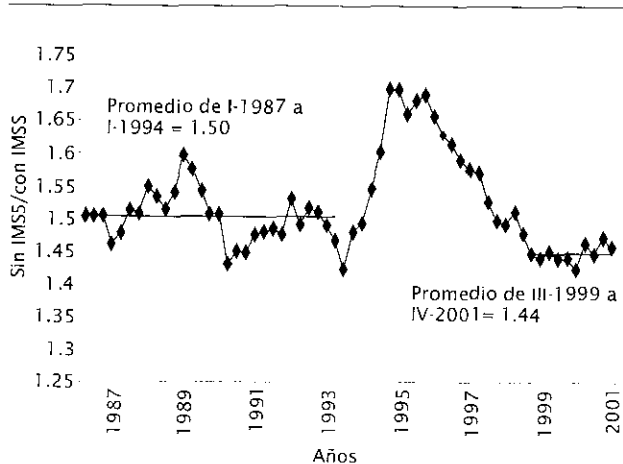
La experiencia de Chile, que tiene el período más largo después de una reforma estructural, nos ofrece la oportunidad de probar si el cambio en incentivos que originó la reforma del sistema de pensiones ha producido realmente los cambios esperados en el comportamiento de retiro de los trabajadores. En Chile, si una persona mayor permanece en la fuerza de trabajo, el saldo de sus ahorros obligatorios crece y, por ende, el nivel de la pensión a recibir después de la jubilación aumenta por dos razones: una mayor cantidad de fondos acumulados y un menor período esperado durante el cual recibir los beneficios, lo que aumenta el monto promedio anual de la pensión recibida.

Las Gráficas IV.3 y IV.4 presentan los patrones cambiantes de la transición hacia la jubilación para trabajadores masculinos y femeninos. La fracción de mujeres en el grupo de 56 a 60 años de edad que trabajaban disminuía entre 1957 y 1980, pero la tendencia se revirtió posteriormente. El porcentaje que trabaja y recibe una pensión ha permanecido relativamente constante.

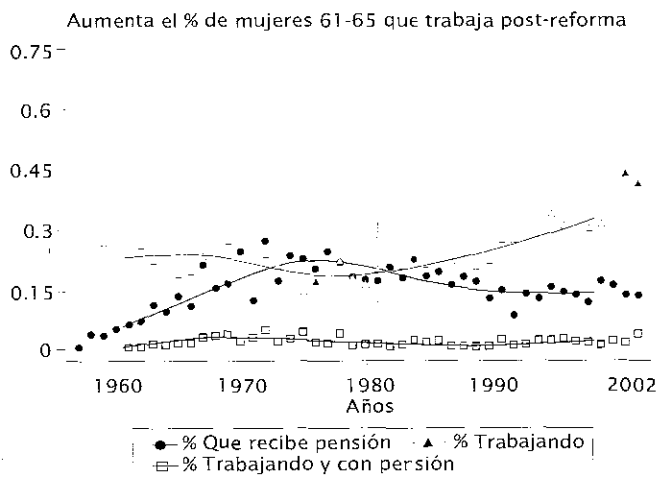
La fracción de hombres entre 61 y 65 años de edad empleados en la fuerza laboral fue de 60 por ciento en 1974 y cayó a 45 por ciento a principios de la década de los ochenta, para aumentar nuevamente a 60 por ciento en 2002. De 1947 a 1960, la fracción de hombres entre 61 y 65 años de edad que recibían una pensión aumentó de 30 a 45 por ciento, pero esta tendencia también se revirtió.

Gráfica IV.5

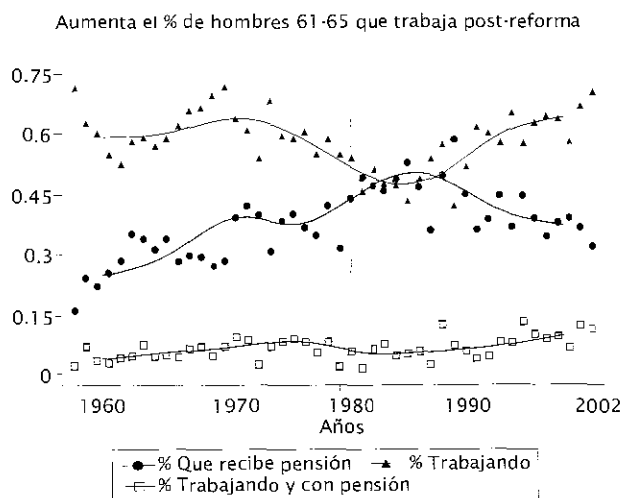
Razón de empleo no cubierto a empleo cubierto en el sector privado urbano mexicano



Gráfica IV.6
Ingreso por trabajo y pensión entre mujeres de 56-60 años en Chile



Gráfica IV.7
Ingreso por trabajo y pensión entre hombres de 61-65 años en Chile



En general, la tendencia al retiro temprano de la fuerza laboral entre hombres y mujeres en Chile se ha revertido después de la reforma de la seguridad social, en la cual, el nivel de las pensiones depende de los ahorros individuales. En el caso de los hombres, el porcentaje en el grupo de edad entre 61 y 65 años que recibe una pensión, pero continúa en la fuerza laboral, también ha aumentado después de la reforma.

En los Estados Unidos, el impacto de la seguridad social —y sus recientes modificaciones y reformas— en la oferta laboral es de amplio alcance. Primero, es más probable que las personas se jubilen al llegar a los 62 años, ya que son elegibles para obtener beneficios parciales bajo la jubilación temprana (Krueger y

Meyer, 2002). Segundo, en virtud de que los beneficios aumentan de la edad de 62 años hasta la de 70, la seguridad social también tiene un efecto en el momento oportuno para la jubilación. Por ejemplo, ciertos trabajadores pueden elegir jubilarse en cuanto cumplan 62 años, mientras que otros ampliarán su fecha de jubilación hasta los 70 para aprovechar los mayores beneficios, o sencillamente, porque consideran que tienen una expectativa de vida relativamente elevada.

Cabe señalar que si los cambios en los beneficios debido a las reformas de la seguridad social no son anticipados por los trabajadores, este efecto en la decisión de jubilarse pudiera ser sustancial, especialmente para las personas cercanas a la edad de jubilación. Esto sucede porque no habrían tenido tiempo para hacer ajustes previos a su trayectoria de consumo y de ahorro para el retiro, como hubiera sido el caso si hubieran anticipado los cambios de política. Las modificaciones en el impuesto sobre la nómina del sistema de reparto pueden tener un gran, aunque incierto impacto neto en la oferta laboral. También podría haber un efecto de derecho, esto es, derivado sencillamente de saber que uno es elegible para obtener beneficios (Krueger y Meyer, 2002).

La prueba de ingresos de la seguridad social —que reduce las prestaciones a aquéllos que reciben beneficios y trabajan al mismo tiempo— desmotiva el empleo de medio tiempo y el de tiempo completo después de que las personas empiezan a recibir los beneficios de la pensión. Aunque este efecto se ha hecho nulo para los mayores de 65 años como resultado de una nueva legislación que revocó la prueba de ingresos en los Estados Unidos. La prueba de ingresos para las personas en la edad normal de jubilación de entre 65 y 70 años fue abolida con el Acta para la Libertad de Trabajar de los Mayores (SCFWA) de 2000 (VanZante et al., 2002). Sin embargo, la SCFWA no revocó la prueba de ingresos para quienes optan por la jubilación temprana de 62 a 65 años.

Existen también otros efectos de la seguridad social en la oferta laboral de aquellos trabajadores que tradicionalmente no son tomados en cuenta por quienes elaboran las políticas. Por ejemplo, al final de su carrera laboral, los trabajadores tienen un incentivo para cambiarse del sector no cubierto al cubierto para calificar y obtener todos los beneficios de la seguridad social. Esto sucede debido a que los trabajadores en los Estados Unidos, sólo necesitan haber estado empleados en el sector cubierto por 40 trimestres con el fin de calificar para obtener todos los beneficios de la seguridad social.

Además, los beneficios para el cónyuge son la mitad de lo que el adquirente primario recibiría, a menos que el cónyuge califique individualmente para mayo-

res beneficios. Como resultado, la probabilidad de tener un cónyuge que trabaje podría ser reducida debido al significado económico que tienen los beneficios relacionados con el cónyuge.

En Canadá, el sistema público de pensiones desmotiva el empleo después de los 60 años, porque el trabajar después de esta edad reduce de forma considerable el valor del seguro contra pérdidas de ingresos (Baker, Gruber y Milligan, 2001a). Existen muchas pruebas de que los programas de seguridad de los ingresos actúan como un incentivo para la jubilación a partir de alrededor de los 60 años (Colie y Gruber, 2000; Chan y Stevens, 2001).

Este resultado indica que las reformas de las pensiones pueden no solamente tener un efecto fiscal, sino que entre los trabajadores también afectan el momento oportuno para tomar la decisión de jubilarse. De hecho, se ha estimado que este efecto en el comportamiento puede ser responsable de la mitad del impacto que las reformas tienen en el presupuesto (Baker, Gruber y Milligan, 2003). Por consiguiente, una implicación de política es que los cambios de conducta originados por las reformas de los planes de pensiones son importantes cuando se trata de evaluar su impacto fiscal esperado.

IV.5 Diversas consideraciones respecto a alternativas de política

Las discusiones de políticas sobre cómo tratar la solvencia financiera de los programas de seguridad social, y que también pueden afectar al mercado laboral, se concentran en cuatro alternativas de reforma: aumentar los impuestos sobre la nómina, reducir los beneficios, utilizar los ingresos generales para fondar el déficit del programa o instituir cuentas individuales de ahorro/inversión. Posiblemente, la nación más estudiada con relación a cuestiones de seguridad social sea los Estados Unidos. En julio de 2001, la Junta Consultiva de Seguridad Social (SSAB) emitió un informe donde se evalúan diferentes alternativas de reforma (SSAB, 2001), en el cual, se indica que las reformas tempranas causarían un menor desorden en la participación del mercado laboral, el consumo y el ahorro.

Estas consideraciones resultan de particular importancia para este estudio pues los cambios en los beneficios de la seguridad social y/o en los impuestos pueden tener efectos potenciales en el mercado laboral, los consumidores, los empleados y los patrones. La reducción de beneficios puede inducir a los trabajadores a mantenerse empleados por mayor tiempo, mientras que los aumentos en los impuestos sobre la nómina pueden afectar tanto la cantidad demandada como la cantidad ofrecida de mano de obra como se vio en la sección anterior.

Los patrones podrían contratar a menos trabajadores con tasas más elevadas de impuesto sobre la nómina y los trabajadores mayores se podrían enfrentar a oportunidades reducidas de empleo. Los aumentos en los impuestos sobre la nómina reducen la paga que se lleva a casa y, como resultado, los trabajadores consumirán y ahorrarán menos y también tendrían que trabajar más para lograr el mismo nivel de vida.

El Cuadro IV.2 resume los efectos que tienen las diferentes propuestas para tratar la solvencia financiera de largo alcance de la seguridad social según se estima en el Informe SSAB (2001). COLA se refiere al ajuste en el costo de vida que se aplica anualmente para el cálculo de los beneficios. Está basado en el Índice de Precios al Consumidor (IPC). Sin embargo, es sabido que el IPC exagera la inflación y, como tal, si el ajuste en el costo de vida (COLA) se redujera permanentemente, hoy en lugar de en 2020 —que es el periodo utilizado en el Informe SSAB (2001)— el costo de esta medida sería compartido por todos los que reciben beneficios hoy y en el futuro, versus que el costo sea pagado por todos sólo hasta después de 2020. De acuerdo con los cálculos, en 2020 el COLA tendría que reducirse en 1.5 puntos porcentuales para alcanzar la misma solvencia de 75 años de la Seguridad Social que se puede alcanzar si se hiciera una reducción de aproximadamente un punto porcentual en el COLA en este momento.

Aparte del análisis de la Junta Consultiva de Seguridad Social, distintos expertos también han estudiado varias alternativas, particularmente, la posibilidad de una reforma estructural del sistema. Se ha dicho que la adopción de cuentas de inversión para el retiro individuales también sería una solución a los problemas financieros a los que se enfrenta la seguridad social y a los problemas de los incentivos para la jubilación temprana (Feldstein y Rangelova, 2001). Algunos otros han propuesto agrandar el actual sistema de reparto con una cuenta para el retiro personal basada en inversiones (CRP) (Feldstein y Samwick, 2001). Los trabajadores transferirían parte del impuesto sobre la nómina —1.5 por ciento de los ingresos— e igualarían este monto con uno adicional que saldría de su bolsillo, equivalente a 1.5 por ciento de los ingresos. Bajo este plan, se argumenta que los aumentos en el ahorro nacional originados por los fondos del CRP darían lugar a un incremento en la inversión de negocios y, por consiguiente, a mayores ingresos fiscales. Parte de estos ingresos se pueden transferir nuevamente al Fondo Fiduciario OASI— el fondo fiduciario de pensiones. Feldstein y Rangelova (2001) demuestran que el riesgo de inversión de esta estrategia es relativamente bajo y que generaría niveles de beneficios iguales o superiores. Alegan que "...una persona que ahorra el 6 por ciento de sus ingresos durante sus años de trabajo de los 21 a los

Cuadro IV.2
Efectos de las propuestas alternativas para tratar la solvencia financiera de largo alcance de la seguridad social en los Estados Unidos

Propuesta	Porcentaje de déficit de SS resuelto
Reducir el COLA en 0.5 puntos porcentuales por debajo del IPC, a partir de 2002.	40%
Reducir el COLA en 1 punto porcentual por debajo del IPC, a partir de 2002.	77%
Aumentar el número de años que se utilizan para calcular los beneficios para jubilados y sobrevivientes de 35 a 38 (escalonado durante 2002-2006).	14%
Aumentar el número de años que se utilizan para calcular los beneficios para jubilados y sobrevivientes de 35 a 40 (escalonado durante 2002-2010).	22%
En un período de 31 años, reducir gradualmente los factores de la fórmula (Ej. 32%, 15%) en la fórmula de beneficios para trabajadores de ingresos altos y medios, (reducciones finales 32% se reduce a 21% y 15% se reduce a 10%) para aquellos trabajadores que sean elegibles por primera vez para obtener beneficios después de 2031.	87%
Reducir todos los beneficios en un 3% para aquéllos que recién sean elegibles para obtener beneficios, a partir de 2002.	20%
Reducir todos los beneficios en un 5% para aquéllos que recién sean elegibles para obtener beneficios, a partir de 2002.	33%
Escalonar el aumento que se tiene programado actualmente en la edad normal de retiro a 67 años para 2016 en lugar de 2027.	8%
Aparte de acelerar el aumento a los 67 años de edad, indexar la edad normal de retiro (por un mes cada 2 años) hasta 68 años de edad.	23%
Aparte de acelerar el aumento a los 67 años de edad, indexar la edad normal de retiro (por 1 mes cada 2 años) hasta los 70 años de edad.	32%
Reducir los beneficios en un 10% a partir de ingresos familiares de \$40,000 dólares anuales y un 10% adicional por cada \$10,000 dólares adicionales (reducción máxima de 85%).	89%
Aumentar la tasa del impuesto sobre la nómina (para empleados y patrones juntos) en 2.0 puntos porcentuales en 2002.	100%
Aumentar la tasa del impuesto sobre la nómina (para empleados y patrones juntos) en 2.4 puntos porcentuales en 2020 y 2.4 puntos porcentuales adicionales en 2050.	100%
Gravar los beneficios de la Seguridad Social de manera similar al ingreso de pensiones privadas. Escalonado para los umbrales de menores ingresos durante 2002-2011.	24%
Hacer que todos los ingresos estén sujetos al impuesto sobre la nómina (pero retener el máximo para el cálculo de beneficios) a partir de 2002.	100%
Hacer que todos los ingresos estén sujetos al impuesto sobre la nómina y acreditarlos para fines de beneficios a partir de 2002.	88%
Hacer que el 90% de los ingresos esté sujeto al impuesto sobre la nómina y acreditarlos para fines de beneficios (escalonado durante 2002-2011).	37%
Cubrir a los empleados gubernamentales estatales y locales recién empleados a partir de 2002.	11%
Invertir el 40% de los Fondos Fiduciarios en acciones que rindan 7% (escalonado durante 2002-2016).	55%

Cuadro IV.2 (continuación)
Efectos de las propuestas alternativas para tratar la solvencia financiera de largo alcance de la seguridad social en los Estados Unidos

Propuesta	Porcentaje de déficit de SS resuelto
Hacer transferencias de dinero de los ingresos generales para compensar el déficit en el Fondo Fiduciario.	El impacto en el Fondo Fiduciario dependería del monto transferido.
Utilizar una parte del impuesto sobre la nómina (Ej. 2 o 5 por ciento) para proveer cuentas individuales de inversión obligatorias.	El déficit del Fondo Fiduciario se incrementaría a menos que la pérdida de ingresos se constriera con reducciones en los beneficios.
Permitir o requerir a los trabajadores aportar a las cuentas de inversión individuales fondeadas con montos adicionales retenidos de los salarios.	No hay ningún efecto directo en el déficit del Fondo Fiduciario. Los beneficios derivados de estas cuentas mejorarían el ingreso por jubilación.
Utilizar el superávit presupuestal para crear cuentas de inversión individuales.	No hay ningún efecto directo en el déficit del Fondo Fiduciario. Los beneficios derivados de estas cuentas mejorarían el ingreso por jubilación.
Regresar al financiamiento de reparto y permitir a los trabajadores depositar el dinero ahorrado por la reducción temporal en el impuesto sobre la nómina en cuentas de inversión individuales.	El déficit del Fondo Fiduciario se eliminaría al elevar los impuestos sobre la nómina según se necesitara para cumplir con las futuras obligaciones derivadas de los beneficios.

Fuente: SSAB (2001).

66 años —con una media de rendimiento registrado de 5.5 por ciento— tiene una probabilidad de 50 por ciento de recibir una renta vitalicia a la edad de 67 años que ascienda a cuando menos 2.1 veces el nivel del punto de referencia de los beneficios de la seguridad social —y por consiguiente cerca del 70 por ciento de los salarios antes de impuestos anteriores al retiro— y sólo una probabilidad de 17 por ciento de que la renta vitalicia sea menor al beneficio de referencia de la seguridad social. En el 95 por ciento de las experiencias en inversiones, la renta vitalicia excede al 61 por ciento del beneficio de referencia.” (P. 1124)

IV.6 Comentarios finales

La baja valuación de los beneficios de la seguridad social por parte de los trabajadores, en muchos países es el principal obstáculo para que una reforma del sistema pueda tener un gran impacto positivo

en la cobertura. Por este motivo, siempre se da el caso que los efectos pronosticados de los cambios en las tasas de cotización sean más bien pequeños.

Los aumentos reales de cobertura son, por tanto, muy limitados entre algunos de los países que han realizado reformas. En otros, la expansión esperada del sistema en el mercado laboral sencillamente no se observa, porque diferentes factores en ocasiones de naturaleza macroeconómica, se desarrollan de una manera adversa.

El reducir las regulaciones laborales puede mejorar la cobertura y promovería un aumento en los trabajos formales. Sin embargo, la reducción del impuesto sobre la nómina en un contexto recesivo resultaría ineficiente debido al entorno de elevado desempleo y presión fiscal que existe para las empresas. En este sentido, las reformas de la seguridad social

deberían estar insertadas en una reforma fiscal integral.

Por otra parte, debido a que la valoración de los beneficios de la seguridad social se ve influenciada por factores complementarios, éstos deben ser tomados en cuenta. De esta forma, son esenciales las cuestiones como las mejoras en el sistema de salud, mayor acceso a la cuenta individual, la implementación o las mejoras en el seguro de desempleo y otras. No es necesario aumentar los costos o reducir los ingresos del sistema, sino, sencillamente, mejorar la eficiencia que se relaciona con la cobertura y el financiamiento.

Los resultados indican que las reformas que se hagan a los sistemas pueden limitar los incentivos para el retiro temprano de la fuerza laboral, si establecen una relación más directa entre quedarse mayor tiempo en el trabajo y el tamaño de la pensión a recibir después de que uno se retira.

Este resultado favorece el fortalecimiento financiero de los sistemas de seguridad social. Sin embargo, pueden surgir problemas adicionales. Otro punto es que la posibilidad de aumentar las edades para la jubilación pueden manifestarse en mayores tasas de incapacidad, debido a que algunos trabajadores pueden elegir este camino para jubilarse a edades más tempranas en lugar de esperar para recibir los beneficios a una nueva edad normal de jubilación más tardía. Existen pruebas de que muchos trabajadores se jubilan temprano porque lo pueden hacer desde un punto de vista financiero y no debido a problemas de salud.

Además, un reto al que nos enfrentaremos es que es probable que los trabajadores mayores se topen con dificultades cuando se trate de asegurar un trabajo continuo o uno nuevo, y el aumentar las edades para la jubilación puede empeorar estos problemas. Aunque los mayores están hoy más sanos que nunca, es más probable que utilicen las prestaciones del seguro de salud que sus contrapartes más jóvenes y esto puede resultar costoso para sus patrones. La capacitación de los trabajadores mayores pudiera no resultar redituable para algunos empleadores, pues podrían no lograr recuperar totalmente la inversión que hicieran en capacitación. Los trabajadores mayores también pueden sufrir de discriminación por su edad de parte de los patrones o de los clientes, y se podrían enfrentar con dificultades para encontrar trabajos de transición debido a los recientes cambios estructurales en el mercado laboral.

CAPÍTULO V

ASPECTOS FISCALES DE LAS REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE PENSIONES: REDISTRIBUCIÓN Y COSTOS DE TRANSICIÓN

*Contribuciones por país:**

Argentina: Enrique Dieulefait
México y marco conceptual: Héctor Peña
Uruguay: Alvaro Forteza

Editores:

Jorge Meléndez
Héctor Peña
Fernando Ramírez

* Los documentos originales, con la discusión detallada de cada país, pueden ser solicitados a la CISS.

CAPÍTULO V

ASPECTOS FISCALES DE LAS REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE PENSIONES: REDISTRIBUCIÓN Y COSTOS DE TRANSICIÓN

Este capítulo tiene como objetivo evaluar algunos aspectos fiscales de las reformas de los sistemas de pensiones. Se pone especial atención en el estudio de los efectos del cambio de política sobre la distribución del ingreso, se discuten los montos a los que pueden ascender los costos de transición entre esquemas, así como el posible impacto de la forma en que la autoridad decida financiarlos. Esto se hace a la luz de la evidencia empírica que surge de la revisión de los casos de Argentina, México y Uruguay.

El análisis ha sido restringido a las reformas de los sistemas de retiro, es decir, no se considerarán los efectos de modificar otros seguros, como los referentes a invalidez, vida o servicios de salud.

Las preguntas básicas que se plantean son:

a. Comparando las legislaciones antes y después de una reforma, ¿qué grupos de ingreso se han visto más beneficiados con los cambios?, ¿cómo se modifica la relación beneficios/contribuciones para grupos con diferentes niveles de ingreso?

b. En menor o mayor grado, tanto antes como después de cualquier reforma, para financiar las prestaciones en los sistemas de retiro existe algún flujo de fondos públicos que proviene de fuentes no contributivas, es decir, de ingresos fiscales generales. Tomando en cuenta la manera en que se financian los mismos —por ejemplo, mediante qué tipos de impuestos generales—, ¿qué consecuencias tiene esto sobre la distribución del ingreso?

c. Cada país que ha implementado reformas de los sistemas de retiro ha enfrentado de distinta manera el costo de la transición de un sistema a otro —por ejemplo, mediante bonos de reconocimiento—. Existen también diversos estudios que han estimado dicho costo de transición. ¿Cuáles son los montos de

este costo? ¿Dependen de la forma de enfrentarlo al diseñar la reforma? Tomando en cuenta la forma de financiarlo, ¿cómo afecta a los asegurados de acuerdo a su nivel de ingreso?

V.1 Algunos conceptos a utilizar

Existen varias maneras de abordar este tipo de preguntas, así como otras que pueden ser igualmente relevantes. A continuación se discuten algunos conceptos que se utilizarán en las siguientes secciones.

Una de las funciones de los sistemas de seguridad social es proveer a las sociedades de un mecanismo de solidaridad ante la pérdida del ingreso y/o la salud de algunos de sus miembros. En este contexto, en mayor o menor grado, dependiendo del país en cuestión, los esquemas han sido utilizados siempre como poderosas herramientas de redistribución social.

En materia de seguridad social se ha considerado analíticamente útil distinguir entre dos conceptos de redistribución: intergeneracional e intrageneracional. El primero, se refiere a transferencias de ingreso o bienestar entre generaciones distintas, de acuerdo al año de nacimiento, mientras que el segundo, se aplica a transferencias entre miembros de una misma generación, pero pertenecientes a distintos niveles de ingreso.

Entre las herramientas utilizadas para el estudio de las consecuencias redistributivas intergeneracionales de los sistemas de seguridad social, se encuentran los modelos de cuentas generacionales y los modelos dinámicos de equilibrio general. Estos enfoques se aplicarán más adelante en el análisis de los casos de México y Uruguay.

El objetivo del enfoque de cuentas generacionales es evaluar la carga fiscal que las generaciones pre-

sentes imponen sobre las futuras, algo de evidente aplicación cuando se habla del financiamiento de la seguridad social.

El modelo de cuentas generacionales introducido por Auerbach, Gokhale y Kotlikoff (1991) parte de una identidad contable, en la cual, en todo momento, el valor presente neto de los gastos gubernamentales actuales y futuros debe ser igual a la suma del valor presente de la recaudación tributaria actual y futura que el gobierno recibirá, sumando a estos ingresos la riqueza gubernamental neta al momento de hacer el cálculo.

Luego, la restricción presupuestal del gobierno en el momento t se expresa como:

$$VPCG_t = RNG_t + VPVIV_t + VPFUT_t$$

donde $VPCG_t$ es el valor presente de las compras gubernamentales, RNG_t es la riqueza neta del gobierno, $VPVIV_t$ es el valor presente de los pagos de impuestos, netos de transferencias, o cuenta generacional de las generaciones vivas, y $VPFUT_t$ es la cuenta correspondiente a las generaciones futuras. Es decir, el valor presente de todos los impuestos que en neto recaudará el gobierno se divide entre $VPVIV_t$ y $VPFUT_t$.

Todos los términos de la ecuación se pueden estimar con datos actuales, excepto la cuenta generacional de las futuras generaciones, la cual, por supuesto, es obtenida como la resta de los otros componentes.

Si el valor presente de los impuestos netos de transferencias que las generaciones vivas actualmente pagarán al Estado durante su vida, $VPVIV_t$, es menor que el pago que se estima harán las generaciones futuras, $VPFUT_t$, entonces, se dice que existe un desequilibrio intergeneracional, pues para mantener los actuales compromisos del Estado, las generaciones futuras habrán de soportar una mayor carga fiscal que las presentes.

En términos coloquiales, un desequilibrio generacional quiere decir que para pagar nuestras prestaciones, el gobierno deberá gravar más a nuestros hijos y nietos comparado con lo que nos gravó a nosotros, aun dándonos las mismas prestaciones a ambos grupos generacionales.

En el caso de la redistribución intrageneracional, no existe una metodología estándar para evaluar los impactos de las reformas de los esquemas de seguridad de acuerdo con los niveles de ingreso de distintos grupos sociales.

Algunos autores simplemente dividen a la población por niveles de ingreso corriente, tal como se hará

aquí en la discusión de los casos mexicano y uruguayo, y estiman para qué grupos se incrementa más el saldo neto de prestaciones contra contribuciones al reformarse un sistema de pensiones.

Otros investigadores se concentran en el análisis de cómo el diseño del esquema de seguridad social perjudica o beneficia a grupos sociales cuyas características implican que son de altos o bajos ingresos. Se preguntan si una reforma de pensiones afecta de manera diferente a hombres y mujeres o a personas altamente educadas versus otros con poca escolaridad, o bien, si el impacto de los cambios perjudica particularmente a un grupo de edad. Algo de este tipo de análisis se hará cuando se discuta el caso de Argentina y se evalúe el posible efecto de diversas modificaciones de los parámetros del sistema de seguridad social.

Un aspecto importante de las reformas de los sistemas de seguridad social, particularmente de la rama de pensiones son los llamados costos de transición. Éstos surgen, porque al modificar el régimen basado en el reparto, introduciendo un componente de ahorro individual, se traspa la carga de financiamiento de las pensiones futuras, que antes eran con cargo a las generaciones venideras, hacia la generación presente. Ello obliga a precisar cómo se enfrentarán los compromisos preexistentes, de los cuales el Estado era garante.

En principio, la magnitud de los compromisos sólo puede ser redistribuida intergeneracionalmente y entre actores públicos y privados. Por ejemplo, se puede expedir deuda para hacerle frente y distribuir el pago de los costos entre distintas generaciones. Algunas pueden, de hecho, eludir cualquier pago, mientras que otras pueden sobrellevar una carga desproporcionada. Para la economía en su conjunto, dicho pasivo no puede ser aminorado sólo mediante el cambio en la modalidad de financiamiento de las pensiones. De ahí que la distribución social del costo de transición que se deriva de las reformas depende de la modalidad de éstas.

Así, los costos de transición dependen de numerosos factores (Mesa-Lago, 2000). Un grupo de éstos es exógeno, esto es, independiente del proceso de reforma, como la estructura por edades de la población, la antigüedad del programa de pensiones y el porcentaje de cobertura de la fuerza laboral.

Otro grupo de factores es endógeno, es decir, está asociado al diseño de la reforma. Dos de dichos factores se relacionan con el gasto a que se compromete la autoridad:

1. Las responsabilidades asumidas por el Estado durante la transición y después de ésta —pensiones en

curso de pago y pensiones de la generación en transición—.

2. Las condiciones de adquisición de derechos en el programa público —mínimos garantizados—.

V.2 La reforma al sistema previsional de reparto en Argentina

Al reformar su seguridad social en 1994, Argentina implantó un sistema mixto, en el cual, no se cierra el tradicional esquema de reparto, el cual sigue brindando una pensión básica y, al mismo tiempo, se abre un sistema de capitalización de cuentas individuales, de administración privada, el cual ofrece una pensión complementaria.

Los trabajadores pueden, sin embargo, optar por mantenerse en el esquema prerreforma, completamente de reparto o ingresar al nuevo sistema mixto.

Como se discutirá en esta sección, las opciones que se abrieron entre sistemas plantearon problemas fiscales importantes. Primero, se analizará el nivel de desequilibrio financiero antes de la reforma; luego, se explicará cómo la modificación de los parámetros del sistema de reparto puede tener consecuencias de redistribución social bastante relevantes; después, se discutirá el efecto de la opción en tres esquemas sobre la salud financiera del componente tradicional de reparto; por último, se resumirán diversos cálculos sobre los costos de transición de la reforma argentina.

Un tema recurrente será el hecho de que son los trabajadores jóvenes quienes obtienen mayores beneficios del componente de capitalización del nuevo sistema de pensiones y, por tanto, al salir ellos del esquema tradicional basado solamente en el reparto, lo privan de una fuente importante de contribuyentes y debilitan sus bases financieras.

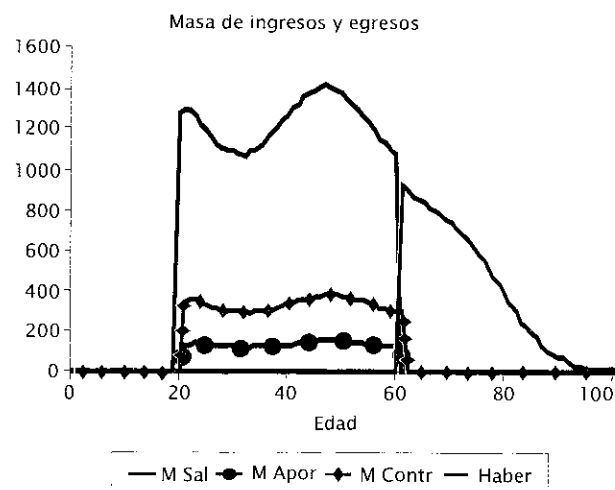
V.2.1 Las dificultades del esquema de reparto

Los parámetros del sistema de reparto son los aportes de los afiliados y las contribuciones de los empleadores, así como la estructura de cálculo del haber de retiro, como se le llama en Argentina a la pensión.

La historia muestra cómo un mismo conjunto de parámetros —aporte, contribución y haber de retiro— que en el pasado fue apto para definir un sistema financieramente sustentable, no logra atender por sí mismo los compromisos relativos al pago de las pensiones ante condiciones de envejecimiento de la población.

La masa de aportes y contribuciones que ingresan al sistema, así como la masa de haberes o pensiones con que el sistema atiende sus compromisos, se representa en la Gráfica V.1.

Gráfica V.1
Masa de ingresos y egresos del sistema argentino de pensiones



Como se puede ver, si los trabajadores permanecieran menos años activos en el sistema, disminuirían los ingresos, pues se acortaría la longitud de las curvas de aportaciones y contribuciones. Siempre y cuando se siguiera cotizando sólo el tiempo suficiente para obtener las prestaciones del esquema de reparto, la masa de haberes o pensiones no se afectaría y, por tanto, todo el sistema entraría en problemas de solvencia.

El Cuadro V.1 resume lo presentado en la gráfica, calculando los números de activos y pasivos, así como la masa de ingresos y gastos y expresando los resultados en la forma de proporciones. Esto se hace para varios escenarios: suponiendo que el monto de la pensión o haber se calcula promediando el salario de los últimos 3 años previos al retiro o de los últimos 10, y asumiendo dos posibles edades legales de jubilación.

El valor de 0.88 para el cociente entre ingresos y egresos, obtenido con parámetros que se aproximan a las condiciones vigentes en Argentina con anterioridad a la reforma, señala una situación financiera insostenible, ya que los ingresos sólo representan el 88 por ciento de los compromisos de pensiones a pagar, por lo que se debe recurrir a otras fuentes de financiamiento para hacer frente a las obligaciones del esquema.

Cuadro V.1
Resultados del esquema de reparto en Argentina con distintos parámetros

Salario promedio	Edad del retiro	Activos / Pasivos	Ingresos / Egresos
Últimos 3 años	60 años	3.97	0.88
Últimos 10 años	65 años	5.93	1.31

Esta condición fue una de las determinantes de la reforma ocurrida en Argentina y en una cantidad de países de América Latina, en la década de los noventa.¹

Hay que aclarar, que la opción de cambiar el sistema hacia uno de capitalización de cuentas individuales no es la única para resolver el problema de financiamiento.

Por ejemplo, manteniendo constantes todos los demás parámetros del sistema, en lugar de calcular el salario promedio teniendo en cuenta los últimos 3 años de labor, se podría hacer con base en los últimos 10, y en vez de considerar la edad de 60 años como la de retiro, se podría elevar el requisito a los 65. Con estas medidas, se obtendría una relación ingreso/egreso igual a 1.31. Dicho valor indicaría un sistema ajustado desde el punto de vista financiero.

V.2.2 Cuestiones de redistribución social bajo un esquema de reparto

El cambio de los parámetros del sistema de reparto tiene importantes efectos de redistribución social del ingreso.

En la determinación del haber de retiro, dentro del esquema de reparto, interviene en forma significativa el valor promedio del salario a partir del cual se obtendrá la pensión. En la práctica, éste se calcula con base en el salario registrado en los últimos años.

Si el número de años considerados para el cálculo de este promedio es pequeño, entre las personas con salarios elevados, típicamente los más educados y los hombres, este cálculo sobrestima con mucho el valor promedio habido a lo largo de toda la vida laboral, pues para ellos el nivel salarial comienza bajo, pero crece rápidamente con los años.

Esta condición no afecta en la misma medida a los salarios de bajo monto, obtenidos por los trabajadores menos educados o las mujeres, pues en estos casos su trayectoria a lo largo de la vida es relativamente más plana, esto es, el salario no crece tan rápido y permanece próximo al valor medio.

Las consecuencias de este corolario del modelo de reparto son impactantes, ya que si el número de años utilizados para calcular el valor del haber de retiro o pensión es muy reducido, como lo fue en Argentina hasta la reforma previsional —tres años—, el sistema sería el vehículo de una transferencia de ingresos por parte de aquéllos que tienen menores salarios a favor de quienes los tienen mayores.

Para evitar esta transferencia de ingresos, es necesario calcular el salario promedio con la información correspondiente a la mayor cantidad posible de años de trabajo, proyectando, en caso de ser necesario, los salarios iniciales de todo el período laboral.

Si no se incrementa en forma significativa la cantidad de años a considerar en el cálculo del salario promedio, las condiciones de equilibrio del sistema se lograrán en detrimento de los haberes de retiro de los trabajadores de menores ingresos, lo cual está lejos de la intención de quienes establecieron las reglas para la determinación del nivel de las pensiones en los sistemas de reparto.

V.2.3 La opción entre sistemas y las dificultades del esquema de reparto

El nuevo sistema de capitalización captó mayoritariamente a la base de la pirámide por edades de los afiliados, privando al sistema de reparto de una importante masa de aportes, dando lugar a un sistema previsional de reparto más deficitario que aquél que intentaba corregir.²

¹ Con la excepción de Brasil, que efectuó una reforma asignando nuevos roles y valores a los parámetros del sistema (Vinicius Carvalho Pinheiro, 1999).

² Esto siempre ocurre cuando se dan opciones para elegir entre esquemas de reparto y de capitalización de cuentas individuales, pues como los jóvenes aportarán todavía por muchos años, el monto acumulado en su cuenta al momento del retiro será bastante elevado, mientras que en el caso de las personas de mayor edad, en lo que les resta para la jubilación no alcanzarán a acumular un fondo cuyo valor sea superior al valor presente de las prestaciones bajo el esquema de reparto. Por ejemplo, en el caso de México se ha estimado que quienes al momento de la reforma de 1997 tenían entre 30 y 32 años de edad, preferirían el esquema de cuentas individuales de capitalización, mientras que los de edades mayores optarían por el anterior sistema de reparto (Meléndez, 2003).

Además de este problema, una serie de decretos dictados con posterioridad a la reforma permitieron deducciones y quitas al aporte patronal, lo que agravó la condición financiera del sistema.

Esto es, quizá, el punto de mayor conflicto entre ambos sistemas, el de reparto y el de capitalización, sea la administración de la transición. Vemos que, si la reforma previsional se plantea en forma tal que se permita al afiliado ingresar al sistema de capitalización con carácter sustitutivo respecto del sistema de reparto y sin limitación alguna de edad, ambos sistemas sufrirán las consecuencias de esta decisión durante un período de tiempo que excede al de una generación.

El resultado financiero del sistema de reparto sufrirá por la ausencia del aporte de los más jóvenes, que migrarán al sistema de capitalización. Los afiliados a este último sufrirán las consecuencias de una pobre renta vitalicia, producto del corto período de integración de sus aportes personales, pues no sólo los nuevos afiliados del sistema ingresarán a la capitalización, sino también algunos que previamente habían aportado al reparto y que son relativamente jóvenes, pero no tanto. Finalmente, la sociedad en su conjunto sufrirá por causa de una necesidad de financiación que deberá cubrirse con recursos de otras fuentes fiscales, o incluso con un mayor endeudamiento.

Pero las consecuencias de una reforma que introduce al sistema de capitalización de aportes individuales como sustituto y no como complemento del sistema de reparto, van un poco más allá de estos resultados.

Supongamos que la totalidad de los afiliados con menos de 45 años de edad es captada por el sistema de capitalización. En esas condiciones, el de reparto se vería privado de los aportes y contribuciones correspondientes a los más jóvenes.

Como resulta evidente que esta situación llevaría al colapso del sistema de reparto, la reforma mantuvo inicialmente la figura de las contribuciones patronales, aunque por una serie de decretos dictados entre los años 1994 y 2000 se redujo la magnitud de la contribución patronal hasta en un 50 por ciento de los valores vigentes al momento de la reforma.

Para reflejar esta modificación en el ingreso de fondos del sistema, debemos introducir un parámetro más en el modelo, que capte la edad de indiferencia para optar por el nuevo sistema previsional —45 años—.

La pérdida del ingreso correspondiente al aporte personal de los más jóvenes, junto a la reducción de

la contribución patronal se introduce en las masas de ingresos y egresos mostradas en la Gráfica V.1 y se vuelven a realizar los cálculos del Cuadro V.1.

La conclusión es que a pesar de haber modificado la edad de retiro y la cantidad de años para el cálculo del salario promedio, el sistema vuelve a hacerse insolvente, pues el valor del coeficiente ingresos/egresos cae a 0.63, lo que señala una condición deficitaria en el que las entradas de recursos al sistema representan sólo el 63 por ciento de los gastos comprometidos.

¿Qué ocurre si además se modifica el escenario demográfico y se valoriza el modelo para una población femenina, para la que se establece arbitrariamente una edad de retiro de 60 años? El valor resultante del coeficiente ingresos/egresos es ahora de 0.36, lo que indica una situación absolutamente inviable.

V.2.4 Problemática propia del sistema de capitalización

En el sistema previsional de capitalización, también llamado de contribuciones definidas, el parámetro que se define es el porcentaje del salario que el afiliado aporta con destino a su cuenta personal en una Administradora de Fondos de Jubilaciones y Pensiones.

El modelo desarrollado para evaluar el sistema de capitalización estima el importe del monto capitalizado a lo largo de la vida activa del afiliado y evalúa, a partir de esta estimación, las anualidades de la correspondiente renta vitalicia.

Este modelo considera un conjunto de parámetros similares a los del modelo de reparto: evolución del salario, edad de ingreso al sistema, edad de retiro, salario inicial, salario final, aporte total. Sin embargo, a causa de la incertidumbre en la tasa de interés que interviene en la capitalización de los aportes personales, se diseña como un modelo probabilístico.

El parámetro comisión marca una diferencia con relación al sistema de reparto, ya que siendo la administración de los sistemas de capitalización de carácter privado, una parte del aporte personal se destina a la atención del correspondiente costo operativo, lo cual permanece implícito en el sistema de reparto, pero aquí se vuelve explícito.

A diferencia del sistema de reparto en el que el escenario demográfico está descrito por la pirámide de edades de los afiliados al sistema, en el de capitalización de aportes individuales el escenario se expresa mediante una función de mortalidad.

El sistema de capitalización sí está afectado por el envejecimiento poblacional, pues así como una pirámide poblacional con fuerte proporción de ancianos erosiona el esquema previsional de reparto, las funciones de mortalidad con elevados valores para la esperanza de vida a la edad de retiro, impactan en forma negativa sobre las anualidades de la renta vitalicia del sistema de capitalización. Esto es, el envejecimiento poblacional refleja mayores esperanzas de vida, lo que eleva el precio que las compañías aseguradoras cobran por una renta vitalicia, lo que a su vez reduce el nivel de la pensión.

Ahora bien, aplicando los parámetros argentinos al modelo, el valor del monto acumulado con los aportes personales capitalizados oscila entre los tres y trece salarios anuales, dependiendo de la distribución de las tasas de rendimiento, con un valor promedio del orden de los ocho salarios anuales —entiéndase salarios del último año—.

Esto es, el sistema de capitalización, funcionando en su fase madura brindaría tasas de reemplazo aceptables, pues con supuestos razonables respecto a la tasa de interés y la esperanza de vida al momento del retiro, se podría obtener una pensión cercana a 67 por ciento del último salario.

Sin embargo, estos números se refieren a un sistema maduro. A fin de evaluar el modelo en condiciones similares a las que se presentan en el período de transición a partir de la reforma previsional, cabe preguntar cuáles serían los resultados de aplicar el modelo de cálculo si el afiliado, en lugar de ingresar al sistema de capitalización a la edad de 20 años, lo hiciera a la de 45.

Habiendo reducido sustancialmente el número de años de aporte, ya no se observan valores de un ahorro capitalizado mucho menor. El valor promedio del ahorro capitalizado al momento del retiro resulta inferior a los 3 salarios del último año, ya que se ha aportado durante un período más corto y además, estos aportes se han capitalizado durante un menor número de años.

Estos valores implican un nivel de pensión que caería por debajo de la cuarta parte del último salario obtenido por el trabajador: la reducción del número de años de aporte castiga fuertemente al sistema.

Esta condición es típica del período de transición entre uno y otro sistema. El esquema de capitalización requiere un período de madurez que abarca toda la vida activa del afiliado. Si éste no se cumple, el sistema requiere el agregado de otros componentes para llevar el monto de las pensiones a niveles aceptables, cuya financiación acabará siendo totalmente ajena al sistema de capitalización.

El Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP) vigente en Argentina, a partir de la reforma previsional prevé esta condición e incorpora a la percepción durante la pasividad el agregado de otros componentes, denominados Prestación Básica Universal (PBU) y Prestación Adicional por Permanencia (PAP).

V.2.5 Costos de transición y carga fiscal

Diversas proyecciones realizadas antes de la aprobación de la reforma mostraban una tendencia a aumentar el déficit previsional público en los primeros años posteriores al cambio, situación que se revertiría posteriormente en forma gradual hasta la total desaparición del déficit en un período de aproximadamente quince años.

Las proyecciones sobre los egresos previstos del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (Bertranou y otros, 2000) a cargo del régimen público que incluyen, además de las prestaciones correspondientes al sistema anterior, las mínimas y adicionales introducidas con la reforma, indican un gasto público previsional anual que superaba el 5 por ciento del PIB en el año 1995, y disminuiría al 3.7 por ciento para el 2010.

Dicha cifra hubiera ascendido a 4.1 por ciento si todos los afiliados hubieran permanecido en el régimen público y a 4.4 por ciento de no haberse aprobado la reforma. En el año 2030, el gasto público previsional equivaldría a 2.3 por ciento del PIB en el escenario base, pero ascendería a 3.8 por ciento si todos optaran por el reparto y a 6.7 por ciento sin reforma.

El gasto proyectado —en términos del PIB— bajo el sistema vigente antes de 1994 disminuiría inicialmente para volver a crecer en forma exponencial. En el escenario base de reforma, en el largo plazo se logra una sensible disminución del déficit, el cual llegará a representar 2.3 por ciento del PIB en el año 2030 —disminución de un 65 por ciento respecto al escenario sin reforma—.

Si la reforma hubiera consistido sólo en el cambio de parámetros del esquema de reparto —edad de retiro y años con contribución requeridos— y el número de aportantes evolucionara de igual manera que sin la introducción del régimen de capitalización —es decir, este último no generara un efecto “incentivo” para la participación y el mayor ahorro—, el gasto público previsional habría disminuido solamente 43 por ciento en el 2030.

Entonces, el resultado previsional con reforma implica mayor esfuerzo fiscal en lo inmediato, pero esta carga se iría aligerando paulatinamente. Lo inverso ocurre en el escenario sin reforma, para el cual el

déficit se reduce en el corto plazo, pero aumenta a mediano y es claramente insostenible en el largo.

V.3 La reforma del sistema de pensiones en México

De acuerdo con la valuación actuarial del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) al 31 de diciembre de 1994, en los años previos a la reforma del sistema para el retiro, se estimaba que para alcanzar el equilibrio financiero del mismo, a partir de 2000 sería necesario incrementar la prima a 9.61 por ciento, en 2010 a 15.10 por ciento, en 2020 a 23.32 por ciento y de nuevo en 2030.

La reforma, que entró en vigencia en 1997, consistió en sustituir un esquema de reparto por uno de capitalización.

De esta forma, el gobierno redujo en buena parte sus obligaciones fiscales, puesto que con el nuevo sistema sólo garantiza una pensión equivalente al salario mínimo de 1997. Si el trabajador acumula fondos suficientes en su cuenta individual para obtener una pensión mayor, la autoridad fiscal no tiene ningún otro compromiso con él, mientras que antes de la reforma el gobierno prometía un nivel que, por lo general, era muy superior al salario mínimo.

Ésta no fue la única medida relevante, pues el cambio fue acompañado de modificaciones significativas de algunos parámetros del esquema, destacando el hecho de que el número de semanas de contribuciones requeridas para tener derecho a las garantías mínimas provistas por el Estado aumentó de 500 a 1,250.

Otra medida con importantes repercusiones fiscales fue que para los trabajadores que habían cotizado al esquema anterior, se estableció la opción de pensionarse de acuerdo con las prestaciones establecidas en la ley previa a la reforma. Sin embargo, es de esperar que los más jóvenes prefieran el sistema de cuentas individuales de capitalización y, para ellos, la obligación fiscal del gobierno será cero. Es decir, no hay bonos de reconocimiento. Un trabajador elegirá en su momento la pensión que estime más conveniente, pero si acepta la del sistema reformado, la autoridad ya no le deberá nada.

Por estas razones, el cambio de política significó un alivio para las finanzas del sistema. Sin reforma se estimaba que el déficit del sistema, expresado como porcentaje del PIB, sería de 1.61 por ciento en 1997,

3.45 por ciento en 2022 y 4.39 por ciento en 2047, mientras que con reforma, los déficits serían de 0.77 por ciento en 1997, 3.05 por ciento en 2035 y 2.62 por ciento en 2047, aun en un escenario adverso de bajo crecimiento económico y tasas de interés reducidas (Sales, Solís y Villagómez, 1996).

V.3.1 La reforma y la redistribución intrageneracional del ingreso

Por lo general, se piensa que al implantar los sistemas de cuentas individuales se pierden los elementos redistributivos de la seguridad social. Sin embargo, esto no es así.

En un sistema de cuentas individuales, una fracción del salario del trabajador asegurado es depositada periódicamente en una cuenta de ahorro mientras éste continúe cotizando y hasta el momento de su jubilación. En tal esquema, el valor presente del flujo de ingresos que el trabajador esperará recibir a partir de su jubilación y hasta el momento de su muerte es similar al monto acumulado en su cuenta individual.

Se esperaría que cualquier diferencia entre el monto de beneficios recibidos durante la jubilación y el total de contribuciones para el retiro, pagadas por el trabajador y su empleador, fuese el resultado de los rendimientos obtenidos por los fondos de pensiones, las comisiones pagadas a los administradores de dichos fondos, así como diversos subsidios e impuestos.³ El cociente beneficios/contribuciones (B/C), medido en valor presente a lo largo de la vida de cualquier individuo asegurado sería entonces cercano a la unidad, razón por la cual, el sistema carecería de propiedades redistributivas, ya sea intrageneracionales o intergeneracionales.

En todos los sistemas de capitalización hay aportaciones estatales y garantías de prestaciones mínimas que se pagan a partir de otras fuentes de impuestos generales, así como otros elementos de diseño que introducen elementos de redistribución social, los cuales hacen que a final de cuentas se mantengan diversas características de los esquemas de reparto.

En el caso mexicano, el gobierno aporta una cantidad fija a la cuenta individual de cada trabajador —cuota social—, la cual es, por tanto, proporcionalmente mayor para las personas que perciben bajos salarios. Eso hace que para estos grupos de perso-

³ En la literatura sobre seguridad social, es una práctica común que las contribuciones pagadas por el empleador sean sumadas a las que son con cargo al trabajador y que se suponga que dicha suma incide totalmente en el salario neto del trabajador, el cual disminuiría. En realidad, la incidencia real de cualquier impuesto proporcional al salario depende de las posibles respuestas de la oferta y de la demanda en el mercado laboral, tal y como se explica en el Capítulo IV.

nas, el fondo de retiro acumulado sea muy superior a lo que se obtendría simplemente a partir de las aportaciones al sistema del trabajador y su empleador a lo largo de la vida laboral del primero. El cociente B/C se elevaría por encima de uno.

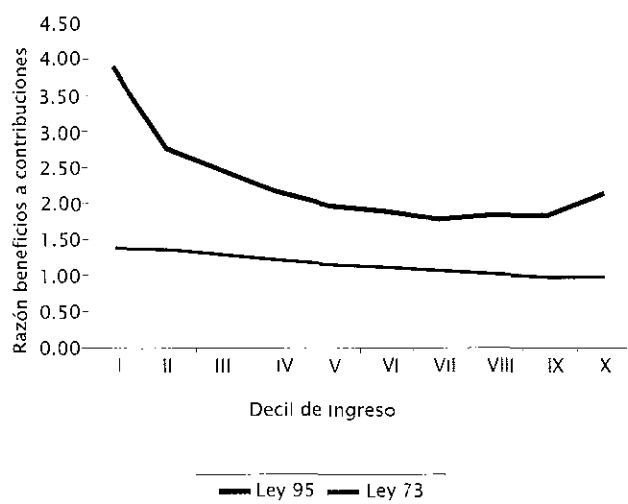
Esta proporción B/C se simuló para individuos típicos de diferentes niveles de ingreso y bajo dos escenarios:

1. La aplicación de la legislación previa a la reforma del sistema de pensiones —Ley de 1973—.

2. La aplicación de la legislación ya reformada —Ley de 1995—.

En la Gráfica V.2 se muestran los resultados. La línea inferior representa el cociente beneficios/contribuciones para los trabajadores de cada grupo de ingreso, cotizando y jubilándose bajo la Ley de 1995. Se puede observar que para un individuo perteneciente al primer decil de ingreso —del 10 por ciento más pobre de la población— dicho cociente tendría un valor aproximado de 1.4, mientras que para otro perteneciente al 30 por ciento de la población de mayor ingreso —deciles VIII al X— la proporción B/C sería prácticamente igual a la unidad.

Gráfica V.2
Características redistributivas del sistema de pensiones en México



La pendiente negativa de la línea inferior indica que el sistema reformado de pensiones en el caso mexicano, aun tratándose de un esquema de cuentas individuales, mantiene cierto grado de progresividad

fiscal, es decir, el sistema reformado redistribuye ingreso a favor de los trabajadores en los grupos de más bajos niveles.

Por cada peso que se aporte al sistema en forma de contribuciones, un individuo perteneciente al grupo de menor ingreso esperaría recibir \$1.40 en prestaciones, para una tasa de beneficio neto de 40 por ciento. En contraste, un individuo perteneciente al grupo de mayor ingreso esperaría recibir alrededor de \$1.00 por cada peso que pague en forma de contribuciones.

El cociente B/C puede resultar mayor que la unidad si el rendimiento generado por el fondo de ahorro para el retiro, más cualquier subsidio otorgado por el gobierno, sobrepasan las comisiones pagadas por la administración del fondo. Por el contrario, si las comisiones pagadas son mayores a la suma de rendimientos y subsidios recibidos en la cuenta individual, B/C sería inferior a la unidad.

En el caso mexicano en particular, la existencia de una pensión mínima garantizada, así como de aportaciones gubernamentales directas a las cuentas individuales de los trabajadores, explican los cocientes mayores a la unidad obtenidos para los grupos de menor ingreso.⁴

Ahora bien, el cociente B/C simulado aplicando la legislación previa a la reforma —Ley de 1973— a lo largo de toda la vida de los trabajadores es representado por la línea superior en la Gráfica V.2. Esta curva tiene una mayor pendiente respecto al nivel de ingreso que la línea inferior, la cual representa el patrón posterior a la reforma.

Esta pendiente mayor indica un más elevado grado de progresividad fiscal bajo la ley anterior que bajo el régimen reformado. En una primera instancia, el sistema de reparto que prevalecía anteriormente en México era relativamente más generoso con los individuos pertenecientes a los grupos de menor ingreso que para aquéllos en los niveles más elevados.

Se debe notar que la razón B/C bajo la ley de 1973 es siempre mayor a la unidad, para cualquier nivel de ingreso, es decir, todos los asegurados recibirían beneficios de retiro cuyo valor presente neto sería invariablemente superior a las contribuciones pagadas durante su vida activa.

Ésta es precisamente otra forma de decir que el sistema de reparto era financieramente inviable por sí solo, es decir, sin recurrir a otras fuentes de ingre-

⁴ En México, el gobierno federal realiza aportaciones directas a las cuentas individuales de ahorro para el retiro en la forma de una cuota social, que ya se mencionó antes, además de una prima de ley, la cual sí está especificada como un porcentaje del salario del trabajador.

Cuadro V.2
Participación en el pago de impuestos por grupos de ingreso

Decil de ingreso	Participación en pago de Impuestos	Decil de ingreso	Participación en pago de Impuestos
I	0.5%	VI	4.3%
II	0.9%	VII	6.0%
III	1.5%	VIII	9.4%
IV	2.1%	IX	17.0%
V	2.9%	X	55.3%

sos gubernamentales. Bajo este esquema, un individuo típico del grupo de menor ingreso —decil I— obtendría \$3.90 por cada peso contribuido, mientras que otro del decil X de los ingresos recibiría \$2.20 por cada peso de contribuciones.

Claro está, estos cálculos son lo que marcaba la ley, pero eso no significa que haya sido posible sostenerlos.

Otra cosa que destaca en el análisis de la Gráfica V.2 es que con la reforma, el monto de beneficios obtenidos por cada peso pagado de contribuciones se reduce de \$3.90 a \$1.40 para el grupo de individuos más pobres, mientras que cae de \$2.20 a \$1.00 para el de mayores ingresos. El que estas reducciones sean proporcionalmente mayores para los de menores salarios que para los grupos de ingresos superiores es un reflejo de la mayor progresividad del esquema de reparto.

Sin embargo, hay que insistir: el régimen previo a la reforma tenía más acentuadas las características de redistribución social, pero era financieramente insostenible. El sistema reformado, mantiene un grado de progresividad fiscal, a pesar de estar basado en el ahorro individual.

El sistema de reparto previo a la reforma favorecía a los trabajadores de menores ingresos, pero, como se ha mencionado, era financieramente inviable. Para pagar este déficit, el gobierno podía hacer uso de la recaudación de los impuestos al consumo, por ejemplo. Entonces, los individuos de ingresos bajos tendrían que contribuir al financiamiento del desequilibrio en proporción a sus patrones de consumo. A final de cuentas, puede suceder que aquello otorgado a un grupo social por el esquema de pensiones, le es retirado por el fisco.

En el siguiente cuadro se muestra la participación de los grupos definidos por niveles de ingreso en el pago de los impuestos sobre la renta, al valor agregado y especial sobre productos y servicios, los más importantes para el fisco mexicano.

El pago del “hoyo fiscal” ocasionado por la legislación de seguridad social de 1973 se distribuiría de acuerdo con el Cuadro V.2 si se supone que la incidencia impositiva se mantiene constante a través del tiempo.

Así, en la Gráfica V.3 se muestran los cocientes de beneficios a contribuciones de la ley de 1973 ya ajustados por el pago de impuestos que hace cada decil de ingreso. Se incluyen las curvas que se habían presentado en la Gráfica V.2.

Como se observa en la gráfica, si se considera que el déficit que generaba la legislación de 1973 tendría que ser pagado a final de cuentas con impuestos generales, se puede entender que los cocientes B/C no eran sostenibles, pero se descubre que la progresividad del viejo sistema para el retiro era todavía mayor. La curva B/C disminuye para todos los deciles de ingreso, pero sigue siendo superior a la correspondiente a la ley de 1995, excepto en el caso de los grupos en los deciles IX y X, los de ingreso más elevado, mismos que se vieron favorecidos con la reforma.

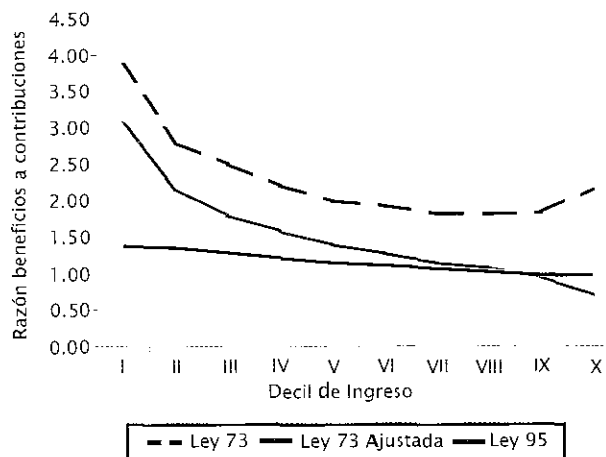
V.3.2 La redistribución intergeneracional del sistema reformado

En este apartado se calculan las cuentas generacionales mexicanas, de acuerdo con la metodología esbozada al comienzo del capítulo, para ver si con las características del sistema reformado de seguridad social se está balanceando la equidad intergeneracional, esto es, si se está dejando la misma carga fiscal neta a las generaciones futuras que la impuesta a las presentes.

En el análisis se consideran entre los ingresos del Estado, no solamente los provenientes de la seguridad social, sino también la recaudación del impuesto sobre la renta, del impuesto al valor agregado y del impuesto especial sobre productos y servicios. Entre las transferencias se incluyen los gastos en educación, salud y seguridad social, y entre las compras gubernamentales se toman en cuenta las oca-

Gráfica V.3

Características redistributivas del sistema de pensiones en México: una vez distribuido el financiamiento del déficit de la Seguridad Social



sionadas por la transición de la seguridad social y otras como las de construcción de infraestructura física.

La razón de esto es que si hay un desequilibrio en el esquema de seguridad social, alguien tiene que pagarlo. Como en el largo plazo, la única forma de hacerlo es a través de mayores impuestos o menor gasto público —el endeudamiento sólo implica posponer el ajuste—, dependiendo de sus patrones de consumo y de ingresos, cada generación deberá cargar con parte del costo.

Por eso, para saber qué generación tendrá que pagar por un déficit de seguridad social, es necesario calcular quién paga todos los tipos de impuestos y quién se beneficia de todos los posibles gastos del gobierno.

En el Cuadro V.3, se muestra el resumen de los resultados tomando como año base el 2000. El escenario del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se refiere al basado en las proyecciones demográficas de este organismo oficial mexicano, las cuales resultan en una muy fuerte disminución de la población de jóvenes, mientras que el de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), no implica un envejecimiento tan acentuado de la pirámide poblacional.

Los resultados muestran un importante desequilibrio intergeneracional. De seguir la actual estructura de financiamiento del gasto social y de acuerdo con el escenario base, las generaciones futuras habrán de soportar una carga fiscal que es tres veces más que la de los nacidos en el año 2000 —la generación actual—. En el escenario más optimista, las generaciones futuras pagarían 86 por ciento más de impuestos netos. En el peor de los casos, la carga fiscal neta de las generaciones futuras es 5 veces la de las actuales.⁵

Aunque no se presentan los detalles de todos los cálculos, lo más importante a destacar es que la principal fuente del desequilibrio es el sistema de seguridad social. En particular, el Estado tiene fuertes compromisos marcados por la Ley del Seguro Social vigente con las personas que en el año 2000 estaban en los grupos con edades de los 30 a los 74 años.

En el escenario base, la persona típica que nazca después del 2000 deberá pagar a lo largo de su vida 19 mil dólares más que el valor de lo que recibirá en transferencias y prestaciones de parte del gobierno, mientras que una persona que en ese año haya tenido de 60 a 64 años de edad recibirá, solamente por la seguridad social, prestaciones netas de contribuciones equivalentes a 24 mil dólares.

Cuadro V.3
Resumen de las cuentas generacionales de México

Escenario	Escenario Demográfico	Tasa de Oescuento (%)	Tasa de Crecimiento de la Productividad Laboral (%)	Desequilibrio Intergeneracional	
				Absoluto (miles de dólares)	Relativo (%)
Base	CONAPO	5	1.5	\$19.10	297.50
Optimista	OIT	3	2	\$13.10	85.80
Pesimista	CONAPO	5	1	\$20.60	403.60

⁵ En estudios previos para México, Sales y Videragaray (1999) encuentran un desequilibrio fiscal negativo, es decir, que las generaciones presentes pagarán más impuestos netos a lo largo de su vida que las generaciones futuras. Schwartz y Torre (2002) utilizan información actualizada y encuentran un desequilibrio fiscal diametralmente opuesto, en el cual las generaciones nacidas después de 1995 habrán de pagar a lo largo de toda su vida 42 por ciento más que las nacidas en ese año.

V.3.3 Costos de transición

En lo referente a los costos de transición, las pensiones en curso de pago, las cuales fueron absorbidas por el gobierno federal al realizarse la reforma, representarían para el fisco un compromiso del orden del 0.49 por ciento del PIB en 1998 (Cerdea y otros, 1997). A partir de entonces, este concepto observará una tendencia decreciente debido a la natural desaparición de esta población de pensionados. Para el año 2026, el pago de las pensiones originadas antes del primero de julio de 1997 ascenderá solamente a 0.07 por ciento del PIB. Este concepto representa el mayor compromiso financiero del gobierno federal en los años inmediatos a la reforma.

El pago de los derechos adquiridos por la generación de transición presenta un comportamiento opuesto al de las pensiones en curso de pago. Durante los primeros años su costo es mínimo, pero éste se incrementa gradualmente conforme se acumulan más pensionados que optan por el beneficio de la ley anterior. Este crecimiento estará controlado en el tiempo por dos factores: 1. La recuperación de las cuentas individuales, la cual se vuelve más importante conforme transcurre el tiempo de contribución al nuevo sistema,⁶ 2. La acumulación del ahorro que eventualmente induce a los trabajadores a pensionarse bajo el nuevo esquema. El costo fiscal de los derechos adquiridos sumaría el 0.03 por ciento del PIB en 1998 y para 2026 ascendería a 0.27 por ciento del PIB.⁷

El costo de la pensión mínima garantizada es pequeño y se reduce con el paso del tiempo, debido a la acumulación de recursos en las cuentas individuales y al crecimiento real de los salarios. En los primeros años de la reforma, el costo fiscal de este componente se ubica en alrededor del 0.03 por ciento del PIB. Posteriormente, dicho costo se vuelve insignificante, medido como proporción del producto.

Finalmente, dentro de las aportaciones estatales, la cuota social es el principal componente del correspondiente costo fiscal. Su tendencia a largo plazo es decreciente, debido al crecimiento del PIB, el cual es superior al crecimiento esperado de la población afiliada.

V.4 Reforma del sistema de pensiones en Uruguay

Para mediados de los años noventa, el principal sistema de pensiones de Uruguay, servido en ese tiem-

po, en forma exclusiva por el Banco de Previsión Social (BPS) enfrentaba serias dificultades financieras asociadas a una población envejecida y a niveles de evasión elevados.

El Congreso aprobó, entonces, una ley de reforma del sistema de pensiones, con la que se introdujo un esquema en el que coexisten un nuevo pilar de reparto y otro de ahorro individual.

A pesar de que todos los trabajadores recibirán al menos parte de su pensión del pilar de reparto, la introducción del componente de ahorro individual significó un cambio fundamental en el funcionamiento del sistema, pues la mayoría de los trabajadores dispone ahora de una cuenta de ahorro para su retiro.

V.4.1 Redistribución intergeneracional ocasionada por la reforma

Para estimar los efectos intergeneracionales de la reforma sobre la distribución del ingreso se construyó una proyección de las cuentas generacionales de trabajadores según su año de nacimiento, género y nivel de ingreso, en el marco de un modelo de equilibrio general. En este caso, se entiende por cuenta generacional: la suma descontada de las diferencias entre los aportes realizados y las transferencias recibidas por el trabajador a lo largo de toda su vida.

Una estimación de los beneficios netos que recibe el trabajador, no estaría analíticamente completa, si sólo se contabilizaran los aportes específicos de seguridad social, ya que, generalmente, los ingresos de los programas públicos de pensiones provienen en buena parte de impuestos generales, y dado que es posible trasladar parte del peso del financiamiento hacia el futuro mediante la deuda pública, los gravámenes para pagar no son siempre contemporáneos.

Para tomar en cuenta dichos aportes, en esta sección se sigue la siguiente metodología:

- ♦ Se simulan las trayectorias de la economía uruguaya bajo las viejas y las nuevas reglas del sistema de pensiones.
- ♦ En el marco de esas simulaciones, se calculan las transferencias agregadas netas —contribuciones menos beneficios— que realizan los trabajadores al gobierno y al sistema de pensiones.

⁶ Todos los trabajadores fueron transferidos al sistema de cuentas individuales. Al llegar a la edad de jubilación, aquéllos que habían contribuido antes de 1997 podrán optar por una pensión de acuerdo con la ley anterior, a ser pagada por el gobierno federal, pero los fondos que hayan acumulado en sus cuentas individuales serán transferidos al fisco.

⁷ Todos estos cálculos son los estimados por Cerdea y otros (1997).

♦ Se calculan, además, las variaciones en esas transferencias netas como consecuencia de la reforma.

♦ La suma descontada de los cambios en las transferencias es igual al cambio de la cuenta generacional provocado por la modificación del sistema de pensiones.

♦ La variación de las cuentas generacionales se usa para evaluar la distribución de los costos de la reforma entre distintos grupos de trabajadores.

El Cuadro V.4 muestra la distribución de los efectos de la reforma uruguaya entre generaciones. Para realizar los cálculos, se supuso una tasa de interés real de 3.8 por ciento anual y un crecimiento de la productividad de 1.1 por ciento al año. Las cuentas se encuentran descontadas a 1995 y están expresadas como porcentaje del PIB de ese año.

Un valor positivo significa que el trabajador pierde con la reforma, pues transfiere al gobierno más recursos netos que antes, esto es, se incrementa la diferencia entre lo que paga en impuestos y contribuciones y lo que recibe en prestaciones y servicios públicos. Un número negativo significa que el trabajador gana con la reforma.

Como se puede ver, la reforma beneficia fundamentalmente a las generaciones futuras, mientras que perjudica a las actuales. De hecho, la de aquéllos nacidos en 1950 es la que sufre la mayor pérdida.

También, es posible estimar que la reforma de la seguridad social provoca una disminución de la deuda pública a mediano y largo plazo. Esto se puede inferir del hecho de que cada nueva generación enfrenta una carga fiscal neta menor.

Lo que dice el Cuadro V.4 es que este alivio fiscal para las generaciones futuras tiene como contraparte un aumento de la carga que recae en casi todas las generaciones previas, de 1937 a 2032.

Se debe aclarar que el modelo utilizado toma en cuenta la existencia de un grupo importante de trabaja-

dores informales, en el sentido de que no contribuyen, pero sí encuentran la forma de recibir una pensión. Al respecto, los resultados indican que la reforma de la seguridad social en Uruguay podría reducir sensiblemente la carga fiscal que recae en generaciones futuras, pero sin aumentar la carga de los trabajadores formales actuales. La clave de dicho resultado radica precisamente, en la eliminación de las transferencias que el sistema realizaba a personas que no contribuían.

Esto se infiere de que haciendo el análisis sólo para los trabajadores formales, los cambios proyectados en sus cuentas generacionales son, en promedio, relativamente más pequeños que los del Cuadro V.4. El resultado se puede verificar observando los valores en la última columna de los Cuadros V.5 y V.6, para los trabajadores formales, y comparando su magnitud con los del cuadro previo.

V.4.2 Efectos de redistribución intrageneracional

En los siguientes cuadros se muestra, para hombres y mujeres respectivamente, la variación en la cuenta fiscal de estos trabajadores por nivel de ingreso y generación. Ingreso se refiere en este caso al derivado del trabajo.

Al igual que antes, un valor positivo significa que el trabajador pierde con la reforma, ya que transfiere al gobierno más que con el sistema antiguo. Un número negativo revela que el trabajador gana.

De acuerdo con los cuadros, los hombres ganan y las mujeres pierden a consecuencia de la reforma.

En cuanto a las diferencias por nivel de ingreso, tienden a beneficiarse los extremos de la distribución y a perjudicarse los sectores medios, particularmente, en el caso de las mujeres. Los principales beneficiarios de la reforma son los grupos de ingresos altos, los cuales reducen sus transferencias netas en montos considerables. Los factores de esta mejora son, entre otros, el aumento de las prestaciones máximas, la sustitución parcial del pilar de reparto por el de ahorro individual y la reducción de los aportes patronales por encima de cierto umbral de ingreso.

Cuadro V.4

Distribución intergeneracional del impacto de la reforma del sistema de pensiones en Uruguay (porcentaje del PIB)

Generación nacida en:	Variación de la cuenta generacional	Generación nacida en:	Variación de la cuenta generacional
1932 y anteriores	0.0	1970	1.2
1933	-0.4	1980	0.9
1940	1.4	1990	0.8
1950	3.3	2000	0.6
1957	1.8	2033 y posteriores	-2.2
1960	1.6		

Cuadro V.5

Distribución del impacto fiscal de la reforma del sistema de pensiones en Uruguay (porcentaje del PIB). Hombres

Generación	Nivel de Ingreso					Promedio
	Alto	Alto - Medio	Medio	Medio - Bajo	Bajo	
1933	-1.6	-0.4	-0.3	-0.3	-0.3	-0.6
1940	-1.6	0.2	0.4	0.4	0.4	-0.1
1950	-0.4	0.6	-0.4	0.2	0.2	0.0
1957	-1.1	0.8	-0.8	-1.1	-0.3	-0.6
1960	-1.4	0.6	-0.6	-0.7	-0.2	-0.5
1970	-2.1	-0.1	-0.5	-0.5	-0.2	-0.7
1980	-2.2	-0.1	-0.5	-0.5	-0.2	-0.8
1990	-2.1	0.0	-0.4	-0.4	-0.2	-0.7
2000	-2.1	0.0	-0.4	-0.4	-0.2	-0.7
Promedio	-1.6	0.1	-0.2	-0.2	-0.1	-0.5

Cuadro V.6

Distribución del impacto fiscal de la reforma del sistema de pensiones en Uruguay (porcentaje del PIB). Mujeres

Generación	Nivel de Ingreso					Promedio
	Alto	Alto - Medio	Medio	Medio - Bajo	Bajo	
1933	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
1940	-2.0	-1.1	-0.4	0.4	0.0	-0.7
1950	0.7	2.4	1.1	2.6	-1.0	1.7
1957	-0.2	2.4	0.4	0.3	0.1	0.6
1960	-0.5	2.2	0.7	0.7	0.0	0.8
1970	-1.7	2.2	1.4	1.4	-0.5	0.9
1980	-1.9	1.4	1.3	1.3	-0.7	0.7
1990	-1.9	1.1	1.3	1.3	-0.7	0.7
2000	-1.9	1.1	1.3	1.3	-0.7	0.7
Promedio	-1.3	1.1	1.1	1.2	-0.5	0.7

Los sectores de más bajos ingresos también se benefician, pero en menor medida que los anteriores. La mejora de este grupo de trabajadores se explica por el aumento de la prestación mínima y la bonificación que se otorga a quienes deciden aportar al pilar de ahorro individual.

De acuerdo con estudios previos, una parte significativa de los egresos del BPS, al iniciarse la reforma eran pensiones irregulares, es decir, el otorgamiento de beneficios contributivos a individuos que en realidad no habían aportado. Los resultados muestran que el peso del ajuste de la reforma uruguaya recae fundamentalmente, en las personas que obtenían este tipo de pensiones. Como se dijo antes, esto se verifica comparando la magnitud de los promedios presentados en los Cuadros V.5 y V.6, calculados para

los trabajadores formales que sí contribuían, con las cuentas generacionales reportadas en el Cuadro V.4, que es para el total de la fuerza laboral.

Un análisis de sensibilidad para distintas edades de retiro, tasas de interés y de crecimiento de la productividad del trabajo indica lo siguiente: primero, que la reforma resulta más beneficiosa para los trabajadores formales entre mayor sea la tasa de interés y lo es menos entre mayor sea la tasa de crecimiento de la productividad; segundo, que los beneficios se reducen y los costos se incrementan cuando la edad de retiro se posterga.

V.4.3 Costos de transición

Respecto a los costos de transición, en la reforma uruguaya se implantó un sistema mixto donde, desde el punto de vista de la cobertura de las contribuciones y de las prestaciones, el pilar de reparto es el principal componente, incluso después de la maduración del sistema.

Por ello, la reforma no dio lugar a ningún tipo de reconocimiento de deuda implícita a los afiliados que habían aportado con anterioridad, de modo que sus consecuencias fiscales pueden examinarse sólo mediante el flujo de prestaciones y contribuciones comunes conforme van transcurriendo los años.

Las proyecciones indican que el efecto de la reforma sobre el resultado fiscal primario —definido como la diferencia entre ingresos y egresos del sistema— es relativamente independiente de la trayectoria del PIB per cápita. En todos los casos se obtienen reducciones a largo plazo de más de 2.1 por ciento del PIB.

Ese resultado se consigue mediante la contracción del gasto en prestaciones que corresponde al pilar de reparto en 5.7 por ciento del PIB, el cual, se contrarresta en parte con el desvío de aportes equivalentes a aproximadamente un 3.5 por ciento del PIB hacia el pilar de capitalización.

A corto y mediano plazo, en cambio, el déficit primario aumenta en magnitudes que oscilan entre 1.6 y 1.8 por ciento del PIB. Ello es producto de la reducción de los aportes que se dirigen al pilar de reparto, así como de una expansión del gasto en prestaciones introducida por la misma reforma.

A diferencia del impacto de la reforma sobre el déficit primario, el resultado fiscal total —que incluye el pago de los intereses sobre la deuda para financiar el primario— es altamente sensible a las hipótesis que se hagan sobre crecimiento y tasas de interés. No obstante, el efecto de la reforma es en la mayoría de los escenarios, el de contraer el déficit a largo plazo en cifras oscilantes entre 0.5 y 2 por ciento del PIB. Los escenarios en donde el impacto a largo plazo de la reforma es el de generar un mayor déficit fiscal total son aquéllos con tasas de interés superiores al crecimiento del PIB y, simultáneamente, con crecimiento del PIB per cápita sustancialmente mayor que el verificado en Uruguay en las últimas décadas.

CAPÍTULO VI

LA REFORMA DE LOS SISTEMAS DE PENSIONES Y EL AHORRO DE LOS HOGARES

*Contribuciones:**

Argentina: Andrés A. Berruti

Chile: Francisco Gallego

México y marco conceptual: Liliana Charles Cruz

Editora:

Liliana Charles Cruz

* Los documentos originales, con la discusión detallada de cada país, pueden ser solicitados a la CISS.

CAPÍTULO VI

LA REFORMA DE LOS SISTEMAS DE PENSIONES Y EL AHORRO DE LOS HOGARES

Este capítulo analiza el impacto de las reformas a los sistemas de pensiones llevadas a cabo en Argentina, Chile y México sobre el ahorro de los hogares. Específicamente se plantean las preguntas:

- ◆ ¿Los afiliados al nuevo sistema de pensiones ahorran más, menos o lo mismo que los no afiliados?
- ◆ ¿Son los resultados estables en el tiempo?

Los principales resultados sugieren que el impacto directo de la reforma de pensiones en el ahorro voluntario de los hogares cambia en el tiempo. Mientras que para el período inicial de la implementación del nuevo sistema en México y Chile el efecto sobre el ahorro voluntario es positivo, para Argentina se observa lo opuesto. En Chile, durante el período de consolidación del sistema reformado se observa que el efecto es negativo, pero menor en magnitud al aumento del ahorro forzoso a través de sistema de pensiones.

VI.1 Introducción

El sustituir los sistemas de pensiones de reparto con esquemas de capitalización individual es una reforma que ha sido defendida por tener, en teoría, un impacto favorable sobre el ahorro nacional.

No obstante, diversas consideraciones analíticas sugieren que el efecto de tal reforma sobre el ahorro nacional depende de varios factores, entre ellos, la forma en que se financia el déficit de la transición al nuevo sistema, y de las ganancias de eficiencia que se pudieran presentar en la economía.

Quizá una de las cosas más importantes sea que el reemplazo de un sistema de reparto por uno de ca-

pitalización individual también afectará el ahorro voluntario de los hogares.

Los sistemas de pensiones tienen entre sus objetivos, el generar un ahorro forzoso que remedie la imprevisión de los hogares, con el fin de garantizar que los participantes tengan al momento del retiro, recursos que les permitan alcanzar cierto nivel de consumo. Esto puede hacer pensar que los efectos básicos de las reformas se producen a través de una modificación en las decisiones de ahorro-consumo de los hogares.

Sin embargo, los sistemas de pensiones, en especial, aquéllos completamente fondeados tienen por añadidura efectos relevantes en otros sectores. Por ejemplo, en el mercado laboral, dado que las cotizaciones obligatorias se imponen sobre los ingresos salariales. Asimismo, al movilizar e invertir grandes cantidades de recursos, los sistemas de pensiones afectan el desarrollo y la composición de los mercados de capital. Estos efectos indirectos, a su vez retroalimentan las decisiones de ahorro-consumo de las personas.

Las motivaciones para ahorrar por parte de los trabajadores y sus familias, no sólo están relacionadas con la acumulación de activos en la dimensión del ciclo de vida completo, como ha sido tradicionalmente enfatizado, sino que también tienen que ver con la acumulación de activos para hacer frente a los ciclos económicos,¹ especialmente, en contextos en los que existen restricciones financieras para endeudarse o prestar a otros. Obviamente, los activos que una familia quisiera tener para suavizar su consumo a lo largo del ciclo económico son diferentes de los que requeriría para suavizar su ingreso a lo largo del ciclo de vida completo. En particular, los hogares desearían tener activos relativamente líquidos para hacer frente a movimientos en el ciclo económico.

¹ Esto es, variaciones cíclicas en ingresos, salarios, empleo, política fiscal y otros.

Esta sustitución imperfecta de ahorros para la vejez —como son los fondos de pensiones— y ahorros más líquidos implica, que no se debería esperar una compensación perfecta entre un aumento del ahorro forzoso y una disminución del ahorro voluntario, al adoptar un sistema de pensiones completamente fondeado.

En fin, son tantos los determinantes del ahorro público y privado de un país, que el verdadero impacto que finalmente puede tener una reforma del sistema de pensiones es un asunto a determinar en la práctica, analizando los datos de cada caso.

Para responder a las preguntas planteadas, en la segunda sección se discuten, profundamente, los efectos esperados de la reforma en el ahorro de los hogares desde una perspectiva teórica. La tercera sección presenta brevemente las características de los sistemas de pensiones de Argentina, Chile y México, que son de particular relevancia para el tema de este capítulo, antes y después de la reforma. Finalmente, en la cuarta sección se presentan los resultados empíricos.

VI.2 Reforma de los sistemas de pensiones y ahorro

El punto de partida para analizar la relación entre ahorro y pensiones es el *modelo del ciclo de vida* (Modigliani, 1975), el cual sugiere que, en general, las decisiones de consumo en un momento en el tiempo están relacionadas con el ingreso permanente o de largo plazo del hogar y no solamente con el ingreso contemporáneo. En conclusión, las personas evitarían gastar todo su ingreso durante su vida laboral activa para tener un ahorro que les permita financiar el consumo durante su etapa de retiro.

Los sistemas de pensiones en general, obligan a un “ahorro”, el cual se asume que de otra forma no sería implementado voluntariamente, y que, por tanto, garantizará que se pueda hacer frente a la jubilación.

Así, siguiendo el modelo del ciclo de vida, un sistema de ahorro forzoso debería inducir a que se redujera ese ahorro voluntario de las personas que ya no tendrían que acumular fondos para la vejez por su cuenta.

Sin embargo, hay algunas objeciones a esta conjetura. En primer lugar, existen una serie de argumentos que hacen pensar que esta compensación o sustitución de ahorros es sólo parcial, debido a que el ahorro realizado a través de un sistema de pensiones tiene características de liquidez y riesgo que pueden ser distintas de las deseadas por las personas. Si es así, es posible esperar que el ahorro forzoso no sea

sustituido completamente, o más aun, que implique un aumento en el ahorro voluntario.

En segundo lugar, las características de los activos explícitos que se mantienen en los fondos de pensiones tienden a ser diferentes de las que tienen los ahorros que implícitamente se mantienen en los sistemas de reparto. Esto sugiere que con una reforma se tendría otro tipo de efectos potenciales sobre el ahorro de los hogares a través del motivo de precaución, por ejemplo, o a través de las diferencias entre los rendimientos esperados en ambos sistemas.

Más allá de los efectos que producen los cambios en el ahorro forzoso, la existencia de un sistema de pensiones completamente fondeado puede producir otros impactos en las decisiones de ahorro-consumo de los hogares. Por ejemplo, Abel (2001) enfatiza que si existen altos costos de transacción en los mercados accionarios, el hecho de que los fondos de pensiones tengan economías de escala importantes en estos costos, facilita la participación de pequeños inversionistas y, de ese modo, aumentan la liquidez y la eficiencia de estos mercados.

Asimismo, al reemplazar un sistema de reparto por uno completamente fondeado puede producir una serie de otros efectos sobre el ahorro voluntario de los hogares. Primero, al relacionar más directamente las contribuciones y los beneficios del sistema de pensiones. Un sistema completamente fondeado fortalece el vínculo entre el ahorro forzoso y el voluntario y, por ende, la sustitución entre ambos.

En segundo término, se espera que un sistema completamente fondeado provoque menos distorsiones en el mercado laboral que un sistema de reparto, en la medida que las personas perciban las contribuciones al sistema como una forma de ahorro y no como un impuesto (Kotlikoff, 1996), esto a su vez provocaría que las decisiones de trabajo cambien y en consecuencia, el ahorro también se modifique.

En tercer lugar, las características de rendimiento y riesgo de los activos pueden cambiar en diferentes dimensiones. Por ejemplo, un sistema completamente fondeado tiende a reducir —aunque no a eliminar— el riesgo político en la determinación del monto de las pensiones. Asimismo, los sistemas completamente fondeados tienden a incrementar la diversificación de los activos y, por ende, a reducir el riesgo de las pensiones. Sin embargo, especialmente para quienes se encuentran en la edad cercana a la jubilación, un sistema de pensiones completamente fondeado puede aumentar la volatilidad de las pensiones a recibir dado el riesgo de sus inversiones.²

² Generalmente asociadas a papeles financieros, como acciones o bonos, que pueden ser más volátiles, especialmente en el corto plazo, que los activos implícitos de los sistemas de reparto.

En cuarto lugar, la transición de un sistema de reparto a uno completamente fondeado implica que las generaciones activas tienen que financiar el déficit implícito del sistema antiguo, causando un aumento de la carga tributaria, que puede tener efectos que afecten las decisiones ahorro-consumo de los hogares, dependiendo del tipo de impuesto que se utilice y de la dimensión temporal en que se aplique.

Finalmente, diversos trabajos muestran que la instauración de un sistema completamente fondeado tiende a producir aumentos permanentes del ingreso de un país (Lindbeck y Persson, 2003, Schmidt-Hebbel, 1999 y Corbo y Schmidt-Hebbel, 2003), lo que dada la evidencia empírica sobre la relación entre el nivel del ingreso y la tasa de ahorro de los hogares, tanto para países desarrollados (Poterba, 1999; Browning y Lusardi, 1996) como para países en desarrollo (Székely, 1998, Attanasio y Székely, 1998; Buttelman y Gallego, 2001b), produciría un efecto positivo sobre la tasa de ahorro de los hogares, entre otros.

VI.3 Sistema de pensiones: Argentina, Chile y México

Antes de llevar a cabo reformas de sus sistemas de pensiones, Argentina, Chile y México, tenían sistemas de reparto relativamente tradicionales. La distribución de las contribuciones y beneficios era algo arbitraria e inestable entre generaciones, como es de esperarse en los sistemas de reparto en los cuales, la generación inicial de jubilados se beneficia de las transferencias pagadas por las generaciones subsecuentes, sino que también existía una alta varianza en las tasas de beneficios netos entre los distintos sectores y grupos de ingreso. Los esquemas de pensiones en general, tenían un mal desempeño, con altos costos administrativos, bajo rendimiento de los fondos, control deficiente de las contribuciones, entre otros problemas.

Además, existía evidencia de que los sistemas de reparto afectaban negativamente los mercados de trabajo, capitales, el ahorro y el crecimiento de las economías.

Fue así que a principios de los años ochenta Chile adoptó un modelo de desarrollo basado en el sector privado, en el cual, la reforma en el sistema de pensiones era uno de los componentes principales.

Los principios inspiradores de la reforma de pensiones en Chile fueron:

- ♦ Incentivar la contribución de los agentes a través de la creación de cuentas de capitalización

individual, y de este modo disminuir las distorsiones creadas en el mercado laboral.

- ♦ Generar competencia entre los agentes, de modo que se aumentara la eficiencia del sistema.
- ♦ Dirigir la contribución estatal a las pensiones de los trabajadores más pobres, separando la función redistributiva del Estado, de la de promoción del ahorro para la vejez.

Una década más adelante, otros países de América Latina, entre ellos Argentina y México, decidieron adoptar reformas similares.

VI.3.1 Principales Características del Nuevo Sistema de Pensiones

La estructura del nuevo sistema de pensiones adoptado en estos países comprende: un primer pilar, que corresponde al sistema público de apoyo otorgado por el gobierno con el objetivo de garantizar un ingreso en la vejez; y un segundo pilar, que corresponde al sistema privado de pensiones completamente fondeado. Éste se basa en un sistema de jubilaciones asociado a contribuciones, es actuarialmente justo basado en cuentas individuales y su operación es a través de administradoras de fondos de pensiones (AFP).³

VI.3.2 Argentina

En Argentina, se llevó a cabo una reforma hacia un sistema mixto, es decir, el esquema de reparto no se cierra y éste sigue brindando una pensión básica. Al mismo tiempo, se abre el sistema de capitalización individual, el cual ofrece una pensión complementaria. Los trabajadores pueden optar por un sistema completamente de reparto o ingresar al nuevo sistema mixto, pero una vez en éste no se les permite volver al anterior. En este caso, debido a la elección que se tiene en cuanto a la afiliación, el costo fiscal de la transición es incierto, es decir, no se sabe cuánto deberá pagar el fisco por los derechos adquiridos por quienes habían aportado al esquema antiguo.

VI.3.3 Chile y México

En México y en Chile, el sistema de reparto se sustituyó completamente con uno de cuentas individuales, es decir, la reforma fue radical. Sin embargo, en Chile se permitió que los trabajadores que se encontraran afiliados al antiguo sistema de reparto o que fueran independientes hasta antes de 1983, decidieran permanecer en el mismo o cambiarse al nuevo esquema.

³ Llamadas AFJP en Argentina, AFP en Chile y AFORE en México.

El incentivo implícito existente era importante, ya que mientras el sistema de reparto tenía tasas de contribuciones para pensiones en torno al 20 por ciento y un esquema basado en beneficios, no actuarialmente justo; el nuevo implicaba tasas de contribuciones cercanas al 13 por ciento, de las cuales un 10 por ciento se acumularían en un sistema basado en contribuciones y actuarialmente justo. Esto implicó que existieran incentivos importantes para que los cotizantes de mayor edad y más pobres se mantuvieran en el antiguo sistema, mientras que los más jóvenes y de mayores ingresos se cambiaran al nuevo esquema. Las personas, que habiendo cotizado en el sistema de reparto se cambiaran al esquema reformado, recibirían un traspaso de recursos —bono de reconocimiento— al momento de su jubilación, proporcional a las contribuciones realizadas al esquema antiguo. El sistema que se instauró tiene implicaciones fiscales a través de los déficits previsionales del gobierno. Éstos tienen componentes permanentes —asociados al primer pilar y a las garantías estatales del nuevo sistema de reparto— y componentes de transición —asociados al pago de los bonos de reconocimiento y de jubilaciones a los cotizantes que se mantuvieron en el esquema de reparto—.

En el caso de México, el nuevo sistema se establece como obligatorio para todos los trabajadores afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), los cuales dejaron de contribuir al sistema de reparto para entrar en el esquema de capitalización individual. Para los trabajadores que habían contribuido al sistema antiguo existe la opción de que al alcanzar su edad de retiro puedan elegir, entre jubilarse con la pensión que hubiesen obtenido bajo el esquema de reparto o la pensión lograda con los fondos acumulados en su cuenta individual. Así, la implicación fiscal de la reforma es, al igual que en Chile, un déficit previsional, con componentes permanentes y transitorios, donde la manera en que se financie tendrá efectos inter e intra generacionales importantes.

VI.4 Reforma del sistema de pensiones y ahorro: un análisis estadístico

En esta sección, se discuten los principales resultados obtenidos tras desarrollar una metodología estadística para estudiar la influencia real de algunos de los determinantes teóricos del ahorro de los hogares.

En el Cuadro VI.1 se presentan los principales resultados encontrados para Argentina y Chile, aplicando un análisis estadístico, en el cual, el ahorro como proporción del ingreso es una función lineal de diversos aspectos demográficos, del nivel de ingreso, de los activos del hogar y de un indicador de si la persona está afiliada a una AFP.

Dado que conceptualmente, el ahorro corresponde a una decisión económica en que se pospone el consumo, es decir, a una sustitución de consumo presente por consumo futuro, se analizan dos definiciones de ahorro:

- ◆ La medida simple, que toma en cuenta movimientos de la riqueza del hogar
- ◆ La medida agregada, que incorpora la inversión en capital humano y la compra de bienes durables como una parte del ahorro.

El caso de Chile ofrece la posibilidad de analizar dos momentos en el tiempo (1988 y 1996-7) con diferentes contextos macroeconómicos, lo que permite, además de obtener información del ahorro y sus determinantes, extraer información relativa a la estabilidad de los efectos de las variables en el tiempo.

Por su parte, el cuadro VI.2 presenta los resultados para el caso de México, en el cual, el análisis se llevó a cabo estimando una relación lineal entre el consumo del hogar —lo contrario del ahorro— y diversas variables demográficas, el ingreso y la afiliación a una AFORE.

A continuación se explican los resultados estadísticos que se presentan en los cuadros referidos.

VI.4.1 Análisis de los efectos indirectos sobre ahorro de los hogares

En primer lugar, se analiza un conjunto de resultados interesantes relacionados con el efecto de diversas variables relacionadas con el ahorro:

VI.4.1.a Variables demográficas

En relación con el efecto de las variables demográficas, los resultados encontrados en Chile y Argentina implican que hay un aumento en las tasas de ahorro en la vejez. Una explicación de este hecho es que durante las edades mayores se enfrenta una más elevada incertidumbre relacionada con la duración de la vida y los costos de la salud (Butelmann y Gallego, 2001a).

Otra variable demográfica relacionada con el ahorro es el tamaño del hogar. En la mayoría de las especificaciones se observa que a mayor número de adultos más elevado es el ahorro y que el número de niños tiene un efecto negativo sobre el mismo. Este resultado es consistente con los de otros trabajos (Browning y Lusardi, 1996; Butelmann y Gallego, 2001b) y la lógica se relaciona con la suavización del consumo en el tiempo por miembro del hogar —en el caso de los niños—.

Cuadro VI.1
Ahorro de los hogares: principales determinantes y el efecto de la privatización del sistema de pensiones:
Argentina y Chile

Variables explicativas	Chile				Argentina	
	1998		1996-1997		1996-1997	
	Ahorro simple	Ahorro extendido	Ahorro simple	Ahorro extendido	Ahorro simple	Ahorro extendido
Edad	0.0314 (0.0003)	0.0291 (0.0003)	-0.0222 (0.0011)	-0.0184 (0.0009)	0.0124 (3.150)	0.0143 (3.320)
Edad ²	-0.0007 (0.0000)	-0.0007 (0.0000)	0.0004 (0.0000)	0.0004 (0.0000)	-0.0003 (-3.330)	-0.0002 (-2.530)
Edad ³	5.05E-06 (4.48E-08)	5.17E-06 (4.03E-08)	-1.89E-06 (1.48E-08)	-1.97E-06 (1.20E-08)	0.0000 (3.490)	0.0000 (2.030)
Efecto cohorte	-0.1173 (0.0019)	-0.1376 (0.0018)	-0.0146 (0.0008)	-0.0134 (0.0061)	ND	ND
Jefe jubilado	-0.0058 (0.0009)	-0.0133 (0.0008)	0.0237 (0.0026)	0.0541 (0.0021)	0.0622 (3.530)	0.0687 (3.860)
Sin instrucción	-0.0108 (0.0012)	0.0065 (0.0009)	-0.0694 (0.0035)	-0.1005 (0.0028)	ND	ND
1 a 3 años de educación	0.0299 (0.0100)	0.0313 (0.0070)	-0.0371 (0.0027)	-0.0467 (0.0021)	0.0403 (5.8700)	0.0330 (4.0700)
4 a 7 años de educación	-0.0181 (0.0008)	-0.0266 (0.0006)	-0.0019 (0.0020)	0.0004 (0.0000)	0.1175 (6.2900)	0.1281 (4.1800)
8 a 11 años de educación	-0.0372 (0.0080)	-0.0216 (0.0050)	-0.0226 (0.0017)	-0.0491 (0.0014)	0.1615 (12.0400)	0.1528 (7.3300)
12 y 15 años de educación	-0.0199 (0.0006)	0.0292 (0.0004)	-0.0153 (0.0016)	-0.0288 (0.0012)	0.3045 (8.1900)	0.5050 (7.5900)
Cónyuge Ocupado	0.1143 (0.0003)	0.1053 (0.0003)	0.1320 (0.0011)	0.1131 (0.0008)	ND	ND
Adultos	0.0035 (0.0001)	0.0059 (0.0001)	0.0170 (0.0005)	0.0135 (0.0004)	0.0168 (7.2000)	0.0323 (10.3100)
Niños	-0.0282 (0.0001)	-0.0305 (0.0001)	-0.0266 (0.0004)	-0.0297 (0.0003)	0.0076 (1.6300)	0.0178 (4.2800)
Jefa mujer	0.0082 (0.0004)	0.0076 (0.0003)	0.0638 (0.0014)	0.0539 (0.0010)	ND	ND
Ingreso Permanente	8.29E-07 (4.15E-09)	1.22E-06 (1.86E-09)	9.98E-08 (1.47E-09)	1.14E-07 (1.22E-09)	0.0000 (-2.940)	-0.0002 (-5.310)
Ingreso Transitorio	8.72E-07 (4.75E-09)	1.33E-06 (1.65E-09)	1.72E-07 (1.16E-09)	1.74E-07 (1.18E-09)	0.0003 (23.5600)	0.0004 (25.5300)
Posesión de vivienda	0.0843 (0.0003)	0.0612 (0.0003)	0.0652 (0.0012)	0.0317 (0.0009)	-0.0464 (-6.420)	0.0496 (7.6500)
Acceso al mercado de crédito	0.0426 (0.0003)	0.0497 (0.0003)	-0.1263 (0.0010)	-0.0527 (0.0008)	0.0038 (0.5400)	-0.0570 (-14.950)
Jefe Desempleado	-0.1389 (0.0011)	-0.1179 (0.0009)	-0.0738 (0.0018)	-0.0701 (0.0014)	-0.0646 (-6.270)	-0.0577 (-3.080)
Pertenecer a una AFP	0.0046 (0.0023)	-0.0901 (0.0021)	0.1495 (0.0056)	0.1081 (0.0045)	0.0068 (0.4400)	0.0246 (1.8100)

Cuadro VI.1 (continuación)
 Ahorro de los hogares: principales determinantes y el efecto de la privatización del sistema de pensiones:
 Argentina y Chile

Variables explicativas	Chile				Argentina	
	1998		1996-1997		1996-1997	
	Ahorro simple	Ahorro extendido	Ahorro simple	Ahorro extendido	Ahorro simple	Ahorro extendido
Asalariados	0.0322 (0.0009)	0.0070 (0.0008)	0.0606 (0.0046)	0.0028 (0.0039)	0.0327 (2.6)	0.0331 (3.27)
Pertenecer a una AFP asalariado	0.0611 (0.0024)	0.1870 (0.0022)	-0.1451 (0.0061)	-0.0489 (0.0050)	-0.0134 (-3.190)	-0.0192 (-2.360)
R ²	0.1025	0.1611	0.0838	0.1346	0.3270	0.3360

Fuente de datos: Chile: Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) 1988 y 1996-1997,
 Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 1987 y 1996.
 Argentina: Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGH) 1996-1997.

Notas: La variable dependiente corresponde a la tasa de ahorro indicada en cada columna.
 Entre paréntesis se presentan la desviación estándar (Chile) y el estadístico t (Argentina).
 El método de estimación es MCO ponderado por los factores de expansión poblacionales correspondientes a cada encuesta.
 Los problemas de varianza se corrigen con el método White.

Se observa, además, un ahorro mayor para jefes de hogar mujeres, tal como se reporta en la mayor parte de la literatura sobre el tema, la cual, se explica como resultado de una mayor incertidumbre laboral que enfrentan las mujeres y con el hecho de que las jefas de hogar no tienen el “seguro” que implica tener un cónyuge que potencialmente podría trabajar en caso de ser necesario.⁴

VI.4.1.b Ingreso

Para analizar el efecto del ingreso sobre el ahorro de los individuos se considera para Argentina y Chile una descomposición del ingreso total en ingreso transitorio y permanente o de largo plazo, y de manera general se observa el impacto del nivel de educación del jefe del hogar.

Los resultados encontrados implican que los efectos de los ingresos transitorio y permanente sobre el ahorro son consistentes, en el primer caso, con las predicciones de la teoría del ciclo de vida y, en el segundo, con los resultados previos de toda la literatura sobre el ahorro y sus explicaciones conceptuales. Adicionalmente, los resultados confirman la conjetura de que la propensión a ahorrar ingresos es mayor en el caso del ingreso transitorio.

Se observa una relación significativa entre mayores niveles de educación y mayor ahorro, lo cual es consistente con los resultados de otros trabajos (Avery y Kennickell, 1991; Bernheim y Scholz, 1993; Attanasio, 1993; Browning y Lusardi, 1996 y Attanasio y Székely,

1998). En el caso de Argentina y Chile, su interpretación va asociada a efectos directos de la educación sobre el ahorro, dado que los resultados se obtienen luego de controlar por el ingreso de largo plazo de los hogares.

La propiedad de una vivienda va asociada con mayores tasas de ahorro. Esta relación es consistente con los resultados de otros estudios (por ejemplo Denizer y Wolf, 1998).

VI.4.1.c Mercado Laboral

El estatus laboral del jefe de hogar y de su cónyuge también tiene efectos sistemáticos sobre las tasas de ahorro. Ambos factores muestran la influencia del ciclo laboral y de la participación en la fuerza de trabajo sobre las tasas de ahorro. Una parte de los ingresos provenientes del trabajo del cónyuge probablemente son considerados como transitorios, en el espíritu del modelo del ciclo de vida, y, por ende, se ahorran.

En el estudio realizado para Chile se incorporó la tasa del crecimiento del PIB que se observó en el año en que el jefe del hogar tenía 20 años, con el propósito de medir la reacción de los hogares a la situación del mercado laboral al comienzo del ciclo de vida: el efecto negativo obtenido sugiere que quienes comienzan su etapa laboral en condiciones más favorables tienden a ahorrar menos a lo largo de su ciclo de vida. Esto confirma los resultados de Bernheim (1991) para Estados Unidos y puede estar

⁴ Una explicación alternativa es que las mujeres tienden a ser más aversas al riesgo que los hombres (Ver, Frank y Schulze, 2000).

Cuadro VI.2
Reforma del sistema de pensiones del Instituto Mexicano del Seguro Social, se efecto en los patrones de consumo de los hogares.

Variables Explicativas	Muestra Completa	Hogares con alto ingreso	Hogares con bajo ingreso
	Consumo	Consumo	Consumo
Año	-0.1255 (0.0195)	-0.1362 (0.0321)	0.1182 (0.0254)
Tamaño del hogar	0.0053 (0.0028)	0.0013 (0.0055)	0.0071 (0.0033)
Jefe de Familia Mujer	-0.0846 (0.0156)	-0.1525 (0.0314)	-0.0494 (0.0175)
Ingreso Neto	0.7805 (0.0069)	0.8183 (0.0182)	0.7488 (0.0126)
Afiliado al Sistema de Pensiones IMSS * Año	-0.0446 (0.0219)	-0.1307 (0.0372)	-0.0002 (0.0278)
Afiliado al Sistema de Pensiones IMSS	0.0026 (0.0167)	0.0244 (0.0285)	-0.0119 (0.0206)
Sin instrucción	-0.0196 (0.0174)	-0.1388 (0.0387)	0.0297 (0.0187)
1 a 3 años de educación	-0.0155 (0.0169)	-0.1335 (0.0376)	0.0287 (0.0180)
4 a 7 años de educación	0.0183 (0.0181)	-0.1352 (0.0395)	0.0846 (0.0196)
8 a 11 años de educación	0.0571 (0.0200)	-0.0181 (0.0410)	0.0503 (0.0229)
12 a 15 años de educación	0.0584 (0.0209)	-0.0509 (0.0405)	0.0518 (0.0268)
Edad ²	-0.0001 (0.0000)	-0.0000626 (0.0001)	-0.0002 (0.0000)
Edad	0.0136 (0.0027)	0.0053876 (0.0062)	0.0175 (0.0029)
Acceso al mercado de capitales	-0.0298 (0.0099)	-0.0655 (0.0202)	-0.0135339 (0.0109)
R ²	0.7842	0.6207	0.5397

Fuente de datos: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 1994, 2000.

Notas: La variable dependiente corresponde al logaritmo natural del consumo.

Entre paréntesis se presenta la desviación estándar.

El método de estimación es MCO ponderado por los factores de expansión poblacionales correspondientes a cada encuesta.

Los problemas de varianza se corrigen con el método White.

capturando efectos de ahorro por precaución o diferentes actitudes frente al riesgo, que se determinan dependiendo de las condiciones del mercado laboral.

VI.4.1.d Acceso al Crédito

Los resultados para Chile en 1988 muestran que los grupos con acceso al crédito presentan tasas de

ahorro superiores a los que no lo tienen. Sin embargo, en 1996-1997 el resultado es el opuesto. Esto se puede explicar porque en 1988 el mercado crediticio para consumidores era pequeño y sesgado hacia los grupos relativamente más ricos. En cambio, en 1996-1997, el mercado crediticio para consumidores, si bien mantenía los mismos sesgos, tenía un tamaño significativamente superior (Butelmann y Gallego, 2001b). En Argentina se encuentra un efecto negati-

vo del acceso al crédito sobre la tasa de ahorro que incorpora las compras de bienes durables y la inversión en capital humano, lo que sugiere que el acceso al crédito está muy ligado a estos tipos de ahorros y en particular a la compra de bienes durables.

VI.4.2 Efectos directos de la participación en el nuevo sistema de pensiones

A continuación se analizan los resultados para las variables que miden los efectos directos asociados a la participación en el nuevo sistema de pensiones. Sin embargo, antes de proceder a este análisis es necesario enfatizar que:

- ♦ Las comparaciones que se realizan con el resto de la población corresponden al comportamiento del ahorro únicamente de hogares cuyo jefe de familia trabaja en el sector obligatoriamente cubierto por las administradoras de fondos de pensiones. Esto es importante porque una parte de los afiliados a las AFP trabajan en sectores donde la cotización es voluntaria, y ese tipo de trabajadores puede poseer características diferentes no observables que estén asociadas con preferencias por el ahorro (Barr y Packard, 2001).

- ♦ Asimismo, la comparación se realiza entre el comportamiento de los afiliados a las AFP y el de quienes se encuentran en el sistema antiguo.⁵

Se debe recordar que la reforma llevada a cabo en Chile permitió durante la etapa de transición dejar a la elección del trabajador si permanece en el sistema de reparto o cambia al sistema de capitalización individual. Con el objetivo de capturar este hecho, en el análisis realizado para el caso de Chile se utiliza la metodología empleada por Butelmann y Gallego (2001b), en la cual se utiliza la información acerca de las características socioeconómicas⁶ para estimar la probabilidad de estar afiliado al nuevo sistema de pensiones.

Los resultados presentan evidencia de que existen elementos importantes de auto-selección en la afiliación a las AFP. Por ejemplo, considerando los resultados para 1987, se observa un efecto importante del nivel educacional, pues personas con 12 o más años de educación tienen una probabilidad 19 por

ciento más alta de estar en una AFP que personas sin educación o con educación primaria incompleta,⁷ y los trabajadores de los sectores agrícopecuario-silvícola-pesquero y de servicios sociales y comunales —principalmente empleados públicos— tienen menos probabilidad de encontrarse afiliados a las AFP que todos los otros sectores de actividad.

Además, es importante comentar que los resultados cambian en el tiempo, probablemente reflejando el hecho que en 1987 existía un mayor espacio de auto-selección en la participación en el sistema de pensiones y que por ello, la afiliación dependía más fuertemente de las preferencias por el ahorro.

En el caso de Argentina, donde el sistema de pensiones opera bajo un sistema mixto, se hace el supuesto que las personas mayores a 40 años permanecen en el sistema de reparto.⁸

La metodología empírica utilizada para Argentina y Chile, no medirá el efecto en el ahorro voluntario de la afiliación a las AFP con respecto al sistema prerreforma, sino con relación al sistema antiguo post-reforma.

En México, dado que el reemplazo del sistema de reparto se llevó a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), las comparaciones se realizan entre el grupo de personas afiliadas a éste y los afiliados al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el cual es la segunda institución de seguridad social más importante en México, no ha sido reformado y además su sistema de pensiones es similar al del IMSS antes del cambio.

Finalmente, cabe mencionar que estadísticamente para comparar las decisiones de ahorro de los individuos cubiertos bajo el antiguo sistema de reparto, y los de los afiliados al nuevo esquema en el caso de Argentina y Chile, las estimaciones empíricas identifican el impacto de estar afiliado a una AFP a través de la interacción de la variable que mide el estar en el nuevo sistema de pensiones y un indicador de si el jefe del hogar es parte de los sectores con cotización obligatoria —esto es, si los jefes de hogar son asalariados—. Para México, el efecto se mide con una

⁵ En el caso de México se compara entre los afiliados al IMSS e ISSSTE en escenarios antes y después de la reforma al sistema de pensiones del IMSS.

⁶ Utilizando la encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN).

⁷ Es importante enfatizar que este efecto se obtiene luego de controlar por otros factores que están correlacionados con la educación: sector de actividad, tipo de ocupación y sexo. Por tanto, se pueden interpretar como una medida del efecto directo de la educación sobre la afiliación a las AFP. Este mismo argumento se aplica a las otras variables consideradas en este análisis.

⁸ Es decir se utiliza una variable dicotómica que toma el valor de 1 —afiliado al nuevo sistema— si las personas tienen 40 años o menos.

variable que es la interacción de un indicador de los afiliados al IMSS y al ISSSTE y otra variable que identifica el escenario antes y después de la reforma al sistema de pensiones del IMSS.⁹ Por tanto, las estimaciones medirán el efecto en el patrón ahorro-consumo por estar afiliado al sistema de capitalización individual.

VI.4.2.a Resultados

En el caso de Argentina, se observa que el efecto de estar afiliado al sistema de capitalización individual sobre las tasas de ahorro es negativo, implicando una disminución de entre 1 y 2 por ciento como consecuencia de la reforma al sistema de pensiones, es decir, los individuos afiliados al nuevo esquema sustituyen ahorro voluntario con el ahorro forzoso a través de la seguridad social. Una posible explicación a este efecto, es que el nuevo sistema pudo haber ocasionado una disminución de la incertidumbre que enfrentan los individuos respecto al rendimiento esperado de las pensiones, sin embargo, será necesario investigar la estabilidad del resultado en el tiempo, debido a que estos resultados surgen al analizar datos disponibles a tres años de haberse implementado en 1977 la reforma, y más adelante las cosas pueden haber cambiado.

Se observa que en Chile, el efecto de estar afiliado a una AFP cambia de signo entre los dos escenarios analizados. En 1988 —período inicial de la implementación del nuevo sistema de pensiones— hay un efecto positivo de la reforma sobre las tasas de ahorro, mientras que en 1996-1997 el efecto es negativo, aunque menor en magnitud al aumento del ahorro forzoso a través de sistema de pensiones. Esto puede tener como explicación la interacción entre dos fuerzas:

En 1988 era más importante el hecho de que para un grupo grande de jefes de hogar, la afiliación a AFP era voluntaria, capturándose probablemente con ello un sesgo a que los hogares con mayor preferencia por el ahorro se encontraran afiliados a las AFP, mientras que en 1996-1997 ese fenómeno ya tenía menos importancia.

En 1996-1997 el acervo de activos acumulados y la estabilidad del sistema ya se encontraban más asimilados por la población, y por ello, la percepción de que las cotizaciones a las AFP eran ahorro se consolida y, consecuentemente, predominó una sustitución entre los ahorros en el sistema de pensiones y los voluntarios.

Este resultado para Chile es interesante, porque sugiere que la sustitución de ahorro voluntario por ahorro forzoso que se supone constante en muchos estudios que utilizan datos macroeconómicos puede no ser tal, es decir, puede cambiar en el tiempo.

Las estimaciones para México se presentan para el total de individuos y para el grupo de personas de alto y bajo ingreso. En general, se observa una disminución del consumo como consecuencia de estar afiliado al nuevo sistema de capitalización individual, lo cual implica que aumenta el ahorro.

Una posible explicación es que el análisis se está realizando a tres años de la implementación del sistema. Así, se podrían estar capturando efectos de la incertidumbre que enfrentan los participantes acerca de las posibles implicaciones del nuevo esquema de pensiones.

Es de particular interés notar que el resultado obtenido para el segmento de personas de alto ingreso es todavía más fuerte. Al igual que para el caso de Argentina es importante aplicar nuevamente la metodología presentada en esta sección para México, con datos que nos permitan verificar, si los cambios observados en el ahorro representan un efecto temporal o si tienden a estabilizarse en valores diferentes conforme se consolida la reforma.

VI.5 Conclusiones

Este capítulo analiza el comportamiento del ahorro de los hogares tratando de identificar cuál puede ser el efecto de una reforma de las pensiones.

Los resultados apuntan a que esta medida tiende a afectar al ahorro voluntario de los hogares en varios sentidos:

- ♦ Quienes se encuentran afiliados al nuevo régimen de cuentas individuales modifican sus tasas de ahorro para complementar o sustituir el ahorro que realizan a través de las AFP. Los resultados sugieren que en Argentina, en 1997, los individuos afiliados al sistema de pensiones reformado sustituyen el ahorro privado con el forzoso a través del sistema de pensiones, es decir, el primer impacto de la reforma fue la reducción del ahorro voluntario de los hogares. En el caso de Chile, en 1988, se observa que los hogares complementaban sus cotizaciones previsionales con ahorro voluntario, esto es, al principio la reforma promovió un mayor ahorro, mientras que en la etapa de consolidación

⁹ Se utilizan datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares en 1994 y 2000. La reforma al sistema de pensiones del IMSS empezó a operar en julio de 1997.

del sistema, los hogares compensaban una parte importante de las cotizaciones al sistema de pensiones con desahorro voluntario; sin embargo, la compensación de ahorro de los hogares no fue completa y, por tanto, la tasa de ahorro total de los hogares aumentó. Para México se observa una disminución en el consumo, implicando un aumento del ahorro durante la etapa de implementación del sistema.

♦ Existen efectos indirectos, aunque pequeños, de la reforma de pensiones sobre la relación entre el ahorro voluntario y algunas variables que lo afectan, tales como el ingreso, la participación laboral de los dos cónyuges y el acceso a los mercados de capitales.

Desde un punto de vista de políticas asociadas al sistema de pensiones, los resultados sugieren algunas implicaciones interesantes. En primer lugar, las características particulares del sistema de capitalización individual parecen tener efectos específicos sobre el ahorro voluntario de los hogares. El caso de Chile es interesante en este respecto. En 1988 el sistema aún no se encontraba consolidado, todavía no acumulaba un nivel significativo de activos y los fondos de pensiones se encontraban poco diversificados. Después de cerca de una década de desarrollo, el esquema se encontraba mucho más desarrollado en términos de fondos acumulados, con un importante nivel de participación y con activos bastante más diversificados. Por tanto, no parece extraño que mientras en 1988 los afiliados a las AFP complementaban su ahorro forzoso con más ahorro voluntario, en 1996-1997 compensaron parte de su ahorro forzoso con desahorro voluntario. Este resultado sugiere que los sistemas de pensiones de capitalización individual toman tiempo en consolidarse y en afectar las decisiones de los agentes de un modo definitivo.

CAPÍTULO VII

LAS ADMINISTRADORAS DE LOS FONDOS DE PENSIONES EN LOS REGÍMENES REFORMADOS

Autores:
Iván Marinovic
Salvador Valdés

Contribuciones por país:*
Bolivia, Perú y Uruguay: Flavio Marcilio Rabelo
Chile: Iván Marinovic y Salvador Valdés
México: Jorge Meléndez

Editores:
Jorge Meléndez
Eduardo Rodríguez-Oreggia

* Los documentos originales, con la discusión detallada de cada país, pueden ser solicitados a la CISS.

CAPÍTULO VII

LAS ADMINISTRADORAS DE LOS FONDOS DE PENSIONES EN LOS RÉGIMENES REFORMADOS

Es muy probable que la discusión que levanta las más apasionadas polémicas dentro de los temas de la seguridad social, sea la del análisis del desempeño de las administradoras de fondos de pensiones en los regímenes reformados, las AFP.

En este capítulo se evalúa lo que ha ocurrido con estas administradoras en diversos países latinoamericanos, los cuales, han adoptado el régimen de cuentas individuales con capitalización de los fondos, poniéndose especial atención a las críticas fundamentales que han sido formuladas por algunos estudiosos de la seguridad social.

Primero, se revisan estas críticas y se presentan diversos conceptos básicos; luego, se aplican éstos en el análisis de algunos indicadores de desempeño de las administradoras en América Latina; por último, en los casos de Chile y México, se profundiza en un análisis de la demanda de los servicios por parte de los cuentahabientes y de la estructura de costos de la industria de las administradoras de fondos de pensiones. Esto permitirá entender en qué grado son válidas las críticas a los sistemas de capitalización y, por tanto, determinar por qué en la actualidad las comisiones cobradas no son tan bajas ni los rendimientos tan altos como podrían ser. El capítulo concluye con algunas recomendaciones de política que se derivan del análisis.

VII.1 El debate sobre sistemas de reparto y de capitalización

La llamada “privatización” de los sistemas de pensiones ha sido criticada en varios sentidos. Para empezar, uno de los argumentos clásicos para defender los esquemas públicos de seguridad social, surge del reconocimiento de los rendimientos a escala en la administración de fondos de pensiones.

Como se explica en CISS (2002), en general, hay rendimientos crecientes a escala cuando los costos por unidad del producto —costo promedio— disminuyen conforme se incrementa el volumen de lo producido. Esto provoca que para la empresa dentro del mercado sea óptimo expandir la producción, esto es, brindar un número muy grande de servicios.

En este caso, la industria tendería a una estructura monopólica, en la que sólo sobreviviría una empresa o un grupo muy reducido de ellas, operando a gran escala con costos unitarios muy bajos. Quienes intentaran entrar a la industria, tendrían que producir poco y, por tanto, con costos promedio elevados, con lo cual no podrían competir.

Sin embargo, una vez monopolizado el mercado, la política de precios que siguiera una empresa privada con este poder, difícilmente, correspondería con lo óptimo para la sociedad. En tal situación, el Estado podría reservarse la producción de este tipo de bienes, para evitar que cayera en manos de empresas con fines de lucro.

Precisamente, si la industria se dividiera en varias empresas administradoras de fondos de pensiones, como cada una sólo tendría una participación pequeña del mercado, no sería posible obtener los costos promedio más bajos que se derivan de las economías de escala, y las comisiones cobradas a los cuentahabientes, no podrían ser tan reducidas como los costos de administración de un gran esquema estatal que operara el total de las cuentas, incluso si las empresas no ejercieran su poder monopólico.

Aquí surge una segunda crítica, pues una vez privatizada la industria, la tendencia hacia una situación poco competitiva o monopólica plantea un reto en términos de regulación del mercado que parece no estarse superando, pues no se percibe que las comisiones cobradas por las administradoras sean bajas.

Una tercera crítica a los esquemas de pensiones reformados, es que el rendimiento ajustado por riesgo que se pagan sobre los fondos en los regímenes de capitalización, no son tan elevados como los que es posible obtener en los sistemas de reparto.

Varias son las razones de esto. Una de ellas es que los administradores de las cuentas en los regímenes de capitalización pudieran no tener los incentivos económicos para gestionar buenos rendimientos al invertir los fondos.

Otra razón que también incide en que sean elevadas las comisiones cobradas por la administración de fondos, es que los cuentahabientes en un sistema de pensiones, no responden de manera significativa a las diferencias entre las administradoras en cuanto a los rendimientos pagados sobre los fondos o los niveles de las comisiones cargadas.

Se dice que se observan pocos traspasos de cuentas entre administradoras de fondos de pensiones, a pesar de que en ocasiones algunas son evidentemente más caras que otras o rinden peores gestiones financieras sobre los fondos que invierten. Esto quizá, porque las comparaciones necesarias para que un cuentahabiente pudiera tomar una decisión bien informada son técnicamente complejas y escapan de las posibilidades de la mayoría de los trabajadores.

VII.2 Conceptos fundamentales y marco de análisis

En este capítulo se considera como "seguridad social", lo relacionado con pensiones de vejez, de invalidez y de sobrevivencia financiadas con aportes obligatorios o con transferencias fiscales.

Se definen como "administradoras de pensiones" aquellas organizaciones públicas o privadas, con o sin fines de lucro, que prestan servicios a miembros de la seguridad social, sea en su vida activa o pasiva. Por tanto, se incluye entre ellas a las aseguradoras que venden seguros de retiro o rentas vitalicias a los pensionados, a las AFORE, AFP, AFJP, AFPC o AFAP que prestan servicios a los aportantes activos y a los pensionados.¹ También, se incluye a las organizaciones estatales que han sido dotadas de un monopolio legal para prestar estos servicios a un grupo de miembros.

Las administradoras de fondos de pensiones se constituyen en actores importantes dentro de los esquemas de seguridad social debido a dos mandatos del Estado:² por un lado, al obligar a ciertos grupos de trabajadores a contribuir con un porcentaje de su salario a un sistema de pensiones de vejez, de invalidez y de sobrevivencia; y, por otro, al obligarlos a adquirir servicios de un conjunto de organizaciones —una "industria"— dedicado a la administración de pensiones bajo reglas fijas por el Estado.

Es obligación del Estado asegurarse que sea positivo el resultado neto de beneficios y cargas asociado a estos mandatos.

VII.2.1 Determinantes financieros de la calidad de un mandato de seguridad social

Los beneficios sociales netos que presta el mandato a los trabajadores depende, entre otras cosas, de los parámetros financieros del sistema, entre los cuales destacan: la modalidad de asignación del riesgo financiero agregado entre cuentahabientes y otros miembros de la sociedad, el menú de instrumentos financieros disponibles y los instrumentos en que el Estado en realidad permite invertir.

VII.2.1.a Modalidad de asignación del riesgo financiero agregado

En un sistema de pensiones, por ejemplo, puede darse un choque demográfico o económico que reduce el valor presente esperado de los flujos de ingresos del plan. ¿Qué hacer con esa pérdida o ganancia? ¿Cómo distribuirla en la sociedad? ¿Quién gana y quién pierde?

Las modalidades más conocidas para asignar este riesgo agregado en la sociedad son el beneficio definido y la contribución definida, pero existe un menú más amplio de opciones. Las definiciones económicas que ofrece Valdés (2002) son:³

Contribución definida (CD): el riesgo financiero agregado del plan se transmite a sus cuentahabientes, solamente, en proporción al valor del acervo de derechos individuales a pensión que posee cada uno.

Beneficio definido (BD): no se transmite porción alguna del riesgo financiero agregado del plan a los miembros pensionados.

¹ En ocasiones, se utilizará la abreviación AFP para hacer referencia, en general, a las administradoras de fondos de pensiones, aunque en cada país la abreviatura correcta puede ser cualquiera de las mencionadas en el texto.

² La justificación de este tipo de mandatos estatales se discute en CISS (2002).

³ Advertimos al lector que estas definiciones son originales de este autor. Otros intentos de definir BD y CD nos han parecido menos satisfactorios. Por ejemplo la ofrecida por Bodie, Marcus y Merton (1988) los lleva a afirmar que "por naturaleza, los planes CD son de capitalización" (p. 144), lo que ha sido desmentido por los planes de cuentas imaginarias creados en Italia en 1995 y copiados después en Polonia, Letonia y Suecia.

Estas definiciones implican que los planes capitalizados introducidos en América Latina en los años 90, son de contribución definida para los cuentahabientes activos y pasivos que han elegido retiro programado o mensualidad vitalicia variable.⁴ El plan transmite riesgo en proporción al valor del acervo de derechos individuales a pensión que posee cada cuentahabiente.

En cambio, los cuentahabientes que eligen como modalidad de pensión la renta vitalicia fija, se acogen a un beneficio definido, pues no sufren ni ganancias, ni pérdidas, cuando varían los resultados de la inversión, ni cuando ocurre algún choque demográfico. Todo ese riesgo es absorbido por los accionistas de la compañía de seguros de vida que vendió la renta vitalicia.

En un plan de pensiones estatal de beneficio definido, los pensionados también están eximidos —mientras la ley no cambie— del riesgo financiero agregado. Éste es transferido a quienes pagan los impuestos si éstos se elevan, a los beneficiarios del gasto público si éste se reduce, o a las generaciones futuras si aumenta la deuda pública. En la práctica, cuando las pérdidas financieras agregadas que causa el plan al fisco son excesivas, es habitual que una nueva ley lo reforme y rebaje los beneficios, ya sea elevando la edad legal de retiro, aumentando las exigencias para una pensión anticipada o reduciendo el grado de indización de las pensiones en curso de pago.

Se debe aclarar que la “exención” que ofrece un plan de beneficio definido a los pensionados, se refiere exclusivamente a los riesgos financieros agregados a nivel de todo el esquema. Los miembros de un plan de beneficio definido continúan expuestos a los riesgos individuales. Por ejemplo, el riesgo de que el ingreso laboral resulte bajo en lo que queda de la vida laboral, implica que el monto de la pensión puede ser menor que el esperado.

El diseño del plan, elegido también por las autoridades del Estado, puede mitigar o agudizar estos riesgos individuales. Por ejemplo, el impacto de éstos es mayor en aquellos planes de beneficio definido, cuya fórmula de prestaciones usa sólo el promedio de los últimos 2 años de salario para determinar la pensión, que si toma 15.⁵

Otro riesgo individual se refiere al evento de cambiar frecuentemente de empleador. En un sistema con planes fragmentados de beneficio definido, como el de los planes de empleador de los Estados Unidos, el holandés y el suizo, o en el caso de los planes de los empleados públicos en diversos países latinoamericanos, el trabajador pierde una parte de sus derechos de pensión cada vez que cambia de empleador.

Por supuesto, los miembros de un plan de contribución definida también están expuestos a los riesgos individuales.

VII.2.1.b El menú de instrumentos financieros disponibles

Se trata aquí del conjunto de instrumentos financieros donde podrían ser invertidas las aportaciones de los trabajadores cubiertos. En un país determinado, éste puede incluir a algunos o a todos los enumerados en el Cuadro VII.1.

Un menú más variado permite al plan de pensiones diversificar el riesgo financiero agregado en mayor medida, y por esa vía permite otorgar pensiones más seguras a cambio de aportaciones más pequeñas, debido a que se puede incrementar el rendimiento esperado sin asumir más riesgo.⁶

El primer “instrumento” indicado por el Cuadro VII.1 es propio del financiamiento por reparto, que respalda las promesas de pagar pensiones con impuestos futuros sobre la masa de ingreso laboral futuro de trabajadores cubiertos. Este “instrumento” exhibe bajo riesgo en la frecuencia anual, en comparación a otros instrumentos financieros, sin embargo, sufre de “riesgo político”, porque en la frecuencia de las décadas es común que los Estados modifiquen las tasas de contribución y de reemplazo del plan de pensiones. También está sujeto a otros riesgos, como el demográfico, de aumento del desempleo y de menor crecimiento de la productividad laboral que lo esperado. Estos choques reducen el flujo de respaldo vía un menor número de los trabajadores y salarios cubiertos.

El menú de activos alcanzable por un plan capitalizado, está integrado sólo por los instrumentos numerados del 2 al 7 en el Cuadro VII.1. Como se observa,

⁴ Esta modalidad sólo existe en Bolivia, que la copió de las *variable annuities* que ofrece TIAA-CREF en los Estados Unidos desde 1954.

⁵ Este ejemplo muestra que un plan de beneficio definido, no permite a los trabajadores diversificar su riesgo de ingreso laboral futuro. En esto se contradice a Davis (1995), p. 231.

⁶ Se disminuye el riesgo, si se reparte la carga de huevos en las dos manos, no llevándolos todos en una sola, aunque sea la más fuerte.

Cuadro VII.1
Menú de instrumentos financieros en sistemas de reparto y capitalización

	Nombre del Instrumento	Flujo de Respaldo
1. Masa de ingreso laboral futuro de trabajadores cubiertos, desviada para financiar pensiones.	Activo "oculto" de los planes financiados por reparto (reparto puro).	Componente de la aportación obligatoria que es un impuesto puro ("impuesto oculto"). El resto de la aportación es una inversión normal.
2. Ingreso futuro, con garantía de arriendo de vivienda doméstica.	Bonos hipotecarios domésticos, con garantía de vivienda. Varias monedas, indexaciones.	Cuotas del crédito hipotecario a largo plazo, garantizadas con la venta o arriendo de la vivienda.
3. Ingreso futuro de empresas domésticas.	Bonos de empresas domésticas, de varios plazos, monedas, indexaciones y acciones domésticas.	Utilidades operacionales de las empresas domésticas.
4. Ingreso tributario futuro del gobierno doméstico.	Bonos del Estado, de varios plazos, nominal, indexado al IPC o en moneda extranjera.	Superávit fiscal primario futuro del gobierno doméstico.
5. Ingreso futuro de empresas no residentes.	Acciones y bonos de empresas no residentes, varios plazos y monedas.	Utilidades operacionales de las empresas no residentes.
6. Ingreso futuro del extranjero, con garantía de arriendo de vivienda doméstica.	Bonos hipotecarios domésticos, con garantía de vivienda. Varias monedas y plazos.	Cuotas del crédito hipotecario a largo plazo, garantizadas con la venta o arriendo de la vivienda.
7. Ingreso tributario futuro de gobiernos no residentes.	Bonos de otros Estados de varios plazos, monedas, indexados a diversos IPC extranjeros.	Superávit fiscal primario futuro de los gobiernos no residentes.

este tipo de esquemas accede a bastantes instrumentos para diversificar el riesgo de la inversión de los fondos de los trabajadores.

Las ganancias de la diversificación internacional — instrumentos 5 al 7— son mayores a medida que el país es más pequeño con relación al resto del mundo. Incluso en países relativamente grandes como Brasil, la diversificación internacional en la frecuencia de las décadas permite prestar un servicio muy superior a los trabajadores, en comparación al servicio posible con un menú limitado, por ejemplo, a los instrumentos 2 al 4.

En la actualidad, los planes capitalizados no invierten en el primer instrumento del Cuadro VII.1. Ello resulta ineficiente en principio, pues impide diversificar, lo cual, puede ser superado con un sistema de pensiones de financiamiento mixto que combine pensiones de dos orígenes: una financiada por reparto y la otra por capitalización.

Ahora bien, en muchos países, las leyes limitan o prohíben por completo a los planes de pensiones invertir en una o más de las categorías de instrumentos indicadas en el Cuadro VII.1, aunque ellos están disponibles en el mercado de capitales.

Una liberación de las restricciones de cartera de los fondos de pensiones tiene un impacto diferente cuando ésta es la única regulación. Cuando coexisten muchas regulaciones de este tipo, no es fácil justificar afirmaciones respecto a la conveniencia de liberar una sola de ellas, sin realizar un análisis detallado que tome en cuenta las interacciones entre todas.

Es posible afirmar, en cambio, que los países más avanzados han liberado casi todas estas restricciones a la vez, preservando solamente aquéllas justificadas por las garantías implícitas que el Estado otorga a los bancos de depósito.

Existen dos tipos de regulación, aplicadas exclusivamente a los fondos de pensiones, que se justifican con base en evidencia empírica y teórica:

1. En la práctica, muchas veces existe una garantía estatal implícita o explícita a favor del rescate de las compañías de seguros de retiro o de renta vitalicia, que venden pólizas a una clientela sujeta a un mandato legal de adquirirlas. Para proteger al fisco del riesgo de abuso de esta garantía por parte de las aseguradoras, se justifica imponerles regulaciones de solvencia (Shiu, 1993; Black y Skipper, 1994; Valdés, 2002).

2. También, existe una garantía estatal implícita a favor de los cuentahabientes activos de los fondos de pensiones. Por ejemplo, si un fondo de pensiones tiene el 60 por ciento invertido en acciones, y se da el desempeño observado en Japón entre 1990 y 2000, donde el precio de las acciones cayó a la cuarta parte de su valor inicial, entonces una cohorte completa de trabajadores verá caer su pensión en 45 por ciento con respecto a lo esperado. Sabiendo que por medio de una adecuada organización política, el fisco podría ser obligado a rescatarlos, unas administradoras y algunos trabajadores elegirán invertir 60 por ciento de su cartera en acciones, en vez de la cifra menor que habrían elegido en ausencia de esta garantía estatal implícita. Para proteger al fisco del riesgo de abuso de esta garantía implícita por parte de las administradoras, se justifica imponer un máximo al porcentaje de acciones que el fondo de pensiones puede mantener (Valdés, 2000).

VII.2.2 Reglas especiales para las administradoras de pensiones

El mandato estatal de que los afiliados al esquema de seguridad social deben adquirir servicios de un conjunto de organizaciones dedicadas a la administración de pensiones, bajo reglas fijadas por el Estado, es el que permite la existencia de las AFP.

Por ello, es inadmisibles la tesis de que el Estado deba limitarse a aplicar a esta industria, las reglas generales que fija a cualquier actividad económica donde la demanda es voluntaria. En efecto, si una industria ofreciera un servicio de gestión financiera de baja calidad promedio, o aplicara precios y comisiones excesivos, o realizara inversiones promocionales ineficientes, pero la demanda fuera voluntaria, es probable que esa industria se quedaría sin clientes.

Si el Estado obliga a la adquisición de servicios de esa industria, cualquiera que sea su eficiencia, entonces, también es responsabilidad del Estado reaccionar de forma óptima a los niveles observados de calidad y precios. Para hacerlo, debe considerar aplicar reglas especiales, adicionales o diferentes de aquéllas generales que rigen las actividades económicas donde la demanda es voluntaria.

Por supuesto, no quiere decir esto que se justifique cualquier regulación. Es necesario tomar en cuenta criterios de eficiencia, equidad y aún valores como la libertad económica, para juzgar si una regla especial para las administradoras de fondos de pensiones resulta benéfica para un país.

A continuación, se reseñan las regulaciones especiales que se aplican con mayor frecuencia en América Latina a los planes de pensiones, explicando sus posibles justificaciones, aunque no se discute si estas reglas son óptimas tal y como se aplican específicamente en cada país.

a. Reglas de solvencia para las Compañías de Seguros de Vida (CSV). Se aplican sólo en cuanto ellas produzcan rentas vitalicias *fijas* a trabajadores sujetos al mandato de ahorrar.

En varios países, el Estado otorga una garantía a los trabajadores de que su pensión de renta vitalicia fija será pagada aunque la CSV que eligió sufra insolvencia. Esta garantía expone al Estado, al riesgo de abuso por parte de las CSV, porque ellas son entidades de responsabilidad limitada. Si por alguna razón una CSV pierde su patrimonio, le convendrá apostar con las inversiones de allí en adelante, porque en caso de buena suerte gana la CSV y en caso de mala suerte pierde el fisco, pues la responsabilidad limitada protege a los accionistas de la CSV. Por este motivo, las CSV que produzcan rentas vitalicias fijas deberían estar sometidas a una regulación especial de solvencia.

Esas reglas incluyen limitaciones al grado de endeudamiento, normas de valorización de los activos, y normas de valorización de los pasivos, orientadas a desincentivar el riesgo de reinversión. Del mismo modo, se les obliga a valorizar sus pasivos usando tablas de mortalidad oficiales, y no elegidas por ellas mismas. En su conjunto, estas normas de solvencia son reglas especiales que ponen límites al menú de instrumentos en que pueden invertir y al peso relativo que pueden otorgar a cada uno en su cartera.

b. Reglas para la recaudación de aportes. Las cuales incentivan a las administradoras a cobrar los aportes, persiguiendo a los empleadores morosos o evasores. Entre ellas, destaca aquélla que obliga a que las comisiones sólo puedan cargarse al flujo de aportes, y no al fondo de pensiones. Esta regla fomenta la inversión en cobranzas y otros gastos legales que ayudan a aumentar la cobertura, pues si la administradora no logra recaudar aportes sufre una reducción directa de sus ingresos.

c. Reglas relacionadas con el seguro de invalidez y sobrevivencia. En todos los países existe alguna administradora que otorga el seguro de invalidez y sobrevivencia para los trabajadores. En algunos países, esa administradora cuenta con un monopolio legal, como el IMSS en México. En otros, donde la ley ha creado un cuasimercado,⁷ esa administradora es

⁷ Se crea un cuasimercado cuando la ley obliga a un grupo de personas a adquirir los servicios de una industria, como es el caso en los sistemas de pensiones en los cuales, el trabajador está obligado a contratar los servicios de una administradora de sus fondos.

la elegida por cada trabajador. Un tema que genera conflictos es la calificación de la invalidez. Puede haber abusos de la administradora contra los trabajadores y también el caso opuesto. Una resolución eficiente y equitativa de estos conflictos requiere de reglas especiales emitidas por una autoridad imparcial. Otro problema surge cuando el valor de la prima cobrada a los trabajadores es superior al costo de prestar el seguro, dejando un fuerte de margen de utilidad para la administradora.

d. Regulación de comisiones y precios. Existen casos donde la ley fija topes máximos a las tasas de comisión que pueden cobrar las administradoras de fondos de pensiones, como en Colombia y El Salvador, y otros, donde las tasas de comisión pueden ser elegidas libremente por cada administradora. También, ocurre que la estructura de las comisiones propuestas deben ser aprobadas por la autoridad, pero no el nivel, como en México.

En todos los cuasimercados, el menú de bases para cobrar comisión está fijado por ley, prohibiéndose otras opciones, entre las que está, aquélla que resulta más visible para los trabajadores y para la que tienen más sensibilidad: el “premio de entrada”, el cual, consiste en una suma de dinero a cambio de la incorporación como cuentahabiente, pagada por la administradora que lo recibe.

Otra regla especial que afecta a las comisiones en todos los cuasimercados, es aquélla que prohíbe a la administradora ofrecer más de un plan de precios a sus cuentahabientes de un mismo tipo predefinido por ley. Esto se justifica, generalmente, con el objetivo de impedir una distribución no equitativa de las comisiones entre los cuentahabientes. Uno de los principales efectos reales de esta regla es impedir que los trabajadores se agrupen en torno al empleador para negociar comisiones, impidiendo la existencia de planes colectivos como los de salud y de seguros de vida.

e. Regulación de la entrada y la salida con licitación de asignaciones iniciales. Ésta es una regla especial que afecta sólo a los cuasimercados de Bolivia y Panamá, pero también fue aplicada en Chile para la administración de una cuenta de cesantía en 2001. Consiste en que el Estado licita la asignación inicial de un determinado grupo de trabajadores y cuentahabientes, con el criterio de asignarlos al administrador que ofrezca cobrar la menor tarifa o comisión. Los trabajadores quedan libres para cambiarse a otra administradora apenas hayan sido aceptados por la administradora que gana la licitación.

Esta regla ha logrado comisiones bajísimas cada vez que se ha utilizado. El sistema funciona, porque para las administradoras que desean expandir el número

de cuentas atendidas, al mismo tiempo eliminan los costos de mercadeo y promoción para captar clientes, y no tienen que incurrir en los costos de cambio cuando atraen a los cuentahabientes que ya han elegido una administradora. El efecto es como si hubiera aumentado la sensibilidad de los trabajadores a las diferencias de comisión.

f. Reglas de búsqueda informada de rentas vitalicias. Esta es una regla que está a punto de ser aprobada en el Congreso chileno. Se trata de que el Estado dicta normas que exigen a cada cuentahabiente que aspira a adquirir una renta vitalicia pedir precios en forma electrónica y simultánea a todas las Compañías de Seguros de Vida (CSV) en operación, sin la intervención de agentes de seguros.

g. Reglas relacionadas con la gestión financiera de las administradoras. Se entiende la gestión financiera como la selección de inversiones para el fondo de pensiones.

Las administradoras de pensiones que venden cuotas de fondos mutuos o cuotas de sociedades de inversión a contribuyentes sujetos al mandato de ahorrar, y las compañías de seguros de vida que producen pensiones de retiro programado, rentas vitalicias variables o mensualidades vitalicias variables, no garantizan el valor de sus beneficios y pensiones. Transmiten todo el riesgo de las inversiones a los cuentahabientes, pues su diseño es de contribución definida.

Una de las consecuencias de esto es que si la gestión financiera aumenta el valor de los fondos más allá de lo planeado, un alto porcentaje de la ganancia —entre 70 y 100 por ciento— es captado por los cuentahabientes, y nada por los accionistas de la administradora de pensiones. Si la gestión financiera reduce el valor de los fondos en forma inesperada, un alto porcentaje —cerca al 100 por ciento— de la pérdida es con cargo a los cuentahabientes y nada es para de los accionistas de la administradora. Debido a ello, el interés directo de estos accionistas en la gestión financiera de los fondos de pensión es relativamente bajo.

Los incentivos indirectos, canalizados por la competencia, podrían reemplazar al interés directo. Para ello se requiere crear un “cuasimercado” de pensiones, es decir, permitir la existencia de múltiples administradores, y otorgar a los cuentahabientes la opción de cambiarse de una a otra. La efectividad de este diseño para que la administradora perciba un incentivo económico directo a invertir en gestión financiera, depende de que muchos cuentahabientes prefieran cambiarse a las administradoras de mejor gestión financiera. Sin embargo, tal comportamiento no se verifica empíricamente, como se explicará más adelante.

Por estas razones, varios países de América del Sur han estimado prudente agregar una regulación adicional, cuyo objetivo es evitar que un fondo de pensiones quede sin un patrón de comparación. Se trata de un mecanismo que obliga a las administradoras a elegir fondos con un perfil de riesgo comparable entre sí. Ésta es la función de la *banda de rentabilidad relativa* que impone la ley en varios países.⁸

Esta regulación aplica multas a las administradoras cuando un fondo bajo su gestión, que pertenezca a determinada clase de riesgo, obtenga una rentabilidad efectiva, pasada, inferior a un piso que está dado por la rentabilidad promedio de los demás fondos de la misma clase de riesgo, menos una cifra fijada por ley. La medida asegura que los medios de comunicación y las autoridades políticas puedan comparar correctamente el desempeño de diferentes fondos de pensiones. A su vez, los dueños de las administradoras también pueden evaluar el desempeño de sus ejecutivos financieros, comparando con el resultado obtenido por los ejecutivos de otras administradoras.

Otra alternativa para incentivar a las administradoras a invertir recursos en gestión de inversiones a una escala socialmente adecuada, consiste en definir por ley comisiones en función del desempeño relativo, y cargadas al fondo de pensiones.⁹ Las autoridades bolivianas han considerado agregar comisiones de este tipo a los contratos de concesión de las administradoras.

VII.3 Elementos destacables en la evolución de los regímenes adoptados en varios países de América Latina

En esta sección se describe cómo han evolucionado en algunos países las políticas que regulan la inversión de los fondos administrados por las AFP, además, de otros datos de interés.

Chile

A través del tiempo, el menú de activos financieros disponibles para cualquier inversionista ha ido variando significativamente en Chile. Al inicio de la década de los sesenta, sólo se podía invertir en depósitos bancarios nominales de corto plazo y en acciones locales. A partir de 1976, se inicia la liberación de tasas de interés bancarias en Chile, lo cual permite que se expanda y profundice el mercado bancario y el accionario. Desde 1976, se permiten instrumentos indexados al Índice de Precios al Consumidor (IPC), sobre la base de una nueva unidad monetaria con

devengamiento diario del ajuste inflacionario. De esta forma, para la fecha de inicio del nuevo sistema de pensiones, en 1981, el menú de activos financieros disponibles para los residentes en Chile incluía acciones domésticas, depósitos bancarios, bonos de largo plazo indexados al IPC garantizados por hipotecas y una garantía bancaria, e inversiones en el extranjero.

Durante la década de los ochenta hubo una fuerte represión financiera, sin embargo, al dictarse la ley que hizo al Banco Central de Chile autónomo del gobierno en 1989, se otorgó nuevamente la libertad para invertir en el extranjero, aunque sujeta a numerosas regulaciones que administraría el Banco Central. Durante la década de los noventa, la liberación de inversiones en el exterior fue parcialmente revertida en un par de ocasiones, aunque el rasgo dominante fueron las trabas e impuestos a la entrada de capitales externos. Recién en 1999, el Banco Central eliminó las regulaciones cambiarias, liberando las inversiones en el exterior. Así, desde 1999, el menú de activos financieros disponible para los residentes en Chile incluía acciones domésticas, acciones extranjeras, depósitos bancarios, bonos de largo plazo indexados al IPC local respaldados por diversos emisores e inversiones de renta fija en el extranjero en diversas monedas.

En su inicio en 1981, el nuevo sistema financiado por capitalización estuvo sujeto a dos fuertes restricciones financieras: se prohibió la adquisición de acciones domésticas y la inversión en el exterior. La primera, tuvo por objetivo proteger a los nacientes fondos de pensiones de la crisis de insolvencia empresarial que las autoridades detectaron desde fines de 1980. La segunda, buscó impedir que la inversión en el exterior agudizara la crisis de Balanza de Pagos que se veía venir.

La primera de estas restricciones se levantó tímidamente a partir de 1985, permitiendo invertir hasta un 10 por ciento de la cartera en acciones domésticas y, gradualmente, llegó en 2002 hasta el 37 por ciento del fondo. La prohibición de invertir en el exterior fue levantada en 1990, aún así, sólo se permitió hacerlo en renta fija denominada en moneda extranjera hasta 10 por ciento de la cartera, autorizándose en 1995 la inversión en acciones extranjeras hasta 10 por ciento del fondo, y se expandió hasta 16 por ciento el límite a la inversión total en el extranjero, la cual se elevó en 2002 hasta el 30 por ciento.

El aumento de la inversión en el extranjero ha permitido incrementar al mismo tiempo, la rentabilidad

⁸ Srinivas y Yermo (1999) denominan "performance regulation" a estas reglas.

⁹ Ver una propuesta específica en Valdés, (2002) p. 852-5.

esperada y la seguridad de las inversiones, al aprovecharse en mayor medida la diversificación internacional. En particular, se ha logrado reducir la exposición al riesgo país de Chile, que no es bajo por tratarse de un país pequeño y especializado en unos pocos sectores de la producción.

La ley chilena ha puesto otras restricciones para obtener metas adicionales, de carácter más específico, pero siempre para maximizar la rentabilidad y la seguridad de las inversiones de propiedad de los cuentahabientes.

En primer lugar, los fondos de pensiones sólo pueden invertir en aquellos instrumentos expresamente autorizados, excepto por un pequeño porcentaje eximido de esta restricción (4 por ciento). La autorización se otorga sólo cuando el instrumento financiero es de oferta pública. En segundo lugar, se exige a todos los instrumentos financieros estar "clasificados". En tercer lugar, existe un primer grupo de "límites por emisor", que pretende impedir que un fondo de pensiones pueda adquirir el control de una sociedad emisora de títulos financieros. Además, el segundo grupo de "límites por emisor" busca impedir que se concentren las inversiones en títulos de unas pocas empresas grandes o de unos pocos grupos económicos grandes.

A partir de agosto de 2002, se expandió de dos a cinco la variedad de carteras de inversión disponibles para los cuentahabientes que cada administradora está obligada a ofrecer, en un esquema llamado multifondo.¹⁰ Este esquema permite a los cuentahabientes con diferentes tolerancias al riesgo y apetito por mayores retornos esperados, elegir el portafolio que más les guste, además de adoptar reglas dinámicas simples de elección de cartera. Este esquema, también, permite a los cuentahabientes más informados aplicar estrategias dinámicas de orden especulativo, como adquirir más acciones cuando las estimen subvaloradas.

Un problema del esquema de multifondos es que eleva los costos de las administradoras, pues la calidad del servicio aumenta significativamente. Este mayor costo es social, ya sea que reduzca las utilidades sobrenormales de las administradoras o eleve las comisiones que pagan los aportantes. Además, el grueso del aumento de costos es fijo y no es función del número de afiliados, lo cual, provoca que baje la rentabilidad del negocio para aquellas AFP pequeñas, fortaleciéndose la posición de las grandes.

También, se han impuesto regulaciones sobre el desempeño financiero relativo de cada fondo, a través de una banda determinada por el promedio de las rentabilidades y un techo y un piso, respectivamente. El principal motivo para imponer la banda de rentabilidad relativa es asegurar que cada fondo se allane a pertenecer a una clase de riesgo donde existan rivales, evitando que cada fondo establezca una clase propia donde no exista comparación. La existencia de fondos comparables permite a los directores o consejos de administración de las administradoras, y a la opinión pública, evaluar la gestión financiera de un fondo determinado de una manera que ajusta por el riesgo y por la incidencia de los límites de inversión. En efecto, en presencia de bandas de rentabilidad relativa, la evaluación de la gestión financiera es simple, pues basta con comparar con los rendimientos efectivos de los demás fondos en la misma clase.

Con respecto a los rendimientos, éstos han presentado dos fases en términos reales. El Cuadro VII.2 presenta las estadísticas para tales rendimientos.

Se observa que en la segunda fase cae drásticamente el rendimiento promedio, en una cifra del orden de 7 u 8 puntos porcentuales. También, cae la desviación estándar del rendimiento, aunque por una cifra cercana a 2 puntos porcentuales anuales.

Cuadro VII.2
Rendimientos en dos fases diferentes en Chile

Período 1981 - 1993		Período 1981 - 1994	
Promedio geométrico	13.17%	Promedio geométrico	13.52%
Desviación estándar	8.80%	Desviación estándar	8.54%
Período 1994 - 2002		Período 1995 - 2002	
Promedio geométrico	5.71%	Promedio geométrico	4.24%
Desviación estándar	7.05%	Desviación estándar	5.70%

¹⁰ En mayo de 2000 se habían iniciado los multifondos en Chile, pues se expandió de una a dos el número de carteras. Sin embargo, hasta agosto de 2002 la segunda cartera (100 por ciento renta fija) sólo estuvo permitida para cuentahabientes a los que les faltaran menos de diez años para cumplir la edad legal de pensión —65 hombres y 60 mujeres.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, es claro que los fondos de pensiones no pueden rendir resultados muy diferentes de los que ofrece el menú de activos financieros disponibles, en los cuales, se les permita invertir. Por ello, las políticas macroeconómicas que gobiernan ese menú, y que afectan los rendimientos de los principales agrupaciones de instrumentos financieros, determinan la mayor parte del nivel y estabilidad del rendimiento de los fondos de pensiones. Este vínculo se atenúa, sólo cuando una parte significativa de los fondos de pensiones está diversificada internacionalmente, lo que no había ocurrido todavía en el periodo estudiado. Esto ha cambiado sólo desde 2003, cuando la inversión en el exterior ha llegado a ser el 25 por ciento de la cartera.

Perú

En 1992 se aprobó la ley que creaba el Sistema Privado de Pensiones en Perú (SPP). El SPP se estructura como un esquema de contribuciones definidas basado en cuentas individuales. Cada administradora de fondos sólo puede manejar un fondo de pensiones. La participación en el SPP no es obligatoria, ya que los trabajadores tienen la opción de permanecer en el Sistema del Gobierno (SNP).

Existen restricciones respecto de quién puede poseer acciones de una AFP, entre ellas, destaca que no se le permite a las instituciones financieras o compañías de seguros, al sistema peruano de seguridad social, las entidades que proveen de servicios de custodia a la AFP, compañías de riesgo, instituciones de ahorro y préstamos. Además, se requiere que cada AFP tenga al menos 5 accionistas que no se encuentren relacionados de alguna forma entre ellos.

La ley de SPP determina restricciones para la asignación del portafolio de fondos de pensiones manejados por las AFP. En el caso de inversiones en títulos de valores de una compañía determinada, éstos no deben exceder del 10 por ciento de los fondos o 50 por ciento de la emisión. Existen limitaciones similares para acciones, mutuales y otros tipo de inversiones. Además, las AFP sólo pueden invertir en títulos que se encuentren clasificados por al menos dos firmas calificadoras independientes.

El tamaño del mercado de las AFP en Perú es limitado. De las 8 administradoras que llegaron a existir quedan sólo 4. El número de afiliados alcanzó los 2.9 millones en 2002, con las tres primeras AFP contabilizando el 76 por ciento de ellos.

Las AFP pueden fijar libremente sus comisiones, sin tener ningún techo legal. Esta comisión debe aplicarse a todos los afiliados en forma similar. El promedio de las comisiones desde el año 2000 ha sido alrededor de 2.3 por ciento sobre las contribuciones.

Las SPP tienen un mínimo de rendimientos que proveer. La tasa anual real obtenida mensualmente por los fondos de pensiones no puede ser inferior al número menor entre: el retorno real promedio de todos los fondos de pensiones en los últimos 12 meses menos 2.5 puntos porcentuales, o 25 por ciento del retorno real promedio de los fondos de pensiones en los últimos 12 meses. Si no se alcanza el mínimo, entonces la AFP debe cubrir el déficit con sus activos. Para ello, debe constituirse una reserva legal equivalente al uno por ciento del valor de las pensiones calculadas diariamente. Al inicio de cada trimestre, las AFP deben constituir una garantía mínima a través de un banco equivalente del 0.5 por ciento del valor de las pensiones.

Los retornos reales anuales en los años desde el 2000 han sido de -6.74, 11.04, 11.25 y 6.82 por ciento, respectivamente.

Bolivia

Bolivia adoptó un sistema de pensiones sustitutivo. La ley aprobada en 1996 cerró el antiguo sistema público de pensiones, y estableció uno nuevo basado en cuentas individuales, además de un programa social llamado "bonosol" para los adultos mayores.

La industria de las AFP se dividió en dos zonas geográficas, y para cada una de ellas la autoridad asignó el mercado por licitación a una sola empresa.

Se determinó, que eventualmente los participantes serían libres de transferir sus cuentas de una AFP a la otra después de completar al menos 12 meses continuos en la misma, si cambiaban de trabajo o se movían a una localidad donde no operara su AFP, o si la AFP subiera sus comisiones. Sin embargo, recientemente, no se habían autorizado las transferencias, por lo que se han creado dos monopolios.

Por el manejo de las pensiones se carga una comisión como porcentaje de los fondos. A los servicios de afiliación, procesamiento de datos y administración se les carga una comisión que se descuenta de las contribuciones. También, se cobran comisiones sobre transacciones y custodias que toman el 0.2 por ciento de los fondos. No existe un máximo establecido para comisiones. Las comisiones promedio en los últimos años han sido de 0.5 por ciento sobre las contribuciones. Sin embargo, también existe una comisión para la prima del seguro de sobrevivencia que ha promediado 1.8 por ciento sobre las contribuciones.

Las tasas de retorno sobre los fondos han promediado en los últimos años 17 por ciento. Los activos deben ser invertidos de acuerdo a los términos legales establecidos en 1999, cuando se modificó el sistema financiero y se estableció no exceder

de 10 por ciento de los activos en títulos de inversión del mismo emisor, ni más del 40 por ciento en la misma emisión. Las inversiones en activos extranjeros no deben superar el 50 por ciento, ni ser menores al 10 por ciento del portafolio de cada fondo, siempre y cuando se hagan en instrumentos que estén calificados.

Uruguay

La ley aprobada en 1995 en Uruguay reformó el sistema de pensiones público y estableció uno privado. En éste, las administradoras de fondos existentes — llamadas AFAP— llegaron a ser 6, de las cuales, sobreviven 4. Las dos más grandes tienen el 75 por ciento de los afiliados.

Existen restricciones sobre la forma de inversión de los fondos de pensiones. Entre ellas, destaca que puede invertirse hasta el 60 por ciento de los activos en títulos emitidos por el gobierno nacional, además, de una serie larga de otras restricciones. Asimismo, existen diversas prohibiciones para las inversiones, entre ellas, que no se puede invertir en fondos de otras administradoras, títulos emitidos por compañías de seguros, títulos emitidos por compañías extranjeras, excepto intermediarias que operan en Uruguay, ni en otros activos similares.

El sistema garantiza un mínimo de rendimientos. La tasa real de retorno del fondo no puede quedar debajo de lo que sea menor, el 2 por ciento anual, o bien, la tasa promedio de retorno anual de todo el sistema, menos 2 puntos porcentuales. Para garantizar tales rendimientos, cada AFAP debe constituir un fondo de excesos de retornos. Este fondo no puede ser superior al 5 por ciento del valor del fondo por más de un año. Además, se requiere que las AFAP formen un fondo especial de reservas, que debe ser equivalente al menos al 0.5 por ciento del valor de los recursos administrados, sin que supere el 2 por ciento. En el caso de que estos fondos no alcanzaran a cubrir el mínimo garantizado, el Estado cubrirá la diferencia.

México

Con la reforma de la Ley del Seguro Social aprobada en 1995 y que entró en vigencia en 1997, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) continuó con las labores de recaudación de las aportaciones obligatorias, pero se separó de sus funciones, el administrar los fondos para el retiro, esto es, se creó una industria privada dedicada a este propósito.

El nuevo marco normativo originó la aparición de Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES), quienes administran las cuentas individuales del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez en

la etapa de acumulación. También, se agregan en la cuenta individual, los recursos del SAR, un sistema que data de 1992 y es un antecedente de reforma en el cual se crean cuentas individuales para los trabajadores. La contribución al SAR es del 2 por ciento del salario.

También, se crearon Sociedades de Inversión Especializadas en Fondos de Ahorro para el Retiro (SIEFORES), las cuales, tienen como función invertir los recursos provenientes del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, al igual que de las aportaciones voluntarias. Las SIEFORES están constituidas por las AFORES, quienes aportan el capital y su manejo. Según la ley, las AFORES pueden operar varias SIEFORES con diversos riesgos, y los trabajadores tienen el derecho de elegir a través de su AFORE cómo canalizar los recursos y la proporción de los mismos entre SIEFORES, aunque esto aún no se encuentra desarrollado y sólo se ofrece un régimen de inversión único para todas las administradoras.

Los fondos de inversión se subdividen a su vez en otros dos fondos, el de Inversión Básica y el de Inversión de Aportaciones Voluntarias. Éstos se encuentran regulados en cuanto a sus inversiones, pudiendo invertir un mínimo del 51 por ciento en instrumentos denominados en pesos mexicanos, cuyos intereses garanticen un rendimiento igual o mayor a la variación en unidades de inversión o del Índice Nacional de Precios al Consumidor, y hasta un máximo del 10 por ciento en instrumentos en moneda extranjera. De igual forma, pueden invertir hasta el 100 por ciento en instrumentos emitidos por el gobierno federal mexicano o el Banco de México, al igual que hasta el 100 por ciento en los emitidos por empresas privada y/o instituciones de crédito si cuentan con calificación AAA, o hasta el 35 por ciento si tienen menor calificación, entre otras regulaciones.

Inicialmente, la industria de las AFORES contó con 17 empresas, de las cuales, quedaban sólo 11 a finales de 2001, habiéndose presentado la participación del capital extranjero en todas ellas. Por otra parte, la mayoría de las AFORES pertenecen también a los grupos financieros más importantes del país, por lo que cuentan con sinergias en cuestiones de infraestructura, sistemas de información, negociación, proveedores y otras.

Las comisiones cobradas por las AFORES pueden fijarse sobre el valor de los activos administrados, el flujo de las cuotas y aportaciones recibidas, el rendimiento de las inversiones o sobre una combinación de estos conceptos. Como la mayoría de las AFORES utiliza una mezcla de los distintos tipos de cobros posibles, la estructura de comisiones es muy compleja de entender por los trabajadores, a pesar de que la forma de cobrar de una administradora tiene

que ser autorizada por la Comisión Nacional de Sistemas de Ahorro para el Retiro (CON SAR). Las comisiones equivalentes son aproximadamente del 2.07 por ciento sobre el flujo, o del 1.15 por ciento sobre el saldo a 25 años. Los trabajadores pueden traspasarse a otra AFORE después de un año de permanencia, y si hay incrementos en las comisiones.

VII.4 Estructura de mercado de la industria de las administradoras de fondos de pensiones: los casos de Chile y México

En esta sección, primero, se busca confirmar hasta dónde llega la insensibilidad de los cuentahabientes a las diferencias entre las AFP, en cuanto a los rendimientos que ofrecen y las comisiones que cobran. Luego, se verifica la magnitud de las economías de escala en la industria de las administradoras de fondos, y se identifican las fuentes de ventajas de costos entre estas empresas. El estudio se basa en los casos de Chile y México. Antes de entrar en materia se describe el ambiente competitivo y el nivel de las comisiones que se han observado.

El conocimiento adquirido permitirá comprender las características del equilibrio en la industria de las AFP y, por tanto, hacer algunas recomendaciones de política que permitan optimizar el desempeño del sistema en cuanto a comisiones cobradas y rendimientos ofrecidos.

VII.4.1 Descripción del ambiente competitivo y el nivel de las comisiones

El sistema de pensiones chileno experimentó una impresionante explosión de los traspasos de cuentas durante la primera mitad de la década de los noventa. Se llegó a que más de un 60 por ciento de los cotizantes se cambiara de AFP anualmente. Es decir, en promedio permanecían sólo 20 meses en una misma administradora. Estos niveles de rotación eran vistos por la autoridad como dañinos, ya que obedecían fundamentalmente a la labor de los vendedores, quienes ofrecían premios en especie, no en efectivo, a los afiliados que aceptaran traspasarse. Aunque se burlaba la regulación que exigía uniformidad de precios entre los afiliados de una misma AFP, ello constituía en realidad un descuento.

Sin embargo, se argumentaba que esta forma de competencia era ineficiente, por cuanto consumía abundantes recursos en labores promocionales y en la remuneración de los vendedores, disipando las rentas de las administradoras y obligándolas a cobrar comisiones altas para sostener la guerra comercial en la que estaban envueltas.¹¹ Se decía, que la única forma de mantener un stock de afiliados constante —la participación de mercado—, era revirtiendo las salidas generadas por vendedores rivales, a través de las entradas que generaban los promotores propios.

Este tipo de competencia parecía no traducirse en beneficios directos para los afiliados, al menos en términos de menores precios o de mayores rentabilidades de los fondos bajo administración. Por el contrario, se argumentaba que la inversión comercial realizada por las AFP —considerada como la suma de los gastos comerciales y de la remuneración del personal de ventas—, que consumía en 1997 un 36 por ciento de los ingresos por comisiones, era financiada mediante comisiones elevadas, aprovechando la aparente insensibilidad de los afiliados frente a ellas.¹²

Con todo, la guerra comercial, sí tuvo efecto en las utilidades de las AFP. A partir de 1996, los dueños de las AFP que sufrieron pérdidas debido a la alta rotación, optaron por venderlas a rivales, iniciando una ola de fusiones. Otras AFP mantuvieron altos beneficios durante todo este período.

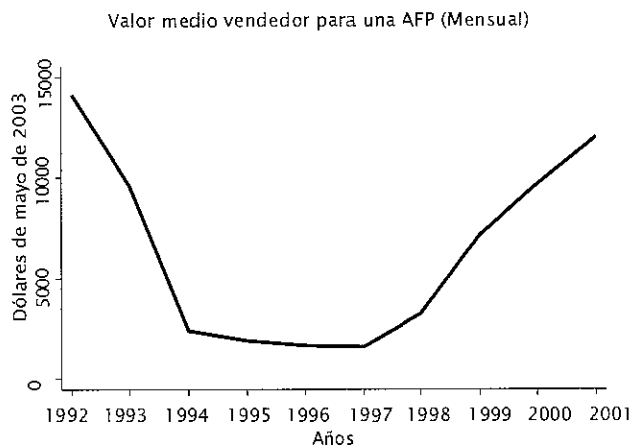
En junio de 1997, el gobierno de Chile presentó al Congreso un proyecto de ley para desregular parcialmente las comisiones regulares de las administradoras, legalizando los descuentos. El objetivo era obligar a las AFP a competir más vigorosamente en precios, esperando que los menores márgenes redujeran su necesidad de vendedores. Además, la mayor flexibilidad de precios buscaba rebajar las barreras de entrada a la industria de las AFP, reduciendo las rentas sobrenormales que recibían algunos operadores. Así, la desregulación significó una amenaza para la continuidad de los beneficios de ciertas AFP.

¹¹ Sin embargo, Valdés (2002) sostiene que en ocasiones la labor de los vendedores podía ser socialmente beneficiosa, por cuanto eran un canal de información valiosa para los afiliados. También, Valdés (1999) advierte, que los mensajes comerciales no son siempre valiosos. Marinovic (2000) también encuentra alguna evidencia a favor de la labor informativa de los vendedores, entre los afiliados de más altos ingresos.

¹² La desinformación de los afiliados revelada por una encuesta tomada por la SAFFP, el año 2001 era casi total. En efecto, sólo un 8 por ciento de los encuestados respondía razonablemente sobre el nivel de las comisiones. Asimismo, poco más de un 10 por ciento de los encuestados indicaba que su elección de AFP era motivada por el nivel de las comisiones regulares, a pesar de que se observan diferencias en la comisión porcentual de hasta 40 por ciento para un servicio aparentemente homogéneo.

Se presentó entonces un fuerte despido de vendedores, a pesar de que se incrementó su productividad como se aprecia en la Gráfica VII.1, la cual, muestra la rentabilidad para las AFP de contratar agentes de ventas, derivada del cálculo del valor producto medio neto por vendedor.¹³

Gráfica VII.1
Rentabilidad media de un vendedor en Chile



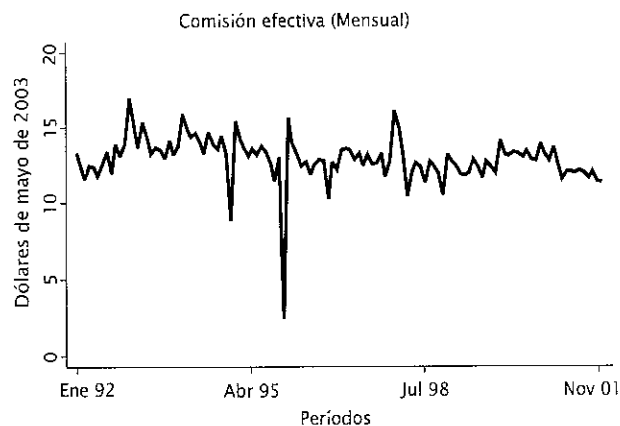
Fuente: Elaboración propia; Datos SAFP.
Valor Producto Medio Neto = Valor Medio - Remuneración Media

Parecería que se presentó una colusión monopsonía entre las AFP, esto es, un acuerdo para contratar menos vendedores y reducir la remuneración que en promedio se les pagaba, pues la contratación de vendedores era una actividad rentable para cada administradora actuando por separado, y a pesar de ello, los despidieron.

Se ha planteado la hipótesis de que una eventual colusión para despedir vendedores podría estar socialmente justificada, si conduce a una baja de las comisiones cobradas a los trabajadores en un monto equivalente a la reducción en los costos de venta.

Sin embargo, en la Gráfica VII.2 se aprecia que se ha mantenido relativamente estable en el tiempo el costo previsional efectivo,¹⁴ el cual, toma en cuenta el descuento implícito en los premios que antes daban los vendedores, aunque la comisión regular haya declinado. En particular, la comisión efectiva no cayó desde noviembre de 1997 en adelante.

Gráfica VII.2
Comisión efectiva promedio en Chile



Fuente: Elaboración propia; Datos SAFP.
Comisión Efectiva = Comisiones - Premio/Permanencia.

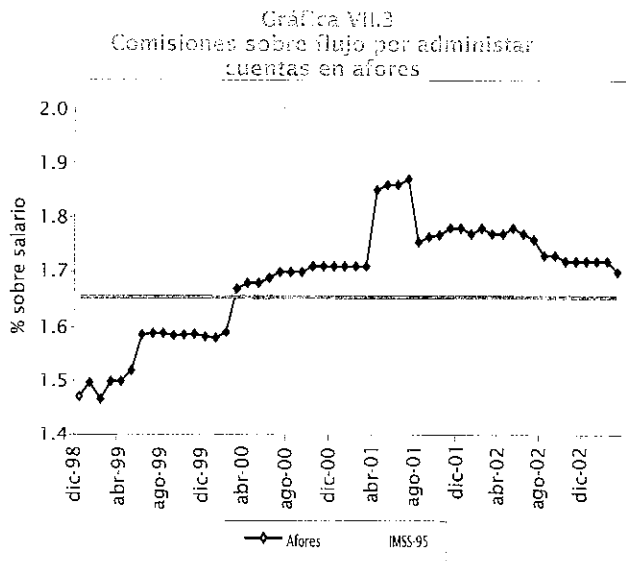
Lo anterior indica, que en la práctica los afiliados no han sido favorecidos por los cambios regulatorios. El costo previsional efectivo que están soportando en 2001 los trabajadores chilenos, es muy similar al que prevalecía antes de la intervención regulatoria de 1997-98. La hipótesis de que una eventual colusión para despedir vendedores se justificaría con una rebaja de comisiones cobradas a los trabajadores debe descartarse, porque ésta no ocurrió.

En el caso de los cobros de las administradoras mexicanas por sus servicios, en la Gráfica VII.3 se muestra que el sistema de seguridad social que arrancó en 1997, inició operando con costos más bajos por el manejo de los fondos de los trabajadores, que lo que le costaba al IMSS administrar los seguros de pensiones. Sin embargo, a partir del segundo trimestre de 2000, el esquema de AFORES implantado por la reforma se volvió más costoso.

En la gráfica se presenta la evolución de las comisiones que cobran las administradoras de fondos para el retiro, las AFORES, sobre el flujo de depósitos que reciben en las cuentas de los trabajadores para el financiamiento futuro de sus pensiones. Como algunas de estas empresas cobran sus comisiones sobre el saldo acumulado, la Comisión Nacional de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, CONSAR, calcula el promedio de una comisión equivalente sobre flujo bajo el supuesto de que el trabajador permanezca cinco años con la AFORE en cuestión.

¹³ El valor producto medio de un vendedor se define como la diferencia entre el ingreso por comisiones que le trae el vendedor promedio a la AFP, dado el tiempo promedio que permanecerá un nuevo cliente, menos la remuneración pagada al vendedor.

¹⁴ Entendido como la diferencia entre el costo previsional anual regular, esto es, las comisiones cobradas por la AFP, y la razón premio/permanencia. Esta medida toma en cuenta el descuento implícito que recibe un nuevo afiliado cuando se le otorga un premio de entrada.



Fuente: Con información oficial del CON SAR y del IMSS.

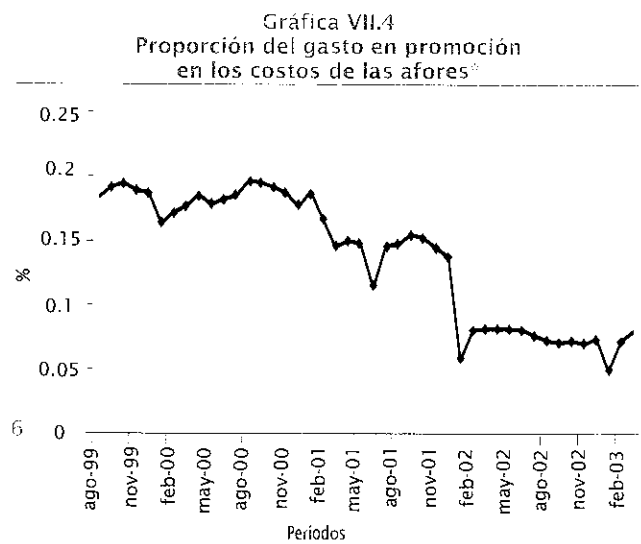
También, se presenta lo que en 1995 le costaba al IMSS el manejo de los seguros de riesgo del trabajo y de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte. Se suman todos los gastos que no sean el monto de las pensiones y otras prestaciones otorgadas y se expresan como porcentaje de la nómina total de los asegurados.

Como se aprecia, las comisiones de las AFORES comenzaron a reducirse desde agosto de 2001. Sin embargo, desde marzo de 2000 se mantienen por encima de lo que le hubiera costado al IMSS administrar los seguros de pensiones.

Otro aspecto de la organización industrial de las AFORES es la importancia de la promoción. En este sentido, más adelante, también se verificará que entre mayor sea el peso de las actividades de promoción de una AFORE, menores serán sus costos.

Como se observa en la Gráfica VII.4, los gastos en promoción tenían un peso muy importante en las etapas iniciales del nuevo sistema de pensiones mexicano. Sin embargo, a partir del primer trimestre de 2001, estas empresas dedican cada vez menos a este rubro.

Hasta finales de 2000, la promoción —publicidad y acciones de los agentes promotores— representaba aproximadamente el 20 por ciento de los costos de las AFORES. De hecho, la información sobre el número total de promotores presentada por García y Rodríguez (2003), sugiere que el porcentaje del gasto en promoción fue incluso sustancialmente mayor que esta cifra durante 1997 y principios de 1998, es decir, en los primeros meses de operación del nuevo sistema.



* Los gastos de promoción incluyen las remuneraciones y prestaciones a personal de promoción.
Fuente: Con información oficial de CON SAR.

Pero a partir del segundo trimestre de 2002, este rubro se ha estabilizado en un nivel equivalente al siete por ciento de los costos de las AFORES .

El sistema mexicano inició operando con 17 AFORES, las cuales, se fueron reduciendo hasta 11 a finales del año 2002, mediante un proceso de fusiones en el que fueron prevaleciendo las administradoras de mayor tamaño.

VII.4.2 La demanda de servicios de AFP por parte de los trabajadores

Se sabe que los vendedores y, en general, las actividades de promoción son determinantes en los traspasos que se dan entre las AFP o las AFORES, pero queremos saber si las comisiones y la gestión financiera también influyen en los cambios, y si la magnitud de esa influencia es suficiente o no para dar incentivos económicos a las administradoras.

Por ello, en este apartado se presentan estimaciones de la demanda de las AFP chilenas con datos mensuales para el período que va de enero de 1992 a abril de 2002, para identificar estadísticamente las variables que determinan la elección de AFP por parte de los afiliados al sistema. Del mismo modo, se reporta sobre un ejercicio similar para las administradoras mexicanas, con datos trimestrales del primero de 1998 al segundo de 2003.

En el caso chileno se plantean dos ecuaciones: una para los traspasos positivos y otra para los negativos. Para México, se contemplan tres: además de las correspondientes a traspasos recibidos y cedidos, una para los que eligen AFORE por primera vez.

Los resultados en el Cuadro VII.3, sugieren que los traspasos en el sistema previsional chileno habrían estado motivados fundamentalmente por la labor de los vendedores y por los premios de entrada. Por el contrario, ni la rentabilidad, ni las comisiones, ni los acervos de marca comerciales¹⁵ tienen un efecto estadísticamente claro sobre los traspasos.

Los resultados de las estimaciones para México son similares en cuanto a la importancia del número de vendedores y de las actividades de promoción, así como con relación a la influencia más directamente relacionada con el valor futuro de las pensiones, a saber, las comisiones y el rendimiento de gestión, sin embargo, es importante destacar el cambio que se observa a partir del tercer trimestre de 2001.

En las Gráficas VII.5 y VII.6 se observa, que hasta antes de esa fecha, tal y como ocurría en Chile, los

traspasos a favor no respondían a la comisión que las AFORES cobraban, relativas a la competencia, ni al rendimiento obtenido por la inversión de los fondos, relativo al gestionado por los rivales.

Sin embargo, a partir del tercer trimestre de 2001, la demanda se vuelve sensible al cobro de comisiones y al rendimiento obtenido por la AFORE, aunque el grado de sensibilidad no es grande, como se aprecia en la escala horizontal de las gráficas, que mide el número de traspasos trimestrales para la AFORE promedio.

¿Qué ocurrió a partir de esa fecha? Para empezar, y como se mostró en la Gráfica VII.3, precisamente ésta corresponde con el punto de inflexión en la trayectoria de las comisiones, a partir del cual comenzaron a descender.

Cuadro VII.3
Ecuación de traspasos de entradas para todas las AFP de Chile y para Cuprum por separado

Variable	Pre Reforma	Post Reforma	Cuprum Pre	Cuprum Post
Entradas hace un año	0.69 (0.00)	0.33 (0.00)	0.75 (0.00)	0.53 (0.00)
Número de vendedores	1.27 (0.00)	1.98 (0.00)	1.33 (0.00)	1.19 (0.02)
Acervo de marca comercial	0.066 (0.71)	0.516 (0.38)	- 0.160 (0.00)	- 0.498 (0.00)
Comisión porcentual relativa a rivales	91 (0.41)	85 (0.77)	- 137 (0.03)	- 562 (0.07)
Comisión fija relativa a rivales	156 (0.34)	- 493 (0.40)	- 27 (0.46)	- 271 (0.11)
Rendimiento relativo a rivales	136 (0.22)	2359 (0.34)	176 (0.05)	- 995 (0.00)
Valor de premios de entrada* número de vendedores	0.727 (0.00)	1.44 (0.00)	0.181 (0.00)	0.384 (0.00)
R ² ajustada	0.97	0.74	0.96	0.82

Entre paréntesis están los valores p. Convencionalmente, el valor p debe ser inferior a 0.05 para que el coeficiente sea estadísticamente distinto de cero.

En negrita, coeficientes significativos y con signo esperado. En amarillo ocre, coeficientes significativos y con signo erróneo (contrario al esperado).

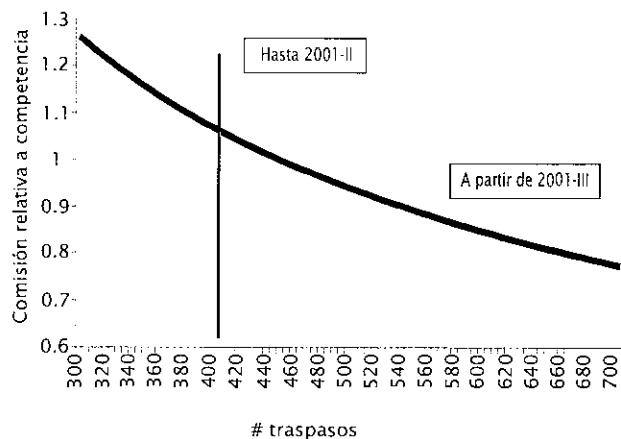
Método de Mínimos Cuadrados Ordinarios para un panel con efectos fijos.

¹⁵ El acervo o stock de marca comercial, se define como el saldo acumulado de gasto en actividades de promoción, suponiendo que el nivel se deprecia mensualmente a una tasa fija. Es decir, que si la AFP no gasta en su promoción, su capital de marca se va erosionando.

Gráfica VII.5

Demanda de afores: traspasos trimestrales a favor como función de comisión equivalente sobre flujo relativa a competencia.

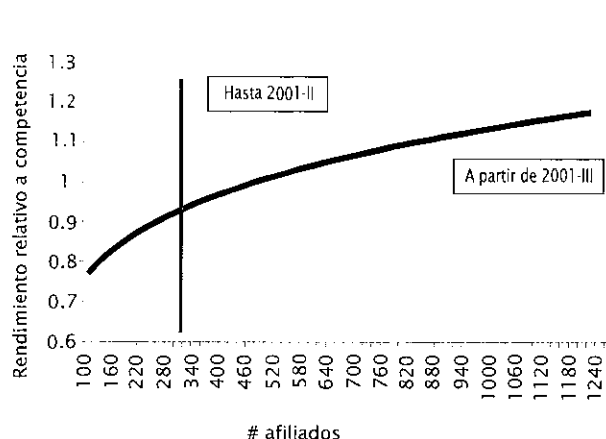
Cuarto trimestre de 1998 a segundo trimestre de 2003



Gráfica VII.6

Demanda de afores: traspasos trimestrales a favor como función de tasa de rendimiento de gestión relativo a competencia.

Cuarto trimestre de 1998 a segundo trimestre de 2003



De igual forma, es importante destacar que las cuentas de todos los trabajadores que no habían elegido AFORE hasta el mes de junio de 2001, es decir, durante los primeros cuatro años del sistema reformado, fueron asignadas de acuerdo a un criterio que tomaba en cuenta, principalmente, la comisión equivalente sobre flujo que cobraba la AFORE y el rendimiento acumulado en los fondos administrados desde el inicio del sistema. Además, en junio de 2002 se realizó otra asignación que comprendió las cuentas de quienes no eligieron administradora y que ingresaron al sistema desde julio de 2001, en la cual, prácticamente, sólo se consideró el criterio de qué AFORES cobraban las más bajas comisiones equivalentes sobre flujo, a cinco años. A partir de entonces, las nuevas cuentas de los que no ejercen su derecho a elegir administradora son asignadas bimestralmente.

Este proceso ha despertado una muy viva discusión pública sobre las comisiones que cobran las AFORES y los rendimientos que obtienen, la cual, parece haber influenciado a los patrones de demanda.

Con respecto a los traspasos de salidas, en el caso de Chile, los resultados son similares a los de entradas, como se aprecia en el Cuadro VII.4. Nuevamente, se advierte la robustez del parámetro asociado al número de vendedores, aunque en este caso, en el período post reforma, deja de ser significativo para el panel. Las comisiones no son significativas. Los gastos comerciales y la rentabilidad sólo resultaron significativos para la ecuación de Cuprum.

En el caso de México, los resultados para traspasos cedidos son muy parecidos a los chilenos. Éstos no dependen de las comisiones cobradas por las AFORES, ni antes ni después de 2001. En el caso del rendimiento pagado sobre los fondos, hasta el segundo trimestre de 2001, de hecho, se observaba lo contrario a lo esperado, esto es, entre mayor era éste, más traspasos de salida se sufrían, mientras que a partir del tercer trimestre de 2001, se identifica un patrón más de acuerdo con la lógica de una demanda de servicios: una mejor gestión financiera hace que salgan menos cuentahabientes. Esto se muestra en la Gráfica VII.7.

Finalmente, en México, el número de nuevas cuentas de trabajadores que eligen AFORE por primera vez que obtiene una administradora, no responde al rendimiento que ésta ofrezca por los fondos que maneje, pero depende, negativamente, del nivel de las comisiones que cobre relativo a su competencia, lo cual, se muestra en la Gráfica VII.8. Esta relación es igual antes y después del segundo trimestre del 2001.

Las estimaciones de la demanda chilena de los servicios de las administradoras de fondos de pensiones, confirman con solidez, que la competencia en el sistema de AFP se da a través de la fuerza de ventas. Casi la totalidad de las diferencias en el nivel de traspasos provienen de diferencias en el número de vendedores. Este efecto, además, pareciera ser independiente de lo que ocurra con otras variables.

¹³ No se descarta que los efectos de esas variables operen potenciando o reduciendo la productividad de los vendedores, como encontró Marinovic (2000) con una especificación más compleja y una muestra más reducida. En todo caso, los efectos son pequeños en magnitud.

Las comisiones y la gestión financiera parecieran tener efectos nulos, o por lo menos ambiguos en los traspasos recibidos o cedidos por las AFP.¹⁶ Este resultado es compatible con que durante el período

hayen subsistido diferencias en las comisiones porcentuales tan elevadas entre las AFP —persistentes en el tiempo— y explica que, en general, las comisiones sean relativamente altas con relación a los costos.

Cuadro VII.4
Ecuación de traspasos de salidas para todas las AFP de Chile y para Cuprum por separado

Variable	Pre Reforma	Post Reforma	Cuprum Pre	uprum Post
Salidas hace un año	0.71 (0.00)	0.48 (0.00)	0.78 (0.00)	0.37 (0.00)
Número de vendedores	0.84 (0.00)	-0.80 (0.11)	1.35 (0.00)	1.56 (0.07)
Acervo de marca comercial	-0.008 (0.77)	0.009 (0.90)	0.051 (0.02)	0.269 (0.03)
Comisión porcentual relativa a rivales	117 (0.46)	-193 (0.49)	-44 (0.30)	-362 (0.33)
Comisión fija relativa a rivales	358 (0.04)	330 (0.56)	-15 (0.57)	-42 (0.85)
Rendimiento relativo a rivales	0.0 (1.00)	-2387 (0.33)	-136 (0.03)	-1454 (0.00)
Valor de premios de entrada* número de vendedores	0.187 (0.00)	0.609 (0.00)	0.059 (0.00)	0.192 (0.00)
R ² ajustada	0.97	0.77	0.95	0.73

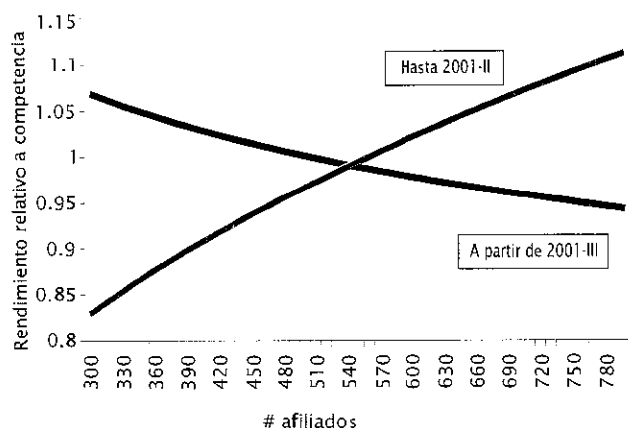
Entre paréntesis, valores p. En negrita coeficientes significativos y con signo esperado.

Método de Mínimos Cuadrados Ordinarios para un panel con efectos fijos.

Gráfica VII.7

Demanda de afores: traspasos trimestrales cedidos como función de tasas de rendimiento de gestión relativo a competencia.

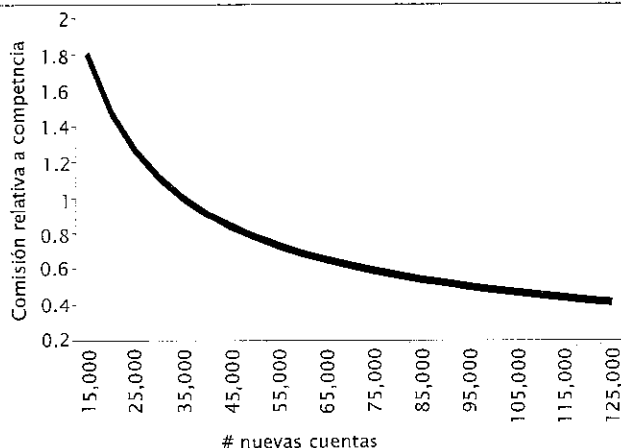
Cuarto trimestre de 1998 a segundo trimestre de 2003



Gráfica VII.8

Demanda de afores: cuentas nuevas trimestrales de trabajadores que eligen por primera vez como función de comisión equivalente relativa a competencia.

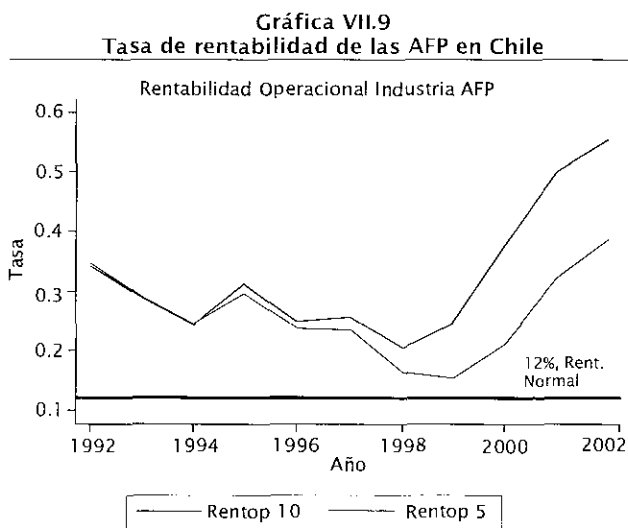
Cuarto trimestre de 1998 a segundo trimestre de 2003



En México, por otra parte, los patrones son similares respecto a la importancia de la promoción y la actividad de los vendedores, pero al menos, a partir del tercer trimestre del año 2001, sí se detecta una sensibilidad de la demanda de las AFORES ante cambios en las comisiones y los rendimientos de gestión de las administradoras. En algo parece haber incidido el proceso de iniciar la licitación de las cuentas de quienes no eligieron AFORE con base en cuáles administradoras cobran más barato.

VII.4.3 El grado de competencia económica y la estructura de costos en la industria de las AFP

En la Gráfica VII.9 se presenta la tasa de rentabilidad promedio obtenida por toda la industria de AFP chilena en cada año para el período 1992-2002. Se muestran dos cálculos posibles, uno en el que se supone que el acervo de marca comercial de las administradoras se deprecia al 10 por ciento mensual y otro en el que lo hace al cinco.



El prefijo "rentop" abrevia rentabilidad operacional.
El sufijo 10 y 5 indica la tasa porcentual de depreciación usada para calcular ese stock.
Fuente: Cálculo propio, datos SAFF.

Se aprecia que la rentabilidad operacional promedio de la industria habría estado en todo momento muy por encima de lo que se considera normal. Sin embargo, durante el período de guerra comercial 1993-1997, la rentabilidad habría comenzado a descender, debido a los enormes gastos comerciales que de-

bieron realizar las AFP para sostener su participación de mercado. De hecho, desde que la guerra termina en noviembre de 1997, se verifica un alza sostenida en la rentabilidad operacional del negocio. Esta rentabilidad se ubica en 2002 en torno al 50 por ciento, cuando la depreciación del stock de marca se supone en 10 por ciento mensual, y en torno a 37 por ciento, cuando esta depreciación es de 5 por ciento. Tales tasas de rentabilidad están muy por encima de la normal.¹⁷

Ahora bien, una industria competitiva puede ser compatible con rentabilidades excesivas si éstas quedan en manos de las empresas más eficientes y hay alguna empresa que exhiba una tasa normal de ganancias, esto es, que apenas salga tablas.

En esta sección se examina esta posibilidad, y como se reportará más adelante, se encuentra que el grado de competencia de la industria es bajo y, de hecho, existen evidencias de barreras de entrada a los nuevos competidores. El mercado de las AFP no es competitivo.

Como demuestran las estimaciones de demanda del apartado anterior, en Chile, las únicas formas de atraer cotizantes en el mercado de las AFP son a través de una fuerte inversión comercial y otorgando valiosos regalos a los que "accepten traspasarse, éste es un precio negativo o "premio de entrada".

Sin embargo, se encuentra aquí una fuerte asimetría: la inversión comercial requerida por las AFP aspirantes a entrar al mercado para lograr o mantener una escala de operaciones suficientemente alta, es mucho mayor que la requerida por las AFP titulares, es decir, las que ya desde antes estaban dentro de la industria. El motivo es que los cotizantes difieren según su grado de fidelidad a su actual AFP. Los afiliados "fieles" son aquéllos que no responden a los vendedores ni a sus regalos, mientras que los "infieles" son aquéllos que sí lo hacen. La simple historia cronológica hace que las administradoras titulares tengan una proporción de afiliados infieles mucho menor que las aspirantes.

Esta asimetría en los costos comerciales se debería interpretar como una barrera a la entrada de las AFP aspirantes, que desmentiría la hipótesis de una industria competitiva, y que también, impediría que las administradoras titulares compitieran entre sí, de otras formas que no sean a través de una guerra

¹⁷ Los cálculos para México no permiten la misma conclusión, pues se estima que la tasa de rentabilidad fue en promedio 9 por ciento anual del tercer trimestre de 1999 al segundo de 2003. Sin embargo, la tendencia de la rentabilidad es al alza, al menos hasta mediados de 2003, cuando se ubicaba en 12 por ciento anual.

Cuadro VII.5
Costos promedio y marginal en que incurren las AFP por cotizante, en Chile

Costo en miles de pesos	1992 - 1997				1997 - 2001			
	Grandes	Pequeñas	Titulares	Aspirantes	Grandes	Pequeñas	Titulares	Aspirantes
Marginal	3.6	1.0	4.3	10.5	2.9	1.0	3.3	21.1
Promedio	8.4	14.4	8.7	16.9	8.7	13.8	9.3	18.8

comercial, la cual, tiene un elemento de ineficiencia, pues exige asumir costos administrativos y remuneraciones de vendedores que podrían ser evitados permitiendo a las AFP ofrecer descuentos y premios de entrada en forma abierta y directa.

En este escenario existían, además, ciertos incentivos estratégicos. La asimetría en la fidelidad comercial implica que cualquier aumento en la tasa de rotación general de cotizantes perjudicará en mayor grado a las AFP aspirantes que a las titulares. Estaba en el interés de las titulares invertir más en vendedores durante la fase de guerra comercial, pues esto elevaría los costos de sus rivales proporcionalmente más que los costos propios. Es decir, las administradoras titulares de mayor tamaño tenían incentivos a invertir en vendedores para dañar a las AFP intrusas. Esto les permitiría, a su vez, adquirirlas a un precio inferior.

Esta explicación de la falta de entradas exitosas a la industria chilena de las AFP se complementa con el reconocimiento de que en este negocio existen importantes economías de escala, esto es, que el costo promedio de atender nuevos cotizantes disminuye con el número atendido, lo que deja en desventaja a las AFP aspirantes que no puedan hacerse rápidamente de una clientela numerosa.

De hecho, ningún entrante sobrevivió a la guerra comercial de 1993-1997, lo cual es incompatible con la hipótesis de que la industria es competitiva, pues es improbable que de todas las AFP entrantes ninguna haya sido medianamente eficiente en lo productivo. Otro hecho empírico, es que nadie intentó entrar a esta industria entre 1996 y 2003, a pesar de las grandes rentabilidades que se observaron en ese período.

Esta discusión sugiere que es de particular relevancia estudiar la estructura de costos de la industria, para determinar si las AFP titulares son más eficientes que las entrantes, o si hay economías de escala que obliguen a buscar afiliar a un gran número de cotizantes para evitar el fracaso debido a la opera-

ción con costos promedio elevados. De hecho, la estimación de una función de costos nos ayudará a responder la pregunta de cuál es la escala mínima eficiente de esta industria, esto es, cuál es el tamaño socialmente óptimo de una AFP, así como evaluar la compatibilidad de esta escala con un ambiente competitivo.

En el caso de Chile, para estimar la estructura de costos se utilizan datos mensuales de las AFP entre 1992 y 2001. Para ello, se agruparon a las administradoras en dos categorías: la primera, distingue entre grandes y pequeñas, según si tuvieron más o menos de 100,000 cotizantes; la segunda, divide a las AFP entre titulares y aspirantes, según si ingresaron antes o después de 1990. Los cálculos también se hacen por separado para antes y después de octubre de 1997.

En el Cuadro VII.5 se muestra para cada categoría el costo promedio que se estimó, esto es, el gasto que hace la AFP por cotizante, así como el costo marginal, es decir, el gasto en que la administradora incurre al atender una persona más, independientemente, de lo que hayan costado los anteriores.

Como se puede ver, en casi todos los casos, los costos marginales son inferiores a los medios. Esto implica que la curva de costo promedio es siempre decreciente,¹⁸ lo cual, a su vez sugiere que las economías de escala se verificarían para todo el mercado, es decir, que la escala eficiente mínima es la totalidad de la industria.

Este resultado es compatible con otra evidencia respecto a las economías de escala a las que accede el *Social Security Administration* en los Estados Unidos, pues a pesar de atender a más de 100 millones de aportantes, mantiene costos promedios decrecientes.

Además, los datos demuestran que en Chile las AFP pequeñas muestran costos marginales realmente bajos y muy inferiores a los de las más grandes. Pa-

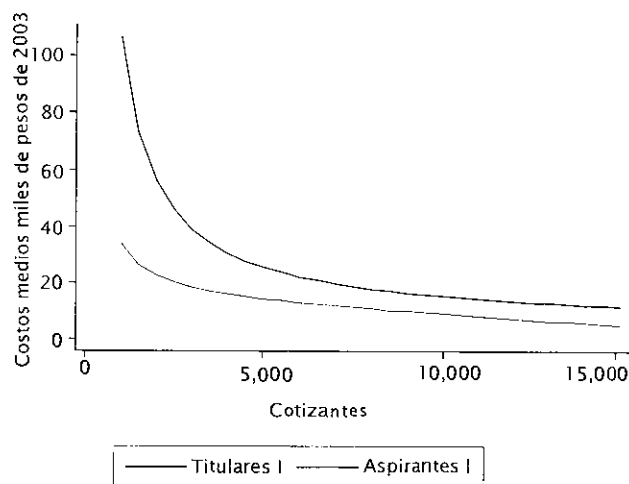
¹⁸ Si cada nueva persona que se atiende siempre cuesta menos que el promedio previamente atendido, al ir aumentando el número de clientes el promedio siempre irá declinando.

radójicamente, todas las chicas fracasaron en crecer y hacerse de una participación considerable del mercado.

También, se advierten grandes diferencias existentes entre los costos medios de las aspirantes y las titulares, dada la escala efectivamente operada por cada una. En ambos períodos, las AFP aspirantes habrían soportado costos medios dos veces mayores que los de las titulares. Esto, sin embargo, no puede ser considerado como una prueba de la mayor eficiencia de las administradoras titulares, ya que el menor costo promedio de éstas puede deberse a la diferente escala con que operan.

Para dilucidar si existe diferencia de eficiencia, lo que corresponde es comparar las curvas de costo medio, para diversas escalas. Eso se hace en la Gráfica VII.10. Allí se aprecia la falta de evidencia para la hipótesis de una mayor eficiencia de las titulares. Por el contrario, el gráfico indicaría que las AFP aspirantes habrían ingresado con una tecnología más eficiente que las titulares.

Gráfica VII.10
Costo por cotizante de las AFP en Chile



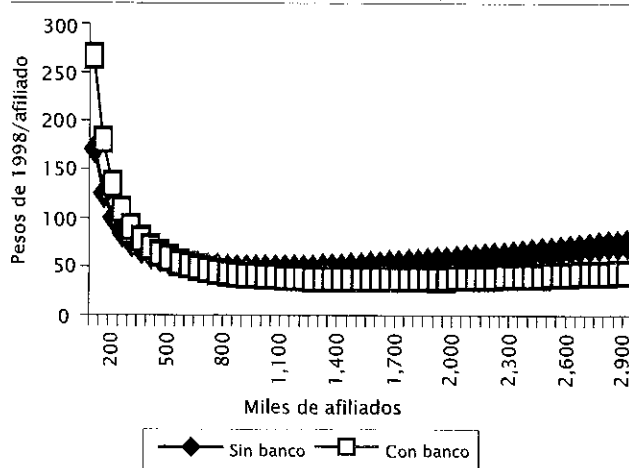
Esto significa, que si las aspirantes hubieran sido capaces de captar una masa crítica de afiliados, habrían reducido drásticamente sus costos medios, y quizá habrían tenido éxito en entrar.

Sin embargo, la inercia de los aportantes, que es una propiedad de la demanda y no de los costos, habría impedido que esto ocurriera, ya que para alcanzar esa masa crítica era necesaria una inversión comercial que resultó inviable para las AFP aspirantes. Esto sugiere que las administradoras aspirantes estaban bien preparadas para competir en precios, pero mal para hacerlo en la inversión comercial, que fue el campo donde finalmente se dio la batalla para entrar.

En el caso de México, también hay importantes economías de escala en cuanto al monto de los fondos manejados por las AFORES, y en el caso de aquéllas relacionadas con bancos, también con respecto al número de afiliados.

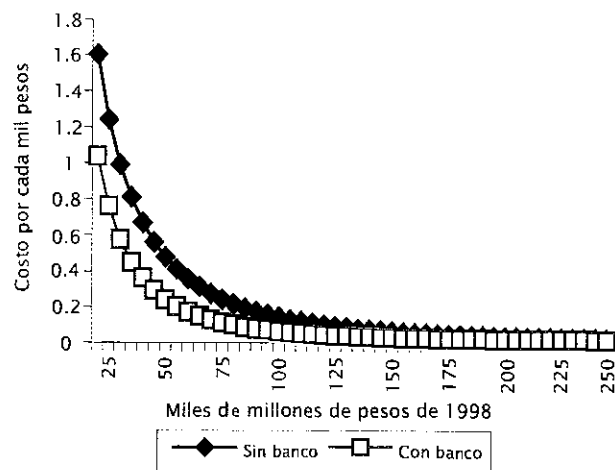
Esto se puede verificar en las Gráficas VII.11 y VII.12, que muestran estimaciones de curvas de costos basadas en información trimestral de 1998 a 2003, generada por el órgano regulador de la industria mexicana, la CONSAR, a partir de aproximadamente

Gráfica VII.11
Costo trimestral promedio por afiliado de una afore mexicana como función del número de afiliados según relación con un banco



Nota: el número de afiliados se debe entender como el promedio del período, no el nivel actual.

Gráfica VII.12
Costo promedio de una afore por cada 1,000 pesos de fondos administrados como función del monto de los fondos según relación con un banco



Nota: el monto de fondos se debe entender como el promedio del período, no el nivel actual.

un millón quinientos mil cuentas, el costo promedio por afiliado de una AFORE que tenga relación con un banco permanece relativamente constante, mientras que el costo promedio de la AFORE siempre declina conforme aumenta el monto de los fondos administrados.

En la última Gráfica se investigan las ventajas de costos que en México una AFORE puede obtener sobre la competencia, al gastar proporcionalmente más en promoción. Queda claro, que las AFORES que dan un mayor peso a las actividades de promoción operan con costos por afiliado menores, sobre todo cuando el número de cuentahabientes es elevado.

Esto quiere decir, que la amenaza de una guerra comercial se constituye, entonces, como una barrera a la entrada de nuevas AFORES a la industria, pues desincentiva a las aspirantes, el hecho de que las administradoras grandes que ya están dentro del mercado operan a bajo costo, por estar aprovechando

esto es, poco competitiva, la cual, se refuerza por el hecho de que los clientes no responden mucho a las reducciones de las comisiones cobradas por las AFP y, por tanto, la competencia entre administradoras se da en actividades promocionales o comerciales, en las cuales, tienen ventaja las empresas que ya están bien establecidas dentro del mercado.

VII.5 Algunas propuestas de política para optimizar el funcionamiento de las industrias de las AFP

Una estrategia general para maximizar la eficiencia en los cuasimercados de administradoras de pensiones, y lograr las menores comisiones posibles para un nivel dado de calidad de servicio, no puede descansar en una o dos medidas específicas, motivo por el cual, aquí se presenta un conjunto de propuestas para ser considerado como un plan global, con las debidas consideraciones a las particularidades de cada país, por supuesto.

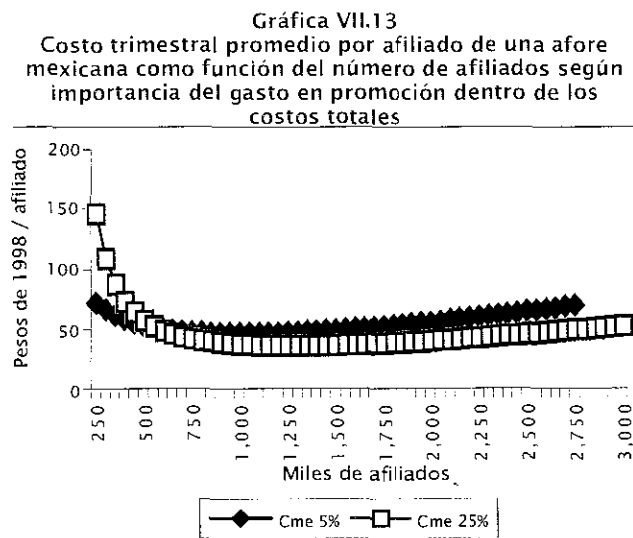
En general, es prudente fomentar la existencia de industrias similares a las de AFP, para que sirvan de referentes válidos, por estar ubicados en el mismo país y estar sujetos a costos de insumos y primas de riesgo parecidos. En especial, el desarrollo del llamado tercer pilar del sistema de pensiones, basado en ahorros para la vejez voluntarios y fomentados con incentivos fiscales y regulatorios, pero sin mandatos, puede proveer valiosos referentes.

En este sentido, es importante notar que algunos países, como Canadá, Gran Bretaña y Holanda, establecen límites a las contribuciones para el esquema de pensiones público con el fin de evitar que el sistema obligatorio de seguridad social ocupe todo el mercado disponible, y asfíe a un eventual tercer pilar voluntario.

VII.5.1 Economías de escala

Cualquier propuesta respecto al cuasimercado de administradoras debe enfrentarse al problema de las economías de escala, esto es, que los costos promedio por cotizante son decrecientes. Esto implica, que si sólo se tratara de minimizar costos operativos, la organización más eficiente de la industria sería con un monopolio.

Sin embargo, también es importante asegurar la desconcentración de las decisiones de inversión y su desvinculación de las autoridades políticas futuras. Ello es un requisito para que un sistema capitalizado logre pagar pensiones confiables, es decir, relativamente libres de la interferencia política en materia de inversiones. Esta demanda descarta las propuestas que incluyen centralizar la gestión de los fondos en un monopolio, sea privado o estatal.



Nota: el número de afiliados se debe entender como el promedio del período, no del nivel actual.

do economías de escala, y podrían reducir todavía más sus otros gastos —no promocionales— en caso de que se desate una batalla de promoción.

En conclusión, la industria de administración de fondos de pensiones parece exhibir importantes economías de escala. Ello sugeriría, que la concentración de la industria permitiría elevar la eficiencia de la administración previsional, pues permitiría que unas pocas AFP o AFORES operaran con costos promedio muy bajos. De hecho, las estimaciones de Chile sugieren que el mínimo costo de administración se alcanzaría si sólo una AFP operara en la industria.

Este hecho introduce una tendencia hacia una organización industrial con características monopolísticas,

Ambos objetivos —desconcentración y bajos costos medios— se pueden alcanzar a la vez permitiendo a las administradoras subcontratar muchas de sus operaciones, como la recaudación de aportes, el pago de pensiones, la contratación del seguro de invalidez y muerte y la actualización de las cuentas individuales a terceras empresas especializadas.

Cada AFP retendría la responsabilidad por las decisiones de inversión y el contacto con los cuentahabientes, que los elegirían a ellas.

VII.5.2 Liberación de comisiones

La evidencia empírica demuestra, que al menos en el caso de Chile, los aportantes son sensibles a las comisiones, siempre que ellas tomen la forma de un premio de entrada en dinero al contado, al momento de traspasarse a una determinada administradora.

Por ello, se propone adoptar reformas que permitan a las administradoras ofrecer estos premios, posiblemente a cambio de un compromiso de permanencia.

Para que exista competencia en precios, es esencial terminar con el requisito de uniformidad de comisiones entre todos los afiliados a una misma administradora. Por eso, se propone que estos premios y los compromisos exigidos a cambio sean uniformes sólo entre aquellos afiliados dentro del mismo “plan de precios” que hayan contratado con la AFP. Cada administradora tendría varios planes en cada momento del tiempo.

Para evitar que las administradoras eleven la comisión regular descontada del salario o del aporte para financiar así mayores premios de entrada, se propone crear un tope máximo legal para esta comisión regular, donde este tope sería una función del resultado de las licitaciones que se proponen a continuación.

VII.5.3 Licitación de asignaciones de cuentahabientes

La experiencia muestra que la licitación internacional de una asignación inicial de cuentahabientes —que conservarían la libertad de cambiarse— es muy exitosa en lograr comisiones bajas. Un requisito para ello, sin embargo, es que estas licitaciones no sean frecuentes y, en general, que no se repitan encuentros periódicos de los mismos postores rivales, pues ello facilitaría su colusión.

Por ejemplo, los aportantes que llevan más de 5 años sin expresar preferencia respecto a una administradora pudieran ser asignados a aquella AFP que ganara una licitación. Una vez asignados, los cuenta-

habientes pueden cambiarse a la administradora que deseen.

La licitación se adjudicaría al postor que ofrezca la menor comisión, expresada como un porcentaje único del salario imponible de los aportantes.

Como un objetivo básico es la desconcentración en la gestión de fondos, se propone que la ley impida postular en una de estas licitaciones a aquella AFP que ya administre más de un cierto porcentaje del total de los ahorros obligatorios. Una administradora que supere ese límite sólo podría crecer por medio de afiliaciones individuales, pero no de licitaciones.

VII.5.4 Comisión por calidad de gestión financiera

Como muchos cuentahabientes son insensibles a la buena gestión financiera, es conveniente complementar los estímulos a esa función. Para lograrlo, se propone crear una comisión a favor de las administradoras que logren un mejor desempeño financiero relativo *en forma estable*. Este último requisito es importante, pues no conviene estimular a las AFP a adoptar estrategias arriesgadas para elevar la probabilidad de lograr un desempeño relativo alto, cuando ello eleva también la probabilidad de que ese desempeño se revierta y se compense el éxito inicial.

CAPÍTULO VIII

REFORMAS DE LOS ESQUEMAS DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL

*Contribuciones:**

Canadá y Estados Unidos: Shelton Brown y José Pagán

Colombia y Chile: Bitrán y Asociados

México y marco conceptual: Jacqueline Arzoz

Editores:

Jacqueline Arzoz

Jorge Meléndez

* Los documentos originales, con la discusión detallada de cada país, pueden ser solicitados a la CISS.

CAPÍTULO VIII

REFORMAS DE LOS ESQUEMAS DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL

En este capítulo se analizan algunas reformas de los esquemas de salud de la seguridad social llevadas a cabo en el continente americano, se estudia la posibilidad de alcanzar la cobertura universal con base en las características del seguro médico y del mercado de trabajo de cada país investigado, se enfatiza el análisis de la equidad social en la cobertura y en la distribución de los recursos fiscales, se estudia, además, la existencia de problemas relacionados a “fallas” de mercado que justifiquen la intervención gubernamental. Finalmente, para los casos de Estados Unidos y Canadá se pone especial énfasis en el análisis del efecto de diferentes esquemas de compra estratégica sobre el control del gasto en salud.

Se encontró que el sistema canadiense es el único que logra alcanzar una cobertura universal en salud, y que los otros países latinoamericanos estudiados, difícilmente la alcanzarán con sus esquemas actuales, dada la informalidad en sus mercados de trabajo. Un logro, tanto de Chile como de Colombia, es que se ha focalizado el gasto fiscal hacia la población de menor ingreso. Esto ha permitido que Chile esté cerca de alcanzar la cobertura universal, ya que gran parte de sus trabajadores informales pertenecen a grupos de ingreso bajo. Sin embargo, se encuentra que los beneficios son diferentes para las personas dependiendo de su ingreso. En Chile, la mayoría de las personas de estratos bajos están cubiertas por el asegurador público, mientras que los de ingreso alto lo están por las aseguradoras privadas. En el caso de Colombia, tanto el paquete de servicios como el tipo de aseguradora son diferentes para grupos con distintos niveles de ingreso, siendo mejores para los estratos superiores. Se encuentra que en el caso mexicano existe una fuerte inequidad en la cobertura y en la distribución de recursos fiscales, lo cual afecta adversamente a los hogares de menor ingreso.

Existe evidencia de que los sistemas de Chile, Colombia y México presentan “fallas” de mercado. En Chile, el asegurador público cubre a un grupo de mayor riesgo que el cubierto por las aseguradoras privadas, debido en parte a que éstas últimas seleccionaron sus riesgos, esto es, no aceptan a cualquiera. En México y Colombia, las instituciones de seguridad social cubren a un grupo de mayor riesgo que la población en su conjunto. Se sugiere que, en este caso, el problema es ocasionado por la informalidad en el mercado laboral.

Finalmente, las políticas de contención de costos llevadas a cabo por Canadá fueron exitosas en el sentido de que no hubo grandes incrementos en el gasto en salud de este país, al menos comparado con Estados Unidos. También se encontró que en Estados Unidos, el cambio en la forma de remuneración del gobierno a los hospitales que brindan la atención de pago por evento a pago prospectivo por tratamiento, ayudó a contener el gasto en salud de manera significativa. Finalmente, se presentan indicios de que los programas de aseguramiento al estilo de “Managed Care” logran una reducción en los costos de la atención. En esta modalidad, a las personas se les ofrecen paquetes de aseguramiento con ciertas restricciones para elegir médicos, medicinas y tratamientos, y el asegurador negocia precios con sus proveedores.

VIII.1 Marco conceptual

VIII.1.1 Definición de la Seguridad Social en salud y tipos de programas

Se entiende por seguridad social la definición ampliada que se propuso en el “Informe Sobre la Seguridad Social en América 2002” de la CISS, acotándola a los riesgos individuales relacionados con los servicios médicos requeridos para mejorar la salud. Así, la seguridad social “es un esquema de aseguramien-

to de riesgos individuales mediante el manejo solidario de los recursos de la sociedad, a través del cual, el estado asegura que todos los ciudadanos tendrán las mismas oportunidades económicas, sin importar a qué familia o grupo social pertenezcan o qué hechos fortuitos de carácter idiosincrásico tengan que enfrentar” (CISS, 2002). De acuerdo a la definición se incluyen programas de seguro social, asistencia social, programas universales y otros fomentados por el estado.¹

A continuación se introduce una clasificación propia sobre los diferentes programas que pueden conformar un sistema de seguridad social en salud:

1. De asistencia social, generalmente focalizados en un grupo específico de población, que puede ser la de bajos ingresos, son financiados con fondos fiscales.

2. De seguro social, no universales, obligatorios para cierto grupo de trabajadores, financiados a través de cotizaciones obligatorias parciales o totales de los trabajadores y empleadores generalmente relacionados con el ingreso laboral. También puede haber financiamiento complementario con recursos fiscales.

Para entender los cambios recientes a la seguridad social se diferenciarán los programas en dos tipos:

a. *Seguro social tradicional*. En éste, los recursos recaudados son canalizados a fondos colectivos que financian las prestaciones del grupo de derechohabientes cautivos —los trabajadores o los trabajadores cotizantes y su familia—. Este tipo de programas son tradicionalmente prestados por institutos o cajas de seguridad social o previsión social.

b. *Seguro social individual*. En éste, los recursos recaudados van a un “pool” de riesgos y son canalizados a pagar primas individuales que cubren un paquete de beneficios definidos para todos los derechohabientes, en la mayoría de los casos, las primas son ajustadas por riesgo. Dado que los fondos pueden “seguir” al individuo, se puede permitir a las personas elegir entre diferentes aseguradores, que pueden ser públicos, privados o una combinación de ambos. En este tipo de seguros se mantiene el subsidio cruzado entre diferentes grupos de edad y sexo, y si la cotización está relacionada con el ingreso, también habrá un posible subsidio cruzado entre diferentes grupos de ingreso. Sin embargo, al permitirse elegir a un asegurador privado se pueden presentar

problemas relacionados a la selección de riesgos, los cuales se tratarán posteriormente.

3. Universales o prestados por ministerios de salud. Las personas tienen derecho a ellos por el hecho de ser ciudadanos. En algunas ocasiones, cuando coexisten con programas de seguridad social, terminan cubriendo a la población “residual”, es decir, a los ciudadanos no cubiertos por el seguro social. Estos planes son financiados con fondos fiscales en su mayoría y, en algunos casos, los beneficiarios pagan alguna proporción del servicio. En estos programas, los recursos pueden ser canalizados a fondos colectivos para la compra de servicios médicos o pueden “seguir” a cada ciudadano y adquirirle un seguro de salud que será el encargado de comprar los servicios médicos.

Existen otros tipos de programas que en realidad no son de seguridad social, ya que no hay un manejo solidario de los fondos comunes y, sin embargo, son obligatorios. A este tipo se le llamará *Seguro individual obligatorio*. Las cotizaciones obligatorias se utilizan para pagar la totalidad o una parte de un seguro individual, y la prima variará según las características del individuo. La parte de la prima no cubierta por la aportación obligatoria será cubierta con recursos del individuo.

VIII.1.2 Tipos de sistemas de seguridad social en salud

En varios países de América la cobertura está fragmentada, combinándose programas de seguro social, de asistencia social y universales y otros suministrados por los ministerios de salud. Generalmente, entre la población, los programas de seguro social se consideran mejores que los de asistencia social a cargo de los ministerios de salud.

Los diferentes sistemas de salud se pueden clasificar con base en las funciones clásicas de rectoría, financiamiento y prestación de servicios.² La función de rectoría, normalmente se deja al ministerio de salud.

Para poder comprender las características definitorias de los sistemas de seguridad social en salud, la función de financiamiento se puede dividir de acuerdo a diferentes consideraciones: la primera, la constituyen las fuentes de financiamiento, éstas pueden provenir de fondos fiscales, de cotizaciones obligatorias, de fondos privados o de una combinación de los anteriores; la segunda es la existencia o no de un mecanismo o fondo colectivo para la acu-

¹ Para otras definiciones sobre seguridad social y definiciones sobre lo que incluye cada uno de estos programas ver CISS (2002).

² Ver el informe de la Organización Mundial de Salud (2000) para una explicación de cada una de las funciones.

mulación de riesgos, es decir, el mecanismo por el cual se agrupan éstos. Este fondo colectivo sirve para realizar subsidios cruzados entre personas sanas y enfermas o entre diferentes tipos de riesgo, grupos de edad y sexo; la tercera es la posibilidad de que los fondos "sigan" a los individuos. Los programas de seguro social individual, es decir, en los que los fondos "siguen" a las personas, permiten comprarles un seguro de salud y, por tanto, que haya competencia entre aseguradoras, las cuales pueden ser públicas, privadas o una mezcla de las anteriores.

Entre la función de financiamiento y de prestación se encuentra la compra de servicios de salud. Cuando hay integración vertical entre el asegurador y el prestador de servicios, no se requiere comprar los servicios. A medida que se separan estas funciones y que la prestación se da por más de un tipo de prestador, entra en juego esta función. Se puede dar la compra estratégica, utilizando mecanismos que apoyen la contención de costos o el aumento en la productividad de los recursos, lo cual se explicará posteriormente.

La función de prestación de servicios podrá darse a través de servicios públicos, privados o una mezcla de los dos, y puede o no haber competencia entre prestadores.

VIII.1.3 Objetivo de los sistemas de Seguridad Social en salud

El objetivo de la mayoría de los sistemas de seguridad social es mejorar el nivel y la calidad de la salud de su población a través de la cobertura universal efectiva, de una forma equitativa y eficiente. Tradicionalmente, se busca la cobertura universal de la población, pero en muchas ocasiones este objetivo no es alcanzable debido a las características del sistema. En otros casos, el objetivo puede ser la cobertura focalizada hacia algunos grupos de población, como en Estados Unidos.

VIII.1.3.1 Clasificación de países por grupos y características necesarias para que un sistema alcance la cobertura universal y la equidad

En este estudio se trabaja con la hipótesis de que la posibilidad de lograr la cobertura universal va a depender de las características del sistema de seguridad social y del mercado de trabajo del país. Para entender bajo qué circunstancias se puede alcanzar la cobertura universal, se formaron cuatro posibles casos que se presentan a continuación.

El primero es el más sencillo, corresponde a sistemas de seguridad social en salud compuestos por un solo programa de cobertura universal, financiado con recursos fiscales y que cualquier ciudadano tiene derecho a obtener. En este caso sería posible alcanzar la cobertura universal, sin embargo, no todos los sistemas la alcanzan en la realidad, debido a un problema de recursos financieros o por falta de infraestructura.

El segundo caso está formado por sistemas que combinan programas de seguro social tradicionales, en los que el aseguramiento depende de la fuente de empleo, con otros de cobertura universal para cubrir al resto de las personas. La población sin cobertura es la que trabaja en la economía informal o trabajadores independientes, que no tienen la obligación de estar afiliados al sistema.

En este caso es posible alcanzar la universalidad de la cobertura si todo el mercado de trabajo es formal, es decir, si todos cotizan a la institución de seguridad social. Cuando parte de los trabajadores se encuentran en la economía informal, la universalidad sólo se alcanzaría si todos los que están en ese sector son financiados totalmente con recursos fiscales. Lo anterior ocurre, porque si los trabajadores del sector informal tienen que pagar con recursos propios la seguridad social, el sistema se vuelve voluntario para este grupo y sólo algunos se afiliarán.

El costo per cápita para la institución encargada de cubrir a la población informal puede terminar siendo muy elevado, ya que en principio buscarán afiliarse aquellas personas de mayor riesgo y, por tanto, de mayor costo, es decir, hay un problema potencial de selección adversa.³ Si el gobierno financiara a todas las personas no cubiertas por el programa de seguridad social, el problema es que se pueden introducir incentivos que distorsionen el trabajo en el sector formal y, por consiguiente, afecten las finanzas del instituto de seguridad social.

El tercer caso está formado por sistemas que incluyen programas de seguro social individual y/o seguros individuales obligatorios. Las aseguradoras son una combinación público-privada y la cobertura depende de la fuente de empleo. En algunas ocasiones, el Ministerio de Salud provee servicios para la población no cubierta por ningún seguro.

Tanto en el tercer grupo como en el segundo, debido a que el aseguramiento depende del empleo, si toda la economía es formal, es posible alcanzar la universalidad en la cobertura, pero cuando éste no es el

³ Se presenta un problema de selección adversa cuando sólo quienes se enferman o saben que tienen un riesgo alto de hacerlo desean afiliarse al seguro social. Esto se explica en detalle más adelante.

caso, sólo se podría lograr si todos los que se encuentran en el sector informal son financiados con recursos fiscales.

Sin embargo, para este caso, las condiciones anteriores son necesarias, mas no suficientes. Cuando los fondos "siguen" a las personas, es decir, en un sistema de seguro individual, y uno puede elegir entre asegurarse con diferentes aseguradoras, para alcanzar la cobertura universal se requiere un asegurador de última instancia, es decir, uno que tome los casos de mayor riesgo que no fueron cubiertos por el sistema privado, como podrían ser las personas con preexistencias o algunos adultos mayores. Lo anterior supone, que el problema de selección de riesgos, no se puede eliminar en su totalidad.

Finalmente, el cuarto caso está compuesto por sistemas en que la cobertura está focalizada a ciertos grupos de población, con financiamiento de recursos fiscales y cotizaciones obligatorias. Claramente, en esta situación no se alcanzará la cobertura universal.

Debe notarse que las características mencionadas son necesarias para que se alcance la cobertura universal, pero no son suficientes, ya que se requiere la disponibilidad de los recursos fiscales para cubrir a toda la población, así como el acceso a servicios de salud.⁴

Servicios cubiertos. Cuando se habla de cobertura universal no queda claro qué es lo que se está cubriendo. A veces, el paquete puede ser explícito y contener algunas o varias intervenciones. En muchas ocasiones se termina cubriendo servicios de salud, únicamente hasta donde alcanzan los recursos, por lo cual no se puede hablar de que se cubre un paquete específico. Por ejemplo, en varios países, en donde supuestamente están cubiertas las medicinas, en realidad no lo están, ya que no hay abastecimiento y las personas las tienen que pagar de su bolsillo. El tamaño del paquete que se logre alcanzar va a depender del nivel de los fondos a utilizar, pero también de la eficiencia con la que se utilicen los recursos.

Con base en los cuatro casos presentados con anterioridad se agrupó a algunos países de América. Los resultados se muestran en el Cuadro VIII.1, el cual incluye también, una pequeña sección sobre fuentes de financiamiento y alcance de la cobertura para cada país. Es importante mencionar que los programas

considerados son obligatorios. En cada uno de los grupos existe paralelamente, aseguramiento voluntario privado en mayor o menor escala.

En el primer grupo se incluye a países con sistemas en los que el Ministerio de Salud a nivel central o regional garantiza la prestación de los servicios de salud para toda la población, independientemente de su fuente de trabajo. En la mayoría de los casos, los servicios de salud se financian con impuestos generales y son provistos por clínicas y hospitales públicos; sin embargo, en algunas ocasiones la provisión también puede darse a través de servicios privados de salud. Para la mayoría de los países incluidos, no existe información fidedigna sobre los niveles de cobertura reales del sector. Los dos países que logran la cobertura universal son Canadá y Cuba. De este grupo se eligió al sistema canadiense como caso de estudio, en éste, se dan transferencias financieras del gobierno central a las provincias, dependiendo del número de personas a cubrir por ellas. Éstas se encargan de la regulación y contratación de los servicios, que en su mayoría son privados y fuertemente regulados. Este caso es interesante, ya que además de ser uno de los pocos que ha alcanzado la cobertura universal, ha introducido diversos mecanismos de control de costos que han sido efectivos, en el sentido de que su gasto en salud no ha sufrido incrementos significativos.

El segundo grupo está formado por países en los que se combinan diferentes programas y corresponden al segundo caso que se explicó previamente. Como se puede ver, ninguno de estos países alcanza la cobertura universal y ésta puede variar desde 6 por ciento en el caso de Nicaragua hasta 90 por ciento en el caso de Costa Rica.⁵ En este grupo se encuentra México, su estudio permite entender, entre otras cosas, la inequidad en cobertura y distribución de recursos fiscales que puede resultar en el caso de que coexistan sistemas fragmentados. También nos permite analizar, la posible existencia de un fenómeno de selección adversa, pues el país tiene una amplia economía informal.

El tercer grupo está formado por los países con sistemas correspondientes al tercer caso analizado. El sistema de salud de estos países es resultado de reformas significativas en el financiamiento y la provisión de servicios, pasando de ser sistemas fragmentados con un seguro social tradicional a programas de seguro social individual, en el caso de Co-

⁴ Alternativamente se puede pensar en proveer los medios económicos necesarios para cubrir el transporte oportuno de las personas hasta el lugar en donde se prestan los servicios oportunamente.

⁵ Para ver con detalle las últimas reformas del sector salud en Costa Rica se puede consultar el estudio de Martínez y Mesa-Lago (2003)

Cuadro VIII.1
Sistemas de Salud y Seguridad Social

l) El Ministerio de Salud a nivel central o a nivel regional asegura y/o presta servicios de salud para toda la población.

País	Financiamiento	Cobertura
Anguila	Fondo Consolidado, con el 14.1% del presupuesto recurrente (año: 2000).	NI
Antigua y Barbuda	Fondos Tributarios Generales administrados por el Ministerio de Hacienda.	NI
Barbados	Fondos Tributarios y asignaciones de presupuestos globales.	NI
Belize	Fondos del Gobierno Central y a través de la recuperación de costos, vía pagos directos.	NI
Brasil	SUS: Ingresos tributarios de los tres niveles de gobierno, transferencias intergubernamentales (federales y estatales) y contribuciones sociales.	Sistema Único de Salud (SUS): 76% Atención Médica Suplementaria: 24% (año 1998)
Canadá	Transferencias federales basadas en la población de la provincia y fondos de la provincia.	Sistema de Seguro Médico Nacional: 100%
Cuba	Fondos Públicos.	Sistema Nacional de Salud Cubano: 100%
Dominica	Fondos Públicos.	NI
Granada, Carriacou & Petite Martinique	Tributación general, a través del fondo consolidado del Ministerio de Finanzas.	NI
Guyana	Gobierno central a través de recaudaciones tributarias, donaciones y otros aportes.	NI
Haití	Financiamiento interno (15.4%). Financiamiento externo (28.4%). ONG's (20.5%). Financiamiento de los hogares para servicios privados (35.7%). (año: 1997)	NI
Jamaica	Fondo consolidado del Ministerio de Finanzas y Planificación (90%). Proyectos extrapresupuestarios con organismos de ayuda internacional (7%) de los gastos operativos.	Asistencia Sanitaria del Ministerio de Salud: 90%. Seguro Médico Privado: 10%.
Santa Lucía	Fondos de fuentes internas, particularmente del fondo consolidado de la tesorería del gobierno. Organismos externos.	NI
Trinidad y Tobago	A través de ingresos de impuestos generales, a dicha tributación se le agregó un recargo por concepto de salud.	NI

Cuadro VIII.1 (continuación)
Sistemas de Salud y Seguridad Social

II) Institutos o Cajas de Seguridad Social con aseguramiento obligatorio para empleados del sector público y privado.

El Ministerio de Salud provee servicios para el resto de la población.

País	Financiamiento	Cobertura
Bolivia	<p><i>Sector Público:</i> 74% del gobierno; 1% empresas, 5% hogares y 20% cooperación externa.</p> <p><i>Seguridad Social:</i> 100% empresas.</p> <p><i>Sector Privado:</i> 6% empresas, 89% hogares y 5% cooperación externa.</p>	<p>Caja Nacional de Salud: 31%.</p> <p>Sector Público: 50%.</p> <p>Sector Privado: 1%.</p> <p>ONG's: 18%.</p>
Costa Rica	<p><i>Sector Público:</i> Ministerio de Salud (8%), Fondos del tesoro (6%), fondos propios (2%).</p> <p><i>Seguridad Social:</i> Aporte de afiliados (55%), venta de bienes y servicios (5%), ingresos de capital (2%).</p> <p><i>Sector Privado:</i> A través de las ONG's (3%) y financiamiento de los hogares (27%).</p>	<p>Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS): 90%.</p> <p>10% puede utilizar solo servicios de emergencia</p>
Ecuador	<p><i>Sector Público:</i> Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y otros seguros públicos: aportes del presupuesto general del estado y de los empleadores, y venta de Servicios.</p> <p><i>Sector Privado:</i> Gasto directo de las familias.</p>	<p>IESS: 18%.</p> <p>Ministerio de Salud Pública: 30%.</p> <p>Instituciones privadas sin fines de lucro: 12%.</p> <p>Fuerzas Armadas y Policía y otras instituciones privadas con fines de lucro: 10%.</p> <p>30% no recibió atención médica de forma regular.</p>
El Salvador	<p><i>Sector Público:</i> Aportes gubernamentales (76.1%), cooperación externa (19.1%) y los fondos de establecimientos de salud (Patronatos y Fondos de Actividades Especiales) (4.8%).</p> <p><i>Sector Privado:</i> Financiamiento de los hogares. (año: 1994)</p>	<p>Seguridad Social cubre al 15% de la población (trabajadores públicos y privados o sus beneficiarios).</p> <p>Ministerio de Salud: 80% de la población.</p> <p>Seguro Privado: 5% de la población. (año: 1998)</p>
Guatemala	<p><i>Sector Público:</i> Impuestos generales del gobierno (27.3%); impuestos al salario (empresas 22%).</p> <p><i>Sector Privado:</i> Pagos de bolsillo por la atención médica de los hogares (42.9%) y cooperación externa (instituciones donantes 7.8%).</p>	<p>Sistema de Seguridad Social (IGSS): 17%.</p> <p>Sistema Nacional de Salud (MPSAS): 54% .</p> <p>Sector Privado: 5%.</p>
Honduras	<p><i>Sector Público:</i> Tesoro público, la asistencia internacional y mediante cuotas de los trabajadores.</p>	<p>Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS): 11%.</p> <p>Ministerio de Salud: 52%. (año: 2000)</p>
México	<p>Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) y otros seguros públicos: Cuotas obrero-patronales y recursos fiscales.</p> <p>Secretaría de Salud e IMSS Solidaridad: Recursos fiscales.</p>	<p>IMSS (empleados sector privado y sus familias) 32%.</p> <p>Otros seguros públicos (empleados y familias) 9%.</p> <p>Secretaría de Salud e IMSS-Solidaridad, resto de la población.</p>

Cuadro VIII.1 (continuación)
Sistemas de Salud y Seguridad Social

ii) Institutos o Cajas de Seguridad Social con aseguramiento obligatorio para empleados del sector público y privado.

El Ministerio de Salud provee servicios para el resto de la población.

País	Financiamiento	Cobertura
Nicaragua	<i>Sector Público:</i> Fondos del tesoro, propios y externos, aportes de los afiliados mediante cuotas (hogares y empresas). <i>Sector Privado:</i> Financiamiento de los hogares que reciben servicios privados; cuotas por las ventas de salud privada.	Seguro Social: 6%. Ministerio de Salud: 60% Población no cubierta se estimó en 34%. (año: 2000).
Panamá	<i>Sector Público:</i> Presupuesto general de la nación. <i>Caja de Seguridad Social (CSS):</i> Cuotas del trabajador y empleadores afiliados al sistema.	CSS: 25% Ministerio de Salud: 15%. CSS y Ministerio de Salud: 40%. Seguros Privados: 15%. Población no cubierta: 5% (año 1996)
Paraguay	<i>Sector Privado:</i> Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) y otras instituciones públicas: recursos del tesoro público, copagos, aportes cobrados sobre los ingresos de los trabajadores, presupuesto general de la nación. <i>Sector Privado:</i> Aportes de fundaciones y primas que abonan sus clientes.	Instituto de Previsión Social: 20%. Sector Privado: 10% 30% no tiene acceso a los servicios de salud. El MSP y BS cubre el resto de la población.
Perú	<i>Sector Público:</i> 25% del gobierno, 38% de los hogares. <i>Sector Privado:</i> 35% de las empresas. (año 1998)	Seguridad Social 23.5% . (Encuesta Nacional de Niveles de Vida de 1997)
República Dominicana	<i>Sector Público:</i> Fondos del tesoro (20%). <i>Seguridad Social:</i> Instituto Dominicano del Seguro Social (IDSS) (7%); 1% del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional (ISSFAPOL). <i>Sector Privado:</i> Organizaciones no Gubernamentales (ONG's) (14%) y aportes de los hogares (54%). (año 1996).	IDSS: 7.1% . Otros seguros obligatorios: 5%. Secretaría de Salud: 75.9%. Seguros privados: 12%.
Uruguay	<i>Sector Público:</i> Pago de cuotas (a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y a los seguros parciales) con 42%, 31.8% por precios, 25.3% por impuestos generales y 0.9% de proventos. <i>Sector Privado:</i> Aportes de los Hogares. (año 1998).	IAMAC: 46.6% . Ministerio de Salud: 33.7% . Otros seguros públicos: 3%. Sin cobertura: 12.6%.
Venezuela	<i>Sector Público:</i> Con aportaciones del Instituto Venezolano de seguridad Social (IVSS) y otros seguros públicos (27%). Gobierno Central: 32% <i>Sector Privado:</i> 39%. (año: 1999).	IVSS (titulares y beneficiarios): 57%.

Cuadro VIII.1 (continuación)
Sistemas de Salud y Seguridad Social

III) Elección de seguridad social en salud obligatorio público-privado. El Ministerio de Salud provee servicios para el resto de la población.

País	Financiamiento	Cobertura
Argentina	<i>Sector Público:</i> Fondos públicos. <i>Obras Sociales:</i> Cuotas obrero-patronales y aportaciones gubernamentales. <i>Sector Privado:</i> Pagos directos.	Planes de Obras Sociales cubrieron al 50% de la población. Mutual y/o prepagadas el 8%. Obras Sociales y prepagadas (doble cobertura) 4%. Sector Público cubrió el 38% de la población. (año: 2001)
Chile	Fondo Nacional de Salud (FONASA): Recursos fiscales, cotización obligatoria de los trabajadores y copago dependiendo del nivel de ingreso. Institución de Salud Previsional (ISAPRES): Cotización obligatoria de trabajadores y copago.	FONASA: 73% (trabajadores de bajos ingresos y sus familias). ISAPRES: 20% (trabajadores de altos ingresos y sus familias). FFAA: 3%. Sin cobertura: 4%.
Colombia	Régimen Subsidiado (RS): recursos fiscales, punto de solidaridad de cotizaciones de los trabajadores del régimen contributivo. Régimen Contributivo (RC): Cotización de los trabajadores. Ministerio de Salud: Recursos fiscales.	RC: 30% empleados formales y sus familias. RS: 25% trabajadores informales y hogares sin capacidad de pago. Ministerio de Salud: Resto de la Población.

IV) Seguridad Social en Salud solo para grupos vulnerables.

País	Financiamiento	Cobertura
Estados Unidos de América	Medicare: Cotización Obligatoria de los trabajadores (sistema de reparto). Medicaid: Fondos estatales y federales.	Medicare: 12% (mayores de 65 años, discapacitados y personas con enfermedad renal en última etapa). Medicaid: 9% (grupo de personas de bajos recursos, mayores de 65 años, ciegos, discapacitados, mujeres y niños).

Fuente: (1) Organización Panamericana de la Salud. Reforma del Sector Salud: Línea Basal para el seguimiento y evaluación de la Reforma Sectorial. Mayo 1998. (2) Pan American Health Organization. Health Systems and Services Profile. Program on Organization and Management of Health Systems and Services. Division of Health Systems and Services Development. 2003. (3) Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (LACRSS). <http://www.americas.health-sector-reform.org> (2003).

(4) Pan American Health Organization. Programa Especial de Análisis de Salud. 2003.

(5) Casos de estudios México, Canadá, EUA, Colombia y Chile.

* NI: No existe información fidedigna sobre los niveles de cobertura del sector salud

lombia, y a una mezcla entre programas de seguro social individual y seguro individual obligatorio en el de Chile. Se hará un análisis de estos dos países, incluyendo el estudio de la cobertura y la equidad en la cobertura y el financiamiento. Debido a que estos dos sistemas tienen una combinación de aseguradoras públicas y privadas, se hace un análisis de la existencia de las posibles fallas de mercado relativas a esta mezcla en aseguramiento.

El último grupo es el cuarto caso analizado previamente y sólo incluye a Estados Unidos, donde claramente se reconoce que no hay cobertura universal y

que sólo se cubren algunos grupos vulnerables, como los adultos mayores y las personas de bajos ingresos. Éste es también un caso de estudio. Para Estados Unidos se investigan principalmente, los mecanismos para reducir costos y mejorar la productividad del sistema.

VIII.1.4 Posibles problemas causados por la mezcla de aseguramiento público y privado y por la incapacidad de cumplir con la obligatoriedad de afiliación

Para el estudio de los diferentes sistemas de seguridad social en salud, en los que hay una mezcla de

aseguramiento público y privado, así como falta del cumplimiento de la obligatoriedad en el aseguramiento, se analizan primero los argumentos de eficiencia económica y de equidad que justifican la intervención del Estado. Varios estudios han analizado tales argumentos, entre éstos se incluyen: CISS (2002), Diamond (1977), Feldstein y Liebman (2001), Mulligan y Sala-i-Martin (1999), Myers (1993), Rosen (1999).

La intervención pública se podría justificar tanto en términos de ganancias en eficiencia, esto es, un mayor número de bienes y servicios dado un monto de recursos, como de una distribución más equitativa de los recursos. La intervención gubernamental también se ha justificado desde el punto de vista político.

En los sistemas tradicionales de seguridad social no había la preocupación de que se presentaran fallas de mercado, ya que al haber aseguramiento público se esperaba que el Estado no excluyera a las personas por su nivel de riesgo. Sin embargo, cuando hay una mezcla de aseguradoras públicas y privadas, este problema se puede dar. A continuación se presentan algunas teorías que justifican la existencia de la seguridad social como una institución pública y obligatoria, concentrándonos en razones de eficiencia económica —fallas de mercado— y equidad social.

1. Eficiencia económica. En el sector de salud existe una serie de problemas de información y escalas de producción que pueden ocasionar fallas de mercado. Entre las principales se encuentran:

- ◆ Selección adversa: consiste en que las personas se incluyen o excluyen de un seguro de salud voluntario, dependiendo de su situación de riesgo individual. Debido a que el asegurador no tiene información sobre qué tan riesgoso es un individuo en particular, y a que las personas de mayor riesgo buscarán comprar pólizas más completas, habrá una falla de mercado. En este caso, se espera que se ofrezcan dos tipos de pólizas: una, con una cobertura amplia a precios altos que serán compradas únicamente por las personas de alto riesgo; y otra, con una cobertura baja que será comprada por las personas de bajo riesgo, por lo que no se ofrecerán pólizas completas a las personas de menor riesgo (Rothschild and Stiglitz, 1976). La obligatoriedad de aseguramiento por parte del gobierno, en el caso del seguro de salud, es efectiva al facilitar un “pool” de riesgo eficiente que permite tener un seguro más completo para la población tanto de bajo como de alto riesgo (Pauly, 1974).

Una hipótesis de este capítulo es que en sistemas con una extensa economía informal, en los que la seguridad social está ligada al empleo, las personas pueden seleccionar tener o no cobertura. Debido a

lo anterior, los programas de seguro social tradicional, en economías con un sector informal grande terminan siendo voluntarios para una parte de la población. Esta falta de obligatoriedad puede originar problemas de selección adversa en el sistema.

- ◆ Selección de riesgos: normalmente, las aseguradoras no conocen qué personas tienen un mayor riesgo. Para evitarlas, las aseguran basándose en su riesgo esperado —estimado con base a edad y el género—. Lo anterior es conocido como selección de riesgo, creando así una falla en el mercado, en la que las aseguradoras privadas buscan excluir a las personas de mayor riesgo esperado. Esto es también conocido como “Descreme” (Cream Skimming). Al ser un instituto del gobierno el asegurador, se espera que no excluya a las personas por su nivel esperado de riesgo. En los sistemas en los que el asegurado puede elegir asegurarse en instituciones privadas, podrían existir problemas de selección de riesgos, como es el caso de Chile, en donde los adultos mayores y las personas con preexistencias declaradas se concentran en el sistema público de salud.

- ◆ Riesgo Moral: consiste en la posibilidad de que el asegurado afecte el tamaño o la probabilidad de la pérdida. Surge por la presencia de incentivos para que los agentes actúen de alguna forma, en la cual producen costos por no asumir una responsabilidad. En el mercado de la salud es muy común que las personas sobre utilicen los servicios una vez que se encuentran aseguradas, debido a que no enfrentan los precios de mercado de los servicios. Esto constituye una falla de mercado, ya que se consumen más recursos en salud de lo que sería eficiente. Sin embargo, lo anterior puede ocurrir tanto en seguros privados como en públicos, por lo que la existencia del riesgo moral per se no justifica la seguridad social en salud. Para reducir este problema se deben buscar mecanismos de oferta o demanda que hagan más eficiente el sistema. Por el lado de la demanda de servicios se pueden buscar esquemas que la reduzcan, tales como co-pagos, deducibles, ligar beneficios a contribuciones y otros. Por el lado de la oferta se puede buscar mejorar el papel de los doctores como agentes de cuidados primarios en el contacto inicial del asegurado con el sistema —gatekeeping—.

- ◆ Economías de escala: significa que el costo por unidad de producto disminuye conforme aumenta el volumen de producción. Existen estas economías en el aseguramiento de la salud, tanto en la recolección de impuestos como en la administración y supervisión del proceso. Si un agente privado obtuviera poder monopólico debido a las economías de escala, causaría problemas.

- ◆ Miopía: los individuos sólo ven en el corto plazo y pueden no prever que en un futuro

enfrentarán gastos en salud, en cuyo caso, caerán en la red de asistencia social. La seguridad social buscaría evitar esta imprevisión.

2. Equidad social. Aunque se encontrara una solución a los problemas antes mencionados, existen ciertos grupos de edad y sociales, cuyo costo de adquirir un seguro de salud en el mercado privado está fuera de sus posibilidades económicas. Debido a la importancia de que a las personas más desfavorecidas se les garantice un nivel de bienestar mínimo, se justifica la intervención gubernamental. En algunos casos, a pesar de la intervención gubernamental, permanece la inequidad en cuanto al tipo de cobertura y los recursos fiscales destinados a diferentes grupos de ingreso.

La existencia de un seguro médico permite cubrir a las personas contra la posibilidad de una pérdida de ingreso debido a la dispersión de riesgo que se puede alcanzar. A diferencia del mercado, la seguridad social en salud permite evitar que no se ofrezca seguro médico para los grupos de población con mayor riesgo esperado.

En resumen, la obligatoriedad del sistema de seguridad social para cualquier país se justifica como una solución al problema de la selección adversa por parte de los individuos. Sin embargo, como se hizo notar antes, si existe un gran sector informal y la obligatoriedad está ligada a la fuente de empleo, se sigue presentando el problema.

El aseguramiento por parte del sector público se presenta también como una solución a la selección de riesgos por parte de las aseguradoras. Sin embargo, la reducción en esta selección, también puede buscarse mediante una regulación del mercado de seguros privados, como la que se llevó a cabo en Colombia. Esta regulación incluye la obligatoriedad de un mismo paquete de servicios para toda la población, y ajustes a las primas por edad, sexo y regiones. No obstante, es difícil garantizar tal prestación, ya que las aseguradoras pueden utilizar diferentes estrategias para evadir la regulación. Otra opción es la del caso chileno, en el que no se evita necesariamente la selección de riesgos, pero existe un asegurador público de última instancia que absorbe los casos más riesgosos, permitiendo la cobertura de quien más lo necesita.

La obligatoriedad en el aseguramiento, también evita que en el largo plazo se tenga que cubrir mediante programas de asistencia a las personas que sólo consideraron el corto plazo, y a quienes, por tanto, no les interesó comprar un seguro de salud.

Finalmente, para hacer más eficiente el sistema se deben buscar mecanismos que eviten el riesgo moral y que ayuden a contener costos o aumentar la productividad. Es importante recalcar el papel de la seguridad social como un instrumento solidario entre personas con y sin recursos económicos, con objeto de alcanzar un bienestar mínimo para todos.

VIII.2 Financiamiento y desempeño de los diferentes sistemas

Con el objetivo de comparar el desempeño de los sistemas de salud de los diferentes países de América, en el Cuadro VIII.2 se presenta el gasto en salud per cápita, el gasto en salud como porcentaje del PIB, así como un indicador del logro global de las metas del sector.

Este último fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), y se basa en el alcance de los objetivos de un sistema de salud planteados por esta organización. Los objetivos son mejorar la salud de la población a la que sirven, responder a las expectativas de las personas y brindar protección financiera contra los costos de la mala salud. El indicador nos permite comparar la situación de los diferentes países para el año 1997.⁶

Los países se agruparon según su posición, es decir, aquél con el mejor desempeño obtiene un indicador de uno, y éste va aumentando conforme se reduce el desempeño, siendo el país con número 191, el que tiene un peor desempeño en la meta correspondiente al índice. Desafortunadamente, estos índices nada más se calcularon para uno o dos períodos en el tiempo, lo cual, no permite evaluar las reformas con base en los objetivos planteados por la OMS, pero sí deja saber la situación del país comparado con otros en un tiempo dado.

Los indicadores antes mencionados se presentan organizando a los países en los cuatro grupos desarrollados con anterioridad en el Cuadro VIII.1.

En el grupo I, el país con el mayor logro global de las metas es Canadá, pero también es el que más gasta en ese grupo en salud per cápita. La diferencia en las posiciones de logro global de las metas es muy grande, de lo cual se puede inferir que el monto de los recursos gastados en salud y la forma de organizar el sistema internamente puede tener un efecto muy fuerte sobre el desempeño.

En el grupo II, también se presentan grandes diferencias en el desempeño, siendo Costa Rica, Uruguay y México, los que tienen una mejor posición, y el Salvador y Honduras, los que tienen un menor alcance en

⁶ El logro global de las metas se construye a partir de cinco índices. Estos son: nivel de salud, distribución de la salud, nivel de capacidad de respuesta, distribución de la capacidad de respuesta y el índice de equidad de la contribución financiera.

Cuadro VIII.2
Recursos invertidos en el sector salud (2000) e indicador del logro global de las metas (1997)

Grupo I

País	Gasto Nacional en Salud como proporción del PIB	Gasto Nacional en Salud per- cápita (US\$ corrientes)	Logro global de las metas
Canadá	9.1%	2,354	7
Barbados	6.4%	915	38
Cuba	6.8%	186	40
Dominica	6.1%	340	42
Trinidad y Tobago	5.2%	468	56
Jamaica	5.5%	208	63
Granada	4.8%	351	68
Antigua y Barbuda	5.5%	629	71
Santa Lucía	4.3%	272	87
Belice	4.6%	273	104
Guayana	5.1%	197	116
Brasil	8.3%	631	125
Haití	4.9%	54	145
Anguila	4.9%*	382*	181

Grupo II

País	Gasto Nacional en Salud como proporción del PIB	Gasto Nacional en Salud per- cápita (US\$ corrientes)	Logro global de las metas
Costa Rica	6.4%	481	45
Uruguay	10.9%	1,005	50
México	5.4%	483	51
Venezuela	4.7%	280	65
República Dominicana	6.3%	357	66
Panamá	7.6%	464	70
Paraguay	7.9%	323	73
Nicaragua	4.4%	108	101
Ecuador	2.4%	78	107
Guatemala	4.7%	192	113
Perú	4.8%	238	115
Bolivia	6.7%	158	117
El Salvador	8.8%	388	122
Honduras	6.8%	165	129

Grupo III

País	Gasto Nacional en Salud como proporción del PIB	Gasto Nacional en Salud per- cápita (US\$ corrientes)	Logro global de las metas
Chile	7.2%	697	33
Colombia	9.6%	616	41
Argentina	8.6%	1,091	49

Cuadro VIII.2 (continuación)
 Recursos invertidos en el sector salud (2000) e indicador del logro global de las metas (1997)

País	Gasto Nacional en Salud como proporción del PIB	Gasto Nacional en Salud per cápita (US\$ corrientes)	Logro global de las metas
Estados Unidos de América	13.1%	4,499	15

Fuente: Con datos de la Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, Suiza 2000, y Pan American Health Organization, 2003.

*Datos correspondientes a 1998.

el logro global de las metas. Se debe notar, que los tres países con mejor logro tienen una cobertura por programa de seguridad social que varía del 41 al 90 por ciento, mientras que el Salvador y Honduras tan sólo alcanzan una cobertura del 15 y del 11 por ciento de su población, respectivamente.

Los países incluidos en el grupo III se encuentran en una posición alta en cuanto a su logro de metas, entre los 49 primeros países de un total de 191, lo cual, nos muestra que según los indicadores de la OMS, este tipo de sistema no necesariamente tiene efectos globales negativos.

Finalmente, Estados Unidos es el único país que integra el grupo IV y se encuentra en una posición alta en nivel mundial, la número 15, pero tiene un gasto en salud muy elevado.

Con relación a nuestros casos de estudio, si se compara Estados Unidos con Canadá, este último país se encuentra por arriba, es el primero en cuanto a logro de las metas y gasta la mitad de los recursos per cápita de lo que gasta Estados Unidos. En el caso de Chile, Colombia y México, el mayor logro global de metas está a la par de un mayor gasto en salud per cápita y una más elevada cobertura.

VIII.3 Motivos que han propiciado las reformas

Varios países han reformado o se han planteado reformar su sistema de seguridad social en salud, los motivos principales son las dificultades financieras de los sistemas y/o presiones políticas a favor de la cobertura universal. Algunas de las principales razones que han ocasionado estas presiones incluyen:

1. Una reducción en los fondos disponibles para cubrir el seguro social en salud. En algunos países de América Latina, cuando no se tenía una preocupación por establecer reservas financieras para el ramo de pensiones, parte de los fondos excedentes se uti-

lizaban para financiar el déficit que se presentaba en el ramo de salud. Una vez que se identificó el problema de falta de sustentabilidad financiera en el ramo de pensiones, en varios países se hicieron cambios para tener sistemas de jubilación fondeados. En algunos países, esto se realizó separando las cuentas de cada ramo de seguro o cambiando de un sistema de reparto a uno de cuentas individuales. Debido a lo anterior, estos países ya no utilizan los recursos excedentes para cubrir el déficit del seguro médico, lo cual impone una fuerte presión financiera en este sistema.

2. Un aumento en los costos de la atención a la salud. Varios factores han contribuido al incremento:

a. La demanda de servicios de salud se ha incrementado debido a procesos demográficos de transición, en los que se pasó de una etapa con altas tasas de fecundidad y mortalidad hacia otra de bajas tasas en ambos casos, con un incremento sustancial en la esperanza de vida. Lo anterior ocasiona que aumente el número de personas de 65 años y más —adultos mayores—. Ellos consumen en promedio un mayor monto de servicios médicos per cápita. Las estimaciones sobre qué tanto más consumen varían según las fuentes y países involucrados. Para los países de la OCDE se estima que en promedio, los adultos mayores emplean 4 veces servicios médicos más que las personas menores a 65 años (Oxley y MacFarlan, 1994), y en el caso de Estados Unidos se estima que los adultos mayores consumen 165 por ciento más que los adultos entre 19 y 64 años de edad (Cutler 1997 citando a Fisher (1980)⁷). Para el caso de México, la atención de un hombre de 65-69 años tiene un costo hospitalario en el Instituto Mexicano del Seguro Social 3 veces mayor que la de un hombre de 40 a 44 años, mientras que la atención de un hombre de 90 a 94 años tiene un costo de aproximadamente 9 veces la del grupo de referencia (Peña et al., 2003).

⁷ Fisher, Charles R. 1980. "Differences by Age Groups in Health Care Spending". Health Care Financing Review 2:65-89.

b. El cuadro de enfermedades se transforma y evoluciona hacia algunas que son más costosas de atender, como es el caso de las cardiovasculares, el cáncer, las insuficiencias renales y algunas otras, entre las que se cuentan la diabetes y el sida.

c. Ha habido un fuerte incremento de precios del sector de medicinas y tratamientos médicos. Éstos son cada vez mejores debido al avance tecnológico, pero también mucho más costosos. No queda claro en el presente, por tanto, si la superioridad médica de los nuevos tratamientos justifica el aumento desmesurado de sus costos. En México, por ejemplo, el índice de precios de los medicamentos se incrementó el doble del promedio del nivel de precios al consumidor desde 1995 (IMSS, 2002).

Otros factores que han influido en el aumento del gasto en salud para el caso de Estados Unidos son los siguientes (Cutler, 1997): un aumento en el ingreso de la población, el cual se ha traducido en una mayor demanda de servicios; un aumento en la cobertura y acceso a un seguro de salud que ha incrementado la demanda de servicios como efecto del fenómeno de riesgo moral; un aumento en los costos administrativos y demanda, inducido por parte de los médicos.

3. Presión política por una cobertura universal más equitativa y con mayor elección de prestadores de servicios de salud. A medida que los países han experimentado un desarrollo político, se ha considerado inaceptable la falta de cobertura universal. Lo anterior, también significa mayores dificultades financieras para los sistemas. Adicionalmente, existe presión política para tener mayor elección de hospitales y médicos, lo cual es más costoso para el sistema.

VIII.4 Reformas de los sistemas de seguridad social en salud

Las reformas han sido muy diferentes entre los países, pero, en general, todas buscan mejorar el nivel y la calidad de la salud de su población a través de una cobertura universal efectiva, de forma equitativa y eficiente. En algunos casos, también se ha buscado dar mayor libertad de elección de los prestadores de salud a las personas beneficiadas.

Las reformas pueden incluir cambios substanciales en el sistema, como pasar de un seguro público a permitir la elección de planes públicos o privados, o de un sistema de cobertura privada a otro público. Sin embargo, también hay casos en los que no se modifica el sistema drásticamente, sino que se incorporan cambios discretos en los esquemas existentes, buscando los mismos objetivos. La mayoría de las reformas incluyen uno o varios de los siguientes componentes (World Bank, 1993; Oxley y MacFarlan, 1994; y Jack, 2000).

a. Extensión de elegibilidad y cobertura

Algunos países han llevado a cabo reformas para expandir la elegibilidad de los miembros marginados de la población a ser cubiertos por el sistema de salud, o directamente por un seguro social en salud. Se hicieron esfuerzos serios por aumentar la cobertura, como en los casos de Canadá, Colombia, Irlanda, Holanda y España, entre otros.

El aumento en cobertura se podría también dar con cambios más discretos en los sistemas existentes, a través de una reducción en la evasión de la afiliación al sistema. Para aumentar la cobertura, también se pueden introducir políticas que incrementen la percepción del valor del seguro social de salud. Éstas tienen que ver principalmente con mejoras en la calidad de la prestación de servicios, así como con garantizar la existencia de recursos para proporcionar el paquete de beneficios. Un ejemplo de política para aumentar el valor de los servicios para los individuos sería tener disponibles los medicamentos para que las personas los puedan adquirir después de la consulta médica, reduciendo así su gasto de bolsillo; otro ejemplo es aumentar la capacidad de seleccionar a los médicos u hospitales dentro de la red existente, así como lograr una reducción en los tiempos de espera.

b. Aumento en la eficiencia mediante iniciativas de contención de costos

Algunos países han introducido políticas de contención de costos, es decir, reformas que afectan la oferta de servicios de salud. La contención de costos se puede dar tanto en servicios hospitalarios como en ambulatorios y en el gasto en medicamentos. El control de costos se facilita si existe poder monopsonico, esto es, si existe un solo comprador de servicios y de medicamentos, el cual puede forzar negociaciones con los proveedores.

En el caso de servicios hospitalarios, algunas técnicas de control de costos incluyen:

1. Topes globales al presupuesto hospitalario, como en el caso de Canadá.
2. Control en el número de hospitales nuevos y equipo médico costoso, también utilizada en Canadá.
3. Presupuesto prospectivo, es decir, se paga un monto fijo según el diagnóstico, y no un pago por servicio, como en el caso de Medicare en Estados Unidos.

El control de costos en servicios ambulatorios incluye: negociación de cuotas por servicios ambulatorios a nivel central, topes a los presupuestos de doctores y otros profesionales de la salud, ajuste de los precios relativos de servicios médicos.

Por último, la contención de costos de los productos farmacéuticos se realiza mediante la imposición de límites en los medicamentos a cubrir, usando listas positivas y negativas, el control de precios y de las utilidades del sector, y el aumento en los incentivos para utilizar productos genéricos más baratos.

c. Aumento en la productividad de los recursos

El aumento en la productividad de los recursos se ha buscado de varias formas. Algunos países como Colombia y Chile han cambiado de un aseguramiento público a una combinación pública-privada, en donde se enfatiza la libre elección por parte del consumidor de la aseguradora que lo cubrirá. Esta libre elección busca aumentar la productividad mediante competencia regulada entre aseguradoras —managed competition—.

Otros tipos de reformas que buscan aumentar la productividad mediante la competencia a nivel proveedores, a través de políticas de libre elección por los consumidores, se han dado en Suecia, Gran Bretaña y otros países europeos, que introdujeron reformas con diferentes formas de “mercados sociales”, estableciendo una división entre compradores y proveedores. El control político está restringido a los compradores, entre los cuales no existe competencia. La mayoría de los proveedores —hospitales y médicos— se mantuvieron públicos, pero ahora existe competencia entre proveedores debido a que los pacientes tienen libre elección de médicos y hospitales. Se establecen contratos entre los compradores locales y los proveedores, pero los pacientes pueden elegir a cualquier proveedor independientemente del contrato que éste tenga con el comprador. Existe una fuerte prioridad política en cuanto a la libre elección (Diderichsen, 1995).

En fin, se han realizado en el pasado múltiples estudios sobre sistemas de salud y reformas a los sistemas de salud (Cutler, 1997; Harvard School of Public Health, 1996; Jiménez and Bossert, 1995; Oyarzo, 2000; OMS, 2000; Oxley y MacFarlan, 1994; OPS 1998 (a); OPS 1998 (b); OPS 2000; Phelps, 1997; Rosen, 1999; Yepes y Sánchez, 2000; Frenk et al., 1994; Frenk 1995; Frenk, González et al., 1999), sin embargo, no se ha presentado en ellos un marco general de seguridad social en salud que abarque todas las posibilidades de organización aplicables a los países del continente, como el que se presentó en esta sección.

VIII.5 Algunos países que reformaron sus sistemas de seguridad social en salud

Este informe incluye el análisis de las reformas en cinco países del continente, mismos que se consideraron relevantes en el estudio de la seguridad social en salud.

Los casos de Chile y Colombia son interesantes, debido a que sus reformas introducen un elemento de libertad de elección y competencia entre aseguradores y prestadores públicos y privados. El caso de Chile, quizá sea uno de los más conocidos, incluye un seguro médico obligatorio en donde las familias pueden elegir entre aseguradoras privadas (ISAPRES) y la aseguradora pública (FONASA). Como el gobierno no es el único asegurador, se analizó para el caso chileno si permanecen las fallas de mercado explicadas con anterioridad, tales como la selección adversa por parte de los asegurados y la selección de riesgo por parte de las aseguradoras. Estos problemas se investigan en este reporte y también se han estudiado con anterioridad (Sapelly y Torche, 1998 y Sapelly y Vial, 2001). Para el caso chileno, además, se ha estudiado si hay equidad en el financiamiento del sistema (Bitrán et al, 2000). El otro caso de estudio es el de la reforma del sistema de salud colombiano, en la que se buscó la cobertura universal a través de aseguradoras públicas y privadas, así como reducir los problemas encontrados en el caso chileno, en cuanto a la selección adversa y la selección de riesgos. Se introdujeron una serie de regulaciones que incluyen un seguro obligatorio para toda la población, la obligación de las aseguradoras de dar un seguro a cualquiera que lo solicite, una prima única con ajuste de riesgos para cada régimen —subsidiado y obligatorio— que cubre un paquete mínimo de servicios, el cual puede ser expandido. Otro de los objetivos buscados fue una mayor equidad en el financiamiento del sistema.

Antes de las reformas de los sistemas de seguridad social en salud en Estados Unidos y Canadá, el mayor aseguramiento se daba a través de seguros de salud privados, ofrecidos por los empleadores. La reforma en Estados Unidos focaliza la cobertura a ciertos grupos de población. A través de Medicare se cubre a la población de adultos mayores y a través de Medicaid, que es un programa asistencial, se cubre a ciertos grupos de población de bajos recursos. El principal problema que ha enfrentado este país es que su gasto en salud aumentó considerablemente entre 1960 y 1990, de 5.1 a 12.2 por ciento del PIB (Cutler, 1997). Debido a lo anterior, los cambios en estos programas se han dirigido hacia la contención de costos. Mas allá del entendimiento del caso de Estados Unidos en particular, estudiando su problemática se puede aprender sobre el efecto de diferentes medidas de contención de costos, lo cual sería de aplicación en otros países.

Otro caso de estudio interesante es el de Canadá, en donde existe una cobertura universal de la población. El seguro de salud está organizado por provincias y financiado con impuestos. Los costos en el sistema canadiense no han aumentado tanto como en el caso de Estados Unidos, ya que se ha llevado a cabo una

política de contención de costos a través de presupuestos globales. Es interesante analizar cómo funcionan estos presupuestos globales, qué tipo de dinámica se lleva a cabo para la contención de los costos y los efectos que han tenido sobre la calidad percibida de los servicios por los canadienses.

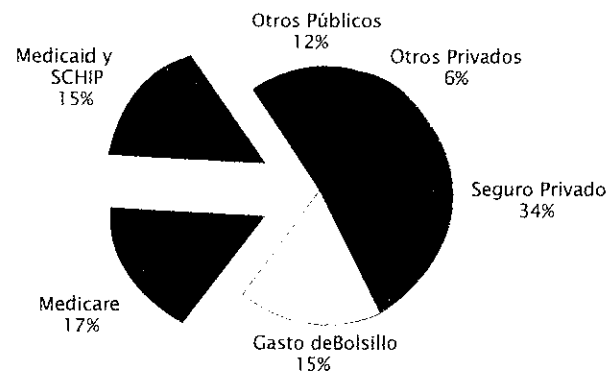
También se analizará la situación de México. Si bien en este país no se ha llevado a cabo una reforma estructural en la seguridad social en salud, se han realizado cambios para separar el financiamiento del seguro de salud —enfermedades y maternidad— de otros, así como modificaciones en los montos de contribución de trabajadores, patrones y gobierno. El caso de México presenta una serie de efectos que podrían ocurrir en otros países de América, en donde el aseguramiento es obligatorio y está ligado al empleo en la economía formal, como la existencia de selección adversa, debido a que los empleados pueden elegir entrar a un trabajo cubierto por la seguridad social o no, es decir, en la economía formal o informal, y a que los empleados por cuenta propia pueden elegir estar cubiertos o no. El segundo punto a analizar es la equidad en la cobertura y en el financiamiento del esquema. Estudios recientes muestran que el financiamiento del sistema de salud mexicano no es equitativo, ni horizontal ni verticalmente (Arzoz, Knaul y Recio 2003).

VIII.5.1 Estados Unidos

El sistema de salud de Estados Unidos es un sistema mixto. Aproximadamente una tercera parte de los estadounidenses están cubiertos por un seguro privado, el cual se obtiene principalmente a través del lugar de trabajo. La cobertura de la seguridad social está focalizada hacia ciertos grupos de población, y es proporcionada principalmente a través de los programas de Medicaid, SCHIP y Medicare. Medicaid y SCHIP son programas asistenciales, cubren a personas de bajos ingresos, son administrados por los estados, y son parcialmente financiados por el gobierno federal (CMS, 2002). Medicare, cubre a todas las personas mayores de 65 años y está financiado al nivel federal a través de las cotizaciones obligatorias de los trabajadores. Finalmente, aproximadamente 14.2 por ciento de la población de Estados Unidos no está cubierta por ningún seguro médico. Los no asegurados incluyen a inmigrantes indocumentados, a trabajadores pobres que no ganan lo suficiente para ser elegibles por Medicaid y a las personas de clase media que eligen no comprar un seguro médico. Estos individuos dependen de los servicios médicos gratuitos o de servicios públicos subsidiados, así como de los cuidados provistos en las áreas médicas de urgencias. Como se puede observar en la Gráfica VIII.1, el gasto en los programas de Medicaid, SCHIP y Medicare correspondió a más del 30 por ciento del gasto total en salud del país en el año 2000.

Mientras que la percepción internacional es que el sistema de salud de Estados Unidos es principalmente lucrativo, es en efecto un sistema mixto. Solo 18.1 por ciento de los hospitales de Estados Unidos son instituciones con ánimo de lucro (AHA, 2000). La mayoría (53.3 por ciento) son privados sin ánimo de lucro y el resto son públicos.

Gráfica VIII.1
Gasto de salud en Estados Unidos por categoría, 2000
(Gasto total en salud = \$1.3 billones de dólares)



Fuente: CMS (2002).

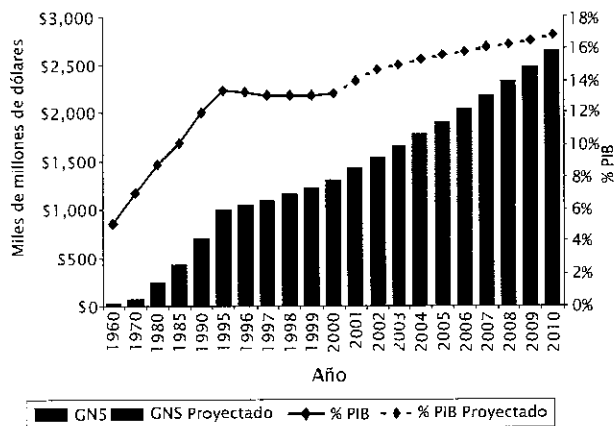
VIII.5.1.a Tendencias recientes del gasto en salud de Estados Unidos

Durante el período de 1960 a 1990, el gasto en salud de Estados Unidos aumentó dramáticamente de 5.1 por ciento del PIB en el año 1960, a 12 por ciento del PIB en 1990. El estudio de caso de Estados Unidos es interesante, ya que en este país se ha buscado reducir el aumento en el gasto del sistema de salud mediante políticas instrumentadas a través de los programas de seguridad social. Como resultado de las reformas llevadas a cabo en los años noventa, en Estados Unidos, el aumento en gasto en salud fue bajo en relación a sus estándares históricos. Durante el resto de los años noventa, el gasto anual en salud como porcentaje del PIB, en efecto, se redujo o se mantuvo constante en aproximadamente 13 por ciento del PIB (Henderson, 2002; ver Gráfica VIII.2). Lo anterior se atribuye en parte a un aumento muy grande en la cobertura por parte de los programas de aseguramiento al estilo "Managed Care" que se explicarán más adelante.

Existen tres razones que explican el menor aumento del gasto en salud durante los años noventa (Glied, 2003). La primera es que, a diferencia del pasado, la mayoría de los cambios tecnológicos durante esta década ocurrieron en la industria farmacéutica en lugar del área de cuidados médicos. La segunda es que el mercado de seguros durante este periodo es-

tuvo caracterizado por una competencia intensa y que, por lo tanto, las primas de los seguros de salud fueron relativamente bajas. La tercera razón es que el aseguramiento al estilo "Managed Care" se volvió más frecuente, y las aseguradoras "health maintenance organizations" fueron capaces de mantener el gasto en salud bajo. Algunas de las tácticas que utilizaron fue una reducción en los precios pagados por los servicios a través de negociaciones con los proveedores de servicios de salud.

Gráfica VIII.2
Gasto nacional en salud (GNS) y porcentaje del PIB
gastado en salud en Estados Unidos



Fuente: CMS (2003).

Debido a que la mayoría de los economistas de la salud creen que la difusión rápida de la tecnología es la causa principal del aumento en el gasto en salud, es posible que el aseguramiento al estilo "Managed Care" haya limitado el uso o sobre-uso de la tecnología médica (Glied, 2003). En el fondo, "Managed Care" es una innovación de los mercados en la que los mercados *imitan al gobierno*.

Antes de 1990, los consumidores y sus doctores tomaban las decisiones restringidos únicamente por los copagos impuestos por los contratos de seguros, que tradicionalmente eran de pago por servicio.⁸ El aseguramiento al estilo "Managed Care" se desarrolló como una respuesta al aumento en gasto de salud y se basa en la negociación de precios, en la administración de decisiones acerca de los niveles del cuidado a la salud y en los contratos por capitación.

El aseguramiento al estilo "Managed Care" tiene mecanismos que teóricamente pueden limitar el crecimiento tecnológico. Lo anterior puede ser explicado por el modelo teórico desarrollado por Bamgardner (1991). En general, los consumidores que están cubiertos por un seguro médico sobre-utilizan los servicios de salud, ya que no tienen que pagar el costo total de mercado de estos servicios, este es el problema de riesgo moral que se explicó con anterioridad. Una de las características de "Managed Care" es que mediante la introducción de barreras tecnológicas para los tratamientos, limita el exceso en el uso de los servicios médicos.

"Managed Care" tiene el potencial de limitar el gasto ineficiente en salud a través de tres mecanismos. El primer mecanismo es la contratación selectiva de los proveedores, de manera tal que aquellos que no ofrezcan precios bajos podrán ser excluidos de los contratos. Lo anterior ocasiona que en el corto plazo la inversión en nuevas tecnologías pueda no ser redituable, pero en el largo plazo esto puede dar lugar a un incremento en costos. En segundo lugar, al utilizar el mecanismo de capitación, mediante el cual los consumidores pagan por todos los servicios médicos una cuota fija independientemente del uso de servicios, se transfiere una buena parte del riesgo a los proveedores, lo cual también puede afectar el rendimiento esperado de la inversión en tecnología médica. En tercer lugar, los administradores de estos planes de seguros pueden limitar el monto del cuidado que reciben los consumidores. En algunos casos, los administradores deciden directamente la falta de inversión en tecnología, en otros casos, los administradores pueden impedir que los proveedores utilicen tecnología cara.

Entre 1993 y 1997, que corresponde al periodo en que hubo un incremento bajo en el gasto de salud, los planes de salud del estilo de "Managed Care" aumentaron en aproximadamente 70 por ciento, hasta cubrir al 72 por ciento de las personas aseguradas (Glied, 2003, Health Insurance Association of America, 2002). Estos planes incluyen muchos incentivos y límites en la utilización de servicios.

VIII.5.1.b Reducción de costos a través del programa de Medicare.

Muchas de las propuestas para controlar el aumento en el gasto en salud de Estados Unidos se han basado en los programas del gobierno, debido a que éstos representan aproximadamente la mitad del gasto nacional en salud. En 1983, el gobierno de Estados

⁸ Se argumenta que la demanda inducida por los oferentes también ha contribuido a que la inflación de costos sea alta. No estamos en contra de este punto, pero argumentamos que si el copago no fuera bajo, los oferentes no podrían inducir la demanda de servicios substancialmente, es decir, no podrían hacer que los pacientes utilizaran mayor número de servicios médicos de los que realmente necesitan.

Unidos cambió la forma de remuneración a los hospitales, al pasar de un programa de pago por evento a uno de pago prospectivo. Bajo el viejo esquema, los hospitales daban servicios a las personas elegibles y el hospital era reembolsado por el costo de proveer los servicios utilizados. Este sistema hacía que los gastos se salieran de control, ya que por su diseño, ocasionaba un aumento en el volumen de los servicios provistos. Adicionalmente, los hospitales se volvían ineficientes debido a una inversión excesiva en capital que les permitiera manejar el incremento en la demanda de servicios.

En respuesta, el gobierno de Estados Unidos desarrolló un sistema de pago prospectivo, mediante el cual los hospitales serían remunerados mediante el pago de un monto fijo basado en el diagnóstico del paciente en lugar de estar basado en los servicios utilizados. Bajo este sistema, se le paga al hospital basándose en el grupo de diagnóstico relacionado al que sea asignado el paciente. El objetivo principal era crear incentivos para reducir los costos en salud. De hecho, investigación realizada con relación en el sistema de pago prospectivo sugiere que el esquema propició una reducción substancial en los gastos médicos hospitalarios de Medicare—en un orden de alrededor de 20 por ciento de las estimaciones proyectadas—a través de una reducción en el número de admisiones hospitalarias y de estancias más cortas (Russell y Manning, 1989, ver también Meltzer, Cheng y Basu, 2002).

VIII.5.1.c Efecto de la utilización de planes de aseguramiento al estilo de “Managed Care” en el programa Medicaid

Felt-Lisk y Yang (1997) reportaron que, para 1996, 23 por ciento de todos los pacientes pertenecientes al programa Medicaid estaban en planes de aseguramiento al estilo “Managed Care”, con un mecanismo de capitación completa. El crecimiento en la cobertura de este tipo de planes entre 1993 y 1996 fue de 196 por ciento. Para el año 2002, el porcentaje de pacientes del programa Medicaid en planes al estilo de “Managed Care”, fue de 58 por ciento (Hurley y Somers, 2003). Mostraron también que en lugar de afiliarse a los pacientes de Medicaid a los planes existentes, 63 por ciento de los planes que servían a pacientes del programa Medicaid eran planes nuevos. Sin embargo, Draper y cols. (2002) reportaron que en el año 2002, los planes de “Managed Care” que servían a las personas de Medicaid estaban siendo discontinuados a una tasa muy alta.

VIII.5.1.d Efectos de la relación entre los diferentes pilares del sistema de salud

A pesar de que los tres pilares del sistema estadounidense: Medicaid, Medicare y el aseguramiento privado, tuvieron diferentes reformas durante los años

noventas, los tres experimentaron una reducción similar en el aumento del gasto durante este periodo. Esta situación se puede explicar por la relación existente entre los tres sistemas.

Si la clave de una menor inflación durante los noventas es la limitación tecnológica, existen dos posibles explicaciones. La primera es que las personas cubiertas por alguno de los tres sistemas usualmente utilizan los mismo hospitales y doctores (lo que es menos usual en el caso del Medicaid). Por ello, podría ser que con la reforma en alguno de los tres sistemas, los proveedores hayan cambiado las prácticas médicas afectando a todos los usuarios. Otra explicación podría estar relacionada a la demanda. Si los consumidores con seguro privado demandan ciertos servicios, esta demanda se extiende también a los programas de Medicare y Medicaid.

VIII.5.1.e Tecnología y “Managed Care”: evidencia empírica

Tal como se describió anteriormente, Baumgardner (1991) sugiere que los mecanismos del aseguramiento al estilo de “Managed Care” pueden desacelerar el avance de la tecnología médica. Se ha argumentado que tal avance es la causa principal del aumento en el gasto en salud. También se ha sugerido que los costos médicos y el aseguramiento al estilo de “Managed Care” están negativamente relacionados a nivel nacional. A continuación se presenta alguna evidencia empírica de los efectos directos del aseguramiento al estilo de “Managed Care” sobre la tecnología médica.

Baker (2001) analizó la adopción de tecnología de resonancia magnética (MRI), y la penetración del aseguramiento al estilo de “Managed Care” entre 1983 y 1993. Sus cálculos indican que las compras de este tipo de tecnología se redujeron en cerca de 20 por ciento por la presión ejercida por las aseguradoras con planes de aseguramiento al estilo de “Managed Care”. Cutler y Shainer (1998) demostraron que la mayor penetración del aseguramiento del tipo “Managed Care”, a nivel estatal, está negativamente asociada con la difusión de tecnología médica.

Sin embargo, la evidencia sobre esta relación no está libre de ambigüedades. Hill y Wolfe (1997) compararon la proporción de hospitales que ofrecían servicios de alta tecnología en seis ciudades. La ciudad de Madison, la cual tenía un programa formal de promoción del aseguramiento al estilo de “Managed Care” entre los empleados estatales, tuvo una proporción de hospitales que ofrecían los servicios de alta tecnología similar a otras ciudades sin esos programas. Sin embargo, Hill y Wolfe (1997) no realizaron un análisis estadístico.

VIII.5.1.f Reducción de costos y aseguramiento al estilo de "Managed care": evidencia empírica

Si bien "Managed Care" probablemente reduce la difusión tecnológica, es posible que haya introducido otras presiones al mercado médico. Miller y Luft (1994) revisaron la literatura existente sobre los efectos del aseguramiento al estilo de "Managed Care" sobre varias medidas de costos de salud. Cinco estudios mostraron una relación negativa entre la razón de costos de salud a utilización, y la penetración de este tipo de aseguramiento, tres estudios muestran una relación positiva, y otros tres son ambiguos. Feldman, Dowd y Giffors (1993) muestran que las compañías que ofrecen programas de "Managed Care", enfrentan un aumento en las primas promedio comparadas a compañías donde sólo se ofrece pago-por-servicio. Gaskin y Hadley (1997) muestran que los costos hospitalarios se reducen en áreas con penetración de "Managed Care". La mayoría de los estudios de uso de servicios médicos confirman los experimentos realizados por RAND, es decir, que hay una reducción en la utilización de servicios de las personas que cuentan con aseguramiento al estilo de "Managed Care".

Si bien los resultados de la revisión empírica parece mixta, Brown (2003) asegura que las primas de los seguros de salud podrían ser mayores que las esperadas, a pesar de la reducción en costos médicos debido a la falta de competencia local en mercados de aseguramiento. Es decir, aunque exista una reducción en costos, esta no se ha traducido en una disminución de las primas de los seguros del tipo de "Managed Care".

VIII.5.1.g Cambios recientes en el gasto en salud.

Se ha notado que la desaceleración del aumento del gasto en salud, ha ocurrido al mismo tiempo que el aumento en la cobertura de seguros de salud del tipo de "Managed care". También se ha mostrado evidencia, aunque algunas veces mixta, de que la tecnología y los costos en salud aumentaron más lentamente o decayeron en áreas con mayor penetración de seguros del tipo "Managed Care". Sin embargo, el gasto en salud parece estar aumentando nuevamente. En el 2001, el crecimiento en el gasto en salud fue del 10 por ciento. En el año 2002, Struck y Ginsberg (2003) han demostrado que el gasto privado en salud creció en 9.6 por ciento. Al parecer, lo anterior está relacionado a un aumento en el gasto hospitalario y en consultas médicas, debido en parte a un incremento en los precios de los servicios hospitalarios. Entonces, ¿a qué se debe el aumento en el gasto en salud, a cambios en las prácticas de aseguramiento de "Managed Care" y/o a la respuesta de los proveedores a tales prácticas?

Robinson (2001) notó que existen mayores niveles de consumo de servicios, lo cuál afecta el gasto en salud, donde el administrador de los seguros se ha retirado de la toma de decisiones sobre el cuidado de salud y los consumidores han vuelto a tomar estas decisiones. Las organizaciones que están sobreviviendo, principalmente, son aquellas en donde hay menos limitaciones y que, por lo tanto, no pueden contener tanto los costos.

Draper et al. (2002) revisaron 220 planes de aseguramiento del tipo "Managed Care" para 50 compañías en 12 mercados. Casi todas las compañías están desarrollando planes que ofrecen una mayor decisión por parte del consumidor sobre la selección de proveedores y el uso de servicios. Las compañías también reportan el deseo de facilitar la negociación de precios con los proveedores de servicios de salud. Finalmente, el compartir riesgos mediante la capitación es menos popular que antes entre las compañías. Algunos planes han comenzado a incrementar los copagos, es decir, están utilizando el mecanismo tradicional en sistemas de pago-por-servicio que limita el riesgo moral.

Existen varios factores que pueden explicar el incremento en los costos de salud proyectado a futuro. El primero es que los cambios tecnológicos ya no están limitados al sector farmacéutico, sino que también están ocurriendo en el sector hospitalario (Struck, Ginsberg y Gabel, 2002). Segundo, las compañías aseguradoras ya no están interesadas en aumentar su participación en el mercado a través de reducción de primas, sino a través del aumento agresivo de primas para mantenerse en las áreas más rentables del negocio. Tercero, la estrategia de reducción de costos, tal como la reducción de precios pagados a proveedores y el monitoreo de servicios, se han tornado más difíciles de implementar y sostener debido a la falta de apoyo del consumidor y de los proveedores de servicios.

Otros factores que son importantes para explicar el incremento esperado del gasto en salud incluyen la transición demográfica como resultado del envejecimiento de la población, y la transición epidemiológica hacia enfermedades que son cada vez más costosas de tratar, tales como las del corazón, cáncer y diabetes.

Durante la administración del presidente Clinton hubo un debate muy fuerte sobre si el gobierno debería intervenir más en el sistema de salud estadounidense. Por un lado se encuentran los críticos que creen que el sector privado está desarrollando mecanismos efectivos para la contención de costos, como son las "Health Maintenance Organizations", y por otro lado se encuentran aquellos que piensan que la intervención del estado es imperativa para reducir el número de personas sin seguro de salud (Rosen, 1999).

La discusión principal se basó en proponer una reforma que introduciría un esquema de competencia regulada. Este esquema incluiría las siguientes características: se formaría una cooperativa para organizar la compra de servicios de salud dentro de cada región. La cooperativa establecería estándares para el plan de salud de la zona y contrataría, con proveedores elegibles, un paquete básico estandarizado. Habría un periodo anual de afiliación, y se buscaría la cobertura universal mediante subsidios públicos a personas sin capacidad de pago.

VIII.5.2 Canadá

El enfoque canadiense de prestación de la atención médica se basa en un sistema nacional del seguro médico. De acuerdo con la Ley de Atención Médica de Canadá de 1984, cada provincia administra y provee los servicios de atención médica que generalmente son gratuitos. A los proveedores de servicios, se les paga con base en una cuota por servicio. La mayor parte del sistema surgió de la necesidad de otorgar servicios de atención médica adecuadas en un país que se caracteriza por estar formado por provincias con una gran población rural de bajos ingresos. El sistema proporciona una cobertura total en lo referente a la atención médica y no hay límites en los beneficios que los individuos pueden recibir durante su vida (Santerre y Neun, 2004).

Aunque, originalmente, el costo del sistema de atención médica canadiense era compartido por los gobiernos provincial y federal, el sistema fue reemplazado con subvenciones otorgadas con base en el número de pobladores de cada provincia a fines de los años 70. El efecto de este cambio en el mecanismo de financiamiento ha sido que la participación federal en el financiamiento del sistema de atención médica se ha reducido sustancialmente durante las dos últimas décadas. La participación federal en el financiamiento se ha reducido de la mitad durante los años 70 a casi una quinta parte en la segunda mitad de los años 90 (Naylor, 1999).

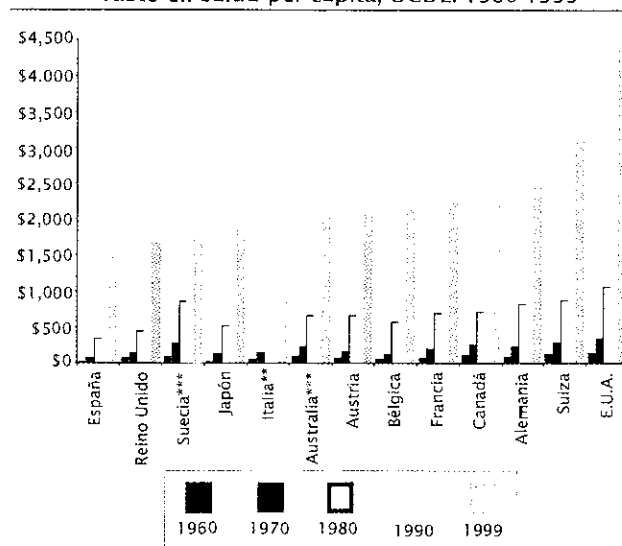
Para hacer frente a los recientes aumentos en los costos, las provincias han sido obligadas a reducir el gasto en atención médica pública y algunos de estos gastos los realiza el sector privado. Además, las provincias han reducido las cuotas de los médicos y han adoptado límites en lo referente a la cantidad que los médicos pueden facturar durante un cierto periodo (Henderson, 2002).

VIII.5.2.a Tendencias de los costos de la atención médica en Canadá

El gasto en atención médica, como porcentaje del PIB, se ha incrementado en menor medida en Canadá que en Estados Unidos. En 1970, el gasto en atención

médica representaba 7.2 por ciento del PIB de Canadá y el 7.4 por ciento del PIB de Estados Unidos – véase la Figura VIII 3. Para 1987, el gasto había aumentado al 8.6 por ciento en Canadá y al 11.2 por ciento en Estados Unidos. El gasto en atención médica per cápita en Canadá creció de US\$ 710 en 1980 a US\$2,428 en 1999. En Estados Unidos, el gasto per cápita aumentó de US\$1,058 a US\$4,373 durante el mismo periodo (CMS, 2003).

Gráfica VIII.3
Gasto en salud per cápita, OCDE: 1960-1999



Fuente: CMS (2003).

Canadá ha sido capaz de controlar los costos de la atención médica a través de la regionalización de los servicios. Los recursos relacionados con la salud son asignados por el gobierno, que a su vez decide sobre temas tales como: el nivel de inversiones de capital en los hospitales, la asignación regional de médicos y especialistas, y en dónde se deben adoptar y usar los servicios de alta tecnología. El resultado final es que la tecnología médica es menos utilizada en Canadá que en Estados Unidos (Arriman, McArthur y Zelder, 1999).

Es posible que Estados Unidos tenga un exceso de capacidad en servicios de alta tecnología en comparación con Canadá. Sin embargo, las listas de espera para muchos procesos de diagnóstico y cirugías son más comunes en Canadá, lo que sugiere que hay escasez en muchas áreas de servicio, particularmente en las que dependen de una tecnología médica costosa. Los largos periodos de espera tienen un efecto negativo en los ancianos, ya que ellos no tienen los recursos financieros para recurrir al sector privado.

Otra medida que ha contribuido a reducir el aumento en el gasto de la atención médica incluye los presu-

puestos globales. Por ejemplo, a los hospitales se les proporciona un presupuesto para atender a una cierta población. En este esquema, los recursos son asignados al nivel hospitalario, lo que reduce los costos, pero podría derivar en una escasez en el otorgamiento de los servicios (Henderson, 2002).

Sin embargo, la disponibilidad de servicios médicos con un costo bajo o sin costo para el consumidor, da como resultado una alta demanda de servicios de salud. Esto desembocará inevitablemente en aumentos del gasto o en largos periodos de espera.

VIII.5.2.b Conclusiones finales

Entre 1960 y 1990, los gastos en atención médica de Estados Unidos aumentaron de manera muy considerable, pero permanecieron constantes durante la mayor parte de la década de los años 90, principalmente a causa del advenimiento del aseguramiento al estilo "Managed Care". Se espera que los costos de la atención médica aumenten como resultado de: los cambios tecnológicos en los servicios hospitalarios, los aumentos en las primas de seguros, las dificultades para reducir los precios que se pagan a los proveedores y en el monitoreo del otorgamiento de los servicios, el envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica hacia condiciones que son relativamente caras.

El uso del aseguramiento al estilo "Managed Care" parece ser la forma más promisoría de contener el aumento en los costos de la atención médica. El sistema cumple con las reducciones de costos al permitir la contratación selectiva de proveedores, y al reducir la adopción de nuevas tecnologías y del nivel de atención recibida. En los últimos años, parece ser que los proveedores han reducido los programas que les permitían el control de los costos. Finalmente, queda por ver si la efectividad de estas medidas para controlar los costos de atención médica en Estados Unidos resultan positivas.

VIII.5.3 Chile

VIII.5.3.1 Reformas de la Seguridad Social en salud

Las reformas se iniciaron en 1979 durante el período militar con la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA). El Ministerio de Salud, históricamente el proveedor básico de servicios en el país, se reserva en forma progresiva un papel rector y regulador, el FONASA cumple funciones de aseguramiento y financiamiento y los servicios regionales de salud se ocupan de la provisión de servicios. Los 28 servicios de salud brindan asistencia médica y sanitaria a la población de una determinada zona geográfica por medio de sus establecimientos y unidades de atención.

A partir de 1982 se autorizó la existencia de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), permitiendo a empresas privadas participar en la administración de las cotizaciones obligatorias de salud, pero no fue hasta 1986 que el sistema se puso en operación. Desde entonces hay dos tipos de seguros: uno público, el FONASA, que cubre a indigentes y a cotizantes de salarios bajos; otro privado, formado por las ISAPRES, que cubre a cotizantes con ingresos más altos.

En el ámbito de las regulaciones y con el propósito de perfeccionar el funcionamiento del sistema privado, la fiscalización de estas instituciones, que inicialmente ejercía directamente FONASA, a partir de 1990 es efectuada por la Superintendencia de ISAPRES, entidad de carácter técnico encargada de fiscalizar y velar por el cumplimiento de la normativa.

Las nuevas políticas proponían descentralizar la prestación de servicios médicos y alentar al sector privado a colaborar en esta prestación, garantizar la libre elección por los usuarios, terminar con la diferenciación entre obreros y empleados, intensificar las medidas de prevención y ampliar su cobertura, controlar y regular la práctica privada en hospitales y aplicando el principio de "Estado subsidiario", subsidiar la atención médica sólo en los casos en que el individuo no pudiera costearla. Los demás deberían pagar de acuerdo a sus ingresos.

VIII.5.3.2 Sistema público de salud (FONASA)

El FONASA se financia con una prima equivalente a la cotización legal obligatoria de salud —7 por ciento de la remuneración— y con recursos fiscales. FONASA no aplica una evaluación de riesgos previa al ingreso de un beneficiario, por lo que cualquier persona que tenga una enfermedad preexistente, o que por edad no pueda acceder a una ISAPRE, puede afiliarse libremente al sistema público. FONASA bonifica total o parcialmente las prestaciones de salud otorgadas por profesionales e instituciones del sector público y privado en convenio.

El FONASA opera a través de dos modalidades de atención:

- *Modalidad institucional:* atención cerrada a la red de consultorios y hospitales públicos, donde cada persona paga un porcentaje de un arancel predefinido, en función de su ingreso —el menor pago es cero—.
- *Modalidad de libre elección:* las personas pueden elegir prestadores de salud privados de una lista de adscritos al sistema, pagando por cada prestación un monto determinado en función de un arancel fijado anualmente por el Ministerio de Salud.

En ambas modalidades se brindan prestaciones de tipo ambulatorio y hospitalario.

Los asegurados en el sistema público para la atención institucional —en los establecimientos públicos— se clasifican en cuatro grupos, A, B, C y D, de acuerdo a su nivel de ingreso —perteneciendo al A las personas de menor ingreso—. Para cada grupo se determina el porcentaje del valor de las prestaciones o copago que pagará el usuario.

En la modalidad institucional, los usuarios clasificados en los grupos A y B reciben atención gratuita, los del C pagan un copago de 10 por ciento del valor de las prestaciones y los del D un 20 por ciento, salvo en el nivel primario de atención, en el cual también reciben servicios gratuitos, pudiendo atenderse a través de toda la red del Sistema Nacional de Servicios de Salud, es decir, hospitales públicos, consultorios de atención primaria, postas rurales y servicios de urgencia. En la modalidad de libre elección se estima que los usuarios pagan aproximadamente 50 por ciento de la atención ambulatoria y cerca de 90 por ciento en hospitalización.

VIII.5.3.3 Sistema de salud privado (ISAPRES)

Las ISAPRES ofrecen a sus beneficiarios una multiplicidad de planes de salud y cada persona selecciona el suyo, de acuerdo a su disponibilidad de recursos o preferencia, pudiendo hacer aportes adicionales a su cotización legal de salud para mejorar la cobertura.

Los planes de salud ofrecen coberturas de tipo ambulatoria y hospitalaria, generalmente asociadas a una libre elección de prestadores de servicios. Es importante señalar, sin embargo, que no existe restricción legal para establecer planes cerrados a ciertos prestadores propios o en convenio con la ISAPRE. De hecho, la tendencia más valorada es la oferta de planes de salud con alternativa de libre elección total y una opción basada en la selección de prestadores definidos por la ISAPRE como “prestadores preferentes”.

Las coberturas de las prestaciones se establecen en cada plan de salud comercializado como un porcentaje de bonificación y un tope máximo por prestación. El nivel de cobertura de las ISAPRES permite que el copago sea entre el 30 y 40 por ciento del costo total de las prestaciones. Sin embargo, si se utiliza la red de prestadores preferentes el copago puede llegar a ser de cero. A partir del año 2000 se introdujo un seguro contra enfermedades catastróficas, mediante el cual, el copago máximo por cualquier enfermedad no podrá superar un monto equivalente a dos salarios —30 cotizaciones— en un período de dos años.

VIII.5.3.4 Comparación de los sistemas público y privado

El sector público tiene un plan de cobertura fácil de comprender, mientras que el privado tiene planes complejos y difíciles de entender. En el sector público se hace un contrato indefinido, sin modificación de precios ni beneficios y su costo es igual para todos —7 por ciento de la renta—. En el sector privado, la prima depende de las características de riesgo observables, edad y género, y los contratos están sujetos a revisión anual, tanto en precios como en beneficios. Otra fortaleza del sector público es que tiene buena cobertura nacional.

Las características del sector público hacen que éste se vuelva un asegurador de última instancia. Lo anterior permite a las personas que no están cubiertas por el sector privado, ya sea por falta de recursos para pagar la prima o por tener preexistencias médicas, usar el sistema público, en el cual no hay evaluación de riesgo. El problema es que el sistema público se vuelve más costoso al recibir un grupo de mayor riesgo.

En cuanto al sector privado, entre sus fortalezas se cuentan que los individuos disfrutan de una libre elección y el desembolso de las personas por copagos está protegido por un seguro de gastos catastróficos, las cuales son características que no posee el sector público. Otra ventaja es que tiene buena gestión médica y administrativa, a diferencia del sector público, en el cual ha habido un fuerte incremento en recursos sin el aumento correspondiente en productividad. Finalmente, otra ventaja del sector privado es que no tiene listas de espera, como si ocurre con el sector público. En efecto, de acuerdo con lo indicado en el estudio de Altura Management de 2002, existían en el sector público 50 mil personas con una atención postergada de hasta un año. En espera se encuentran intervenciones quirúrgicas muy frecuentes en Chile, como la colecistectomía, digestiva, urología, otorrino, entre otras.

VIII.5.3.5 Cobertura

Hacia 1979 el sistema de salud cubría, incluyendo el servicio de salud de las Fuerzas Armadas (FFAA), al 90 por ciento de la población chilena. El resto era atendido por el sector privado. Lo anterior implica que ya en esos años, la cobertura del esquema de salud era muy amplia, no siendo, por tanto, un aspecto fundamental para guiar cualquier política del sector.

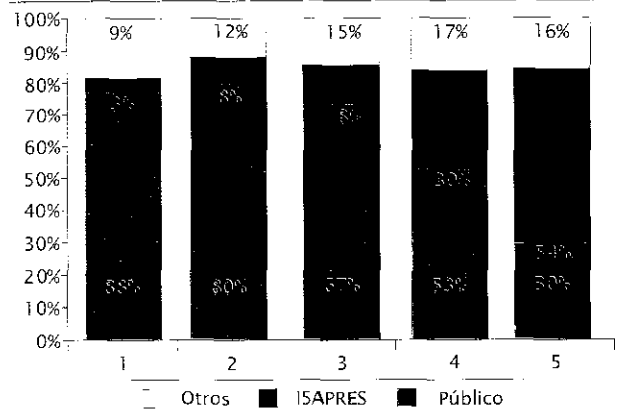
Para el año 2000, la población se había distribuido entre los diversos sistemas previsionales aprovechando la libertad de adscripción. De esta forma, el 66 por ciento estaba en el sistema público, el 20 por

ciento en las ISAPRES, 3 por ciento en el sistema de FFAA y el 11 por ciento restante se declaraba sin cobertura previsional. Sin embargo, se puede considerar que la población sin cobertura en el 60 por ciento de los estratos de menor ingreso pertenece al sistema público, ya que en caso de necesidad podrá acceder a esta red sin ser rechazada —6.2 por ciento de la población—. Bajo esa consideración, en realidad tan sólo queda el 4 por ciento de la población sin aseguramiento y el 73 por ciento queda bajo FONASA.

Debido al diseño del sistema de salud, la población que se puede trasladar a las ISAPRES corresponde a aquélla que puede pagar por el valor de su plan, ya sea con su cotización legal —7 por ciento de la renta— o con un aporte adicional a la aportación legal. Este mecanismo se traduce en que el sistema ISAPRES, al tener primas altas, atrae con mayor facilidad a la población de nivel socioeconómico superior, como lo muestra la Gráfica VIII.4. En ésta se puede observar que para el año 2000, la población cubierta por las ISAPRES para el primer quintil de ingreso —20 por ciento más pobre— es de tan sólo 3 por ciento, mientras que para el quinto quintil —20 por ciento más rica— es de 54 por ciento. Lo opuesto pasa con el sistema público o FONASA, que cubre a 88 por ciento de las personas del primer quintil de ingreso y tan sólo al 30 por ciento de las personas en el quinto quintil.

Antes de revisar la evolución del aseguramiento según sector, cabe tener presente que la atención de la salud se ha ampliado desde los años sesenta. En efecto, la tasa de consultas por habitante observada en 1960 era de 1.03 por habitante al año. De acuerdo con las últimas cifras disponibles, sólo en el sistema ISAPRES la tasa alcanza en el año 2000 más de 3.6 consultas anuales por persona. En este sentido, se puede considerar que la evolución del sistema de salud chileno ha sido notable en cuanto a acceso a las prestaciones, alcanzando niveles internacionales de demanda por prestaciones de salud, con una alta

Gráfica VIII.4
Población por institución previsional según nivel de ingreso, año 2000



Fuente: Con datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica

(CASEN) 2000. Ministerio de Planificación y Desarrollo (MIDEPLAN).

participación del sector privado como asegurador y prestador.

Como es posible observar en el Cuadro VIII.3, desde 1990, cuando el sistema privado ya estaba consolidado como alternativa de salud previsional en Chile, hasta el año 2000, el aseguramiento ha mostrado una tendencia similar para cada nivel de ingreso en cuanto al aseguramiento público y privado —un quintil es un grupo con el 20 por ciento de las personas—; en el cuadro, el nivel I corresponde al ingreso más bajo y el V al más alto.

Un aspecto que es importante señalar es que aun cuando la participación del sector privado en los niveles de bajos ingresos ha sido poco incidente, ha logrado alcanzar niveles cercanos a 15 por ciento —año 1996, quintil II—, mostrando hasta ese período un aumento sostenido de participación en todos los niveles. Sin embargo, a partir del año 1996 ha comenzado a mostrar un decrecimiento sostenido en todos los quintiles de ingreso, salvo el quinto.

Cuadro VIII.3
Participación en el aseguramiento de los sectores público y privado, por quintiles de ingreso

Año	Quintil I		Quintil II		Quintil III		Quintil IV		Quintil V	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
1990	85%	3%	79%	7%	70%	11%	58%	22%	37%	41%
1992	83%	5%	74%	12%	64%	17%	50%	29%	30%	46%
1994	85%	6%	76%	13%	65%	22%	50%	34%	30%	53%
1996	84%	6%	71%	14%	60%	23%	45%	35%	35%	56%
1998	86%	4%	74%	13%	62%	21%	47%	33%	26%	55%
2000	87%	3%	80%	8%	67%	18%	53%	30%	30%	54%

Fuente: Con datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2000. Ministerio de Planificación y Desarrollo (MIDEPLAN).

Los mayores cambios en participación se observan en los quintiles II y III, los cuales corresponden a niveles de clase media, muy sensibles al precio. Éstos entraron al sistema en el período de masificación previa a 1997, debiendo abandonarlo al ver aumentar los precios a niveles que no pueden solventar. Para ellos, el sistema público es una opción, por lo que a cierto nivel de relación beneficio/precio optarán por la alternativa del esquema público.

La tendencia futura va a depender esencialmente de las reformas legales que se introduzcan de la evolución de la situación económica y del nivel de empleo, pues éste determina el universo de los cotizantes y su distribución entre el FONASA y las ISAPRES.

VIII.5.3.6 Acceso a los sistemas de salud

En primer término, cabe destacar que en Chile, dada la cobertura geográfica de la red de salud, el acceso general a la atención ambulatoria es adecuado y además, la atención que ofrecen los establecimientos hospitalarios es percibida por sus usuarios de la misma manera. El principal problema detectado, en cuanto al acceso a la atención de la salud, se refiere a la hospitalización, la cual registra listas de espera relevantes en el sistema público.

En promedio, el 72 por ciento de la población que manifestó tener un evento de enfermedad o accidente obtuvo atención médica por dicho evento. Cabe tener presente que parte importante del 28 por ciento restante de la población puede no haber demandado atención, por considerarla innecesaria para tal evento.

El Cuadro VIII.4 indica que el nivel de satisfacción por la atención recibida es adecuado para todos los quintiles de ingreso y para los dos sistemas. El porcentaje de la población que percibe la atención recibida como muy buena y buena es un poco mayor para las personas que se encuentran cubiertas por un seguro privado.

VIII.5.3.7 Selección adversa y selección de riesgos

Con base en el marco conceptual desarrollado al comienzo del capítulo, se estudia si en el caso chileno se presentan problemas de selección adversa y

de selección de riesgos. En los sistemas tradicionales de seguridad social no había la preocupación de que se presentaran éstos, ya que al haber aseguramiento público se esperaba que el estado no excluyera a las personas por su nivel de riesgo. Sin embargo, cuando en el sistema hay una mezcla de aseguradoras públicas y privadas, este problema se puede presentar.

Selección de riesgos

Ésta se debe a que las aseguradoras no pueden conocer la historia clínica de las personas y, por tanto, no saben quiénes tienen mayor riesgo. A ellas buscan excluirlas según su riesgo esperado, éste es estimado mediante variables como la edad y el género, además de que se pueden excluir directamente las enfermedades preexistentes.

Para el análisis se aisló el llamado efecto ingreso, el cual condiciona que una parte importante de la población chilena no tenga una cotización suficiente para comprar un plan de salud en una ISAPRE. En este sentido, es posible constatar que la distribución de asegurados entre los sistemas público y privado no es aleatoria. Para lo anterior, sólo se incluyó a la población de los quintiles de ingreso III, IV y V, ya que representan el 90 por ciento de la población de estas instituciones privadas.

Así, se analizó el perfil por sexo y edad de los diferentes sistemas de salud para la población chilena ubicada en los tres quintiles de mayor ingreso. Se encontró que los grupos tradicionalmente más riesgosos, de gente mayor de 60 años, se concentran mayoritariamente fuera del sistema ISAPRE. Este fenómeno se observa, aunque en menor medida, incluso a partir de los 50 años. Lo anterior sugiere que hay un problema de selección de riesgo por parte de las aseguradoras privadas. Este problema es exacerbado por la estructura de cobro del sector público, ya que en éste no se cobra diferenciando por riesgo y se acepta a personas con preexistencias que son excluidas del sector privado. Lo anterior afecta a la aseguradora pública, la cual termina recibiendo a un grupo de mayor riesgo.

Para cuantificar el tamaño del problema se realizó una estimación de los factores de riesgo con base

Cuadro VIII.4
Porcentaje de población que percibe la atención recibida como buena o muy buena, por niveles de ingreso

QUINTIL	I	II	III	IV	V	TOTAL
Público	78.5	81.5	83.0	82.8	84.6	81.2
Privado	93.2	92.0	95.0	94.5	95.0	94.4

Fuente: Con datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2000. Ministerio de Planificación y Desarrollo (MIDEPLAN).

en las primas cobradas por las ISAPRES para diferentes grupos de edad y sexo, los cuales se muestran en el Cuadro VIII.5. El factor de riesgo indicado en la tabla señala la diferencia relativa de precios —y costos esperados— entre cada individuo. Por ejemplo, un hombre cotizante de 25 años en un plan de valor 1 debería pagar un quinto de lo que paga un hombre de más de 65 años. Es importante hacer notar que en el cuadro se muestra un tercer factor de discriminación de precios referente a tipo de asegurado —cotizante, cónyuge y otros—, sin embargo, esta diferenciación no se origina en función de un nivel de riesgo de salud esperado, sino que busca mostrar la diferencia en costos esperados que se genera entre la cónyuge y la cotizante mujer, por efecto del costo de licencias médicas que debe asumirse en el caso de mujer cotizante.

Con el objeto de dimensionar el efecto de la selección inducida en el sector público, se estimó un factor de riesgo relativo de la población adscrita al sector público y al sector privado por grupos de edad y género.

Como antes, para efectos de aislar el factor ingreso, sólo se compara la población nacional de los quintiles de ingreso 3, 4 y 5 con la población adscrita a las ISAPRES, ya que en dichos niveles se concentra el 90 por ciento de la población de las instituciones privadas. De otra forma, la comparación reflejaría no sólo diferencias de riesgos por sexo y edad, sino, además, la incapacidad económica de entrar al sistema ISAPRES por no contar con los recursos suficientes.

Los resultados obtenidos indican que el factor de riesgo promedio, basado en la distribución de edad y género de los quintiles seleccionados de toda la población nacional es de 2.02. Se encontró que el factor de riesgo promedio para las ISAPRES es menor que el de la población en su conjunto — 1.74—, y que el factor de riesgo para el sector público es mucho mayor — 2.57—.

A partir de estos resultados, el mayor nivel de riesgo de salud esperado equivale a la diferencia entre el factor promedio de riesgo nacional y el factor de riesgo promedio vigente en el sector público: 2.57/2.02, esto es 27 por ciento.

Si asumimos que el factor de riesgo promedio es un predictor del nivel de demanda esperada de las prestaciones de salud y, por ende, del costo en salud de cada grupo de edad y género, uno debería esperar que el sector público gaste un 27 por ciento más en solucionar los problemas de salud de su población cubierta, que si ésta se distribuyera como la población total.

Selección adversa en contra de algún tipo de seguro

La selección adversa consiste en que las personas se incluyen o excluyen de un seguro de salud voluntario, dependiendo de su situación de riesgo individual, es decir, de su historia clínica personal que no es conocida por la aseguradora. En este caso, cuando se habla de un problema de selección adversa, dado que el sistema chileno es efectivamente obligatorio, se está pensando más bien en un problema de selección adversa por parte de los individuos hacia el sistema privado o público, según les convenga.

La única forma que tiene la ISAPRE de poder determinar el nivel de riesgo de un potencial asegurado es a través de una declaración de salud, la cual es evaluada por la ISAPRE para determinar el ingreso o el rechazo del asegurado. Sin embargo, en la declaración, sólo se debe consignar voluntariamente la información respecto a patologías pasadas, omitiendo la historia clínica familiar o intención de embarazo futuro, lo cual puede ser un predictor importante del nivel de riesgo futuro. Por estas razones, la declaración de salud como medida de contención del problema de la selección adversa es relativamente vulnerable.

Cuadro VIII.5
Factores de riesgo

Edad (Años)	Cotizante		Cónyuge	Otros	
	Hombre	Mujer	Mujer	Hombre	Mujer
0-11 meses	1.00	3.40	2.50	2.00	2.00
1-17	1.00	3.40	2.50	0.80	0.80
18-24	1.00	3.40	2.50	0.90	2.50
25-35	1.00	3.40	2.50	1.00	2.50
36-40	1.00	2.90	1.90	1.00	2.50
41-45	1.30	2.60	1.80	1.30	2.30
46-55	1.60	2.60	2.40	1.60	2.60
56-60	2.60	2.80	2.80	2.60	2.80
61,65	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
Más de 65	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00

Fuente: Elaboración propia en función de las diferentes tablas de riesgo usadas por las distintas ISAPRES del mercado.

Respecto a patologías preexistentes no declaradas, la ISAPRE tiene cierto nivel de resguardo por el hecho que puede solicitar antecedentes médicos pasados durante los primeros cinco años de vigencia del contrato, pudiendo desahuciarlo si percibe dolo en la omisión de los antecedentes proporcionados en la declaración inicial de salud, sin embargo, esta pesquisa es compleja. Respecto al tema de maternidad, no hay resguardo posible, ya que a los nueve meses de vigencia del contrato debe otorgarse cobertura maternal completa.

Con relación al efecto de la “información privada” como determinante de un sesgo en la selección de un sistema de salud, existe evidencia empírica respecto a que este factor incide en el perfil de la población del sector ISAPRES. De hecho, los estudios realizados por Sapelli y Torche en 1997 sugieren que las personas, con la información privada respecto a su estado de salud —que no afecta el precio del seguro— logran generar un problema de selección adversa en el sistema privado de salud chileno. Aun entre individuos comparables en edad y composición del grupo familiar, las personas con más problemas de salud terminan en el sistema privado.

Otro antecedente claro que apunta en esta misma línea es el hecho de que el grupo de mujeres en edad fértil se concentra relativamente más en el sector privado. Esto, claramente es asociable al factor “información privada respecto a intenciones de embarazo”, el cual, no lo puede determinar la ISAPRE cuando ingresa una asegurada. En la práctica, la tasa de natalidad por mil habitantes en el sector privado es más alta que la misma tasa en el sector público. De acuerdo con la información reciente del año 2002, esta tasa en el sector privado fue de 18.44, en comparación a 16.82 en el sector público.

De hecho, en la práctica se observa que la población ISAPRE, a pesar de ser relativamente menos riesgosa que la del sector público en términos de sexo y edad a niveles de ingreso comparables, muestra mayores frecuencias de uso para la mayoría de las prestaciones, lo cual, aparte de estar influenciado por el sesgo de selección adversa, obedece también a que, en general, los asegurados al sistema ISAPRE enfrentan un nivel relativo de pago final menor por prestación consumida, lo cual hace que aumente la cantidad demandada. Esta situación fue analizada y estudiada por Sapelli y Vial (2001) en un trabajo en el que se demostró que a nivel de ISAPRES, con relación a una población con un nivel de ingreso similar a la del sector público, se observan mayores frecuencias de uso.

En consecuencia, al parecer existe un problema de selección según el estado de salud en contra del sistema ISAPRE y, al mismo tiempo, un problema de selección de la población según edad y sexo, en contra

del sector público. Pero con la información presentada se puede ir más allá y sugerir que, en realidad, las ISAPRES internalizan el problema de selección adversa por parte de los usuarios y lo transfieren a precios; de hecho, si éste no fuera el caso no podrían permanecer en el mercado. Las personas en efecto eligen entre las aseguradoras pública y privada según los precios que cada una cobra, por lo que debido a las altas primas cobradas a aquéllos de mayor riesgo esperado, ellos terminan en el sector público. Lo anterior, nos permite concluir que FONASA es un asegurador de última instancia, lo cual, por cierto, no es necesariamente negativo, ya que como se mencionó en el marco conceptual, esto permite que a pesar de permitirse una mezcla de aseguramiento público y privado, se observe una cobertura casi universal. Lo anterior, también permite que el sistema se mantenga como un esquema de seguridad social, en el que hay subsidios cruzados de sanos a enfermos. Este subsidio se realiza a través de impuestos generales y corresponde aproximadamente al 27 por ciento antes mencionado. Es decir, el que FONASA sea un asegurador de última instancia le cuesta a los contribuyentes aproximadamente 27 por ciento de su presupuesto.

VIII.5.3.8 Análisis financiero

A continuación se describen las fuentes y usos de fondos de todo el sistema de salud, detallándose para cada esquema las magnitudes involucradas, de manera que se puedan visualizar los tamaños financieros relativos de dichos sistemas y las diferencias entre ingresos y gastos globales.

Además, se describe brevemente un mecanismo de subsidio a la demanda que operó en Chile hasta el año 1999, el que permitía que personas de bajos ingresos pudiesen optar por alguna ISAPRE.

VIII.5.3.8.1 Análisis financiero global

La estructura de las cuentas nacionales en el sector salud se muestra en el Cuadro VIII.6, donde el gasto total se descompone en aporte fiscal, cotizaciones de los trabajadores —tanto al sistema privado (ISAPRES) como al público—, y gasto de bolsillo, el cual incluye gasto directo, farmacia y copagos.

En el Cuadro VIII.7 se indica que el sistema público representa el 44 por ciento del gasto total de sistema —38 por ciento los servicios públicos y 6 por ciento la administración central—, siguiendo a continuación las ISAPRES con un 34 por ciento y después la población denominada “particular”, aquella que afirma autofinanciarse la salud y que dice no utilizar ningún sistema previsional, con un 12 por ciento del gasto. Por último, se encuentran las Mutuales y las FFAA que representan un 6 y 3 por ciento, respectivamente, del gasto total de salud.

El aporte fiscal, señalado en el Cuadro VIII.7, evidentemente es utilizado casi en su totalidad por el Sistema Público, del cual un 25 por ciento se emplea para financiar la administración central, un 70 por ciento para apoyar el gasto de los Servicios Públicos, un 2 por ciento para beneficios de los afiliados a ISAPRE —programas de vacunación y alimentación complementaria— y un 3 por ciento para las FFAA. Lo anterior demuestra que el subsidio fiscal a la salud se canaliza hacia el Sistema Público.

Por otra parte, las cotizaciones se distribuyen en un 37 por ciento para el Sistema Público, un 59 por ciento⁹ para el sistema privado y un 4 por ciento para las FFAA. Cabe tener presente que el sistema privado puede captar cotizaciones voluntarias, pero el público no, lo que unido a los diferentes niveles socioeconómicos de la población incrementa la di-

ferencia entre el monto que recibe de cada esquema.

El Cuadro VIII.7 también indica: que casi la mitad, 49 por ciento, del gasto de bolsillo se origina en pagos que efectúan los particulares; un 31 por ciento, los beneficiarios de ISAPRES; 18 por ciento, los beneficiarios del Sistema Público, y un 1 por ciento, los de las FFAA. El cuadro anterior, no considera los gastos ambulatorios en farmacia no cubiertos por los sistemas previsionales. En Chile, en general, estos gastos son financiados directamente por las personas.

Los cuadros anteriores reflejan la situación en el año 2000, sin embargo, esto es el resultado de cambios sustanciales en el financiamiento del sector. La Gráfica VIII.5 es ilustrativa de la evolución del gasto público en la década de los noventa comparado con el

Cuadro VIII.6
Estructura de cuentas nacionales del sector salud chileno, año 2000 (millones \$CH)

	Gasto total	Aporte fiscal	Cotizaciones	Empresas	Gastos de bolsillo
Administración central y bienes públicos	152,129	152,129	0		
Servicios Públicos*	954,903	433,489	398,906	5,341	117,167
Sistema ISAPRES	870,632	11,898	642,279	15,539	200,916
Particulares	311,662				311,662
Sistema mutual	163,429	0	0	163,429	0
Sistema F.F.A.A.	73,411	18,348	46,031	0	9,032
Total	2,526,166	615,864	1,087,216	184,309	638,777

*Se indica por "Servicio Público" a las atenciones otorgadas por los propios establecimientos públicos y a las entregadas por la modalidad de Libre Elección del FONASA

Cuadro VIII.7
Estructura porcentual de las cuentas nacionales del sector salud chileno, año 2000 (millones \$CH)

	Gasto total	Aporte fiscal	Cotizaciones	Empresas	Gastos de bolsillo
Administración central y bienes públicos	6%	25%	0%	0%	0%
Servicios Públicos	38%	70%	37%	3%	18%
Sistema ISAPRES	34%	2%	59%	8%	31%
Particulares	12%	0%	0%	0%	49%
Sistema mutual	6%	0%	0%	89%	0%
Sistema F.F.A.A.	3%	3%	4%	0%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Con datos de las Cuentas Nacionales del Ministerio de Hacienda (2000).

⁹ El 59 por ciento se distribuye en 47 por ciento como cotización legal y 12% como aporte adicional voluntario.

gasto en ISAPRES. En esta gráfica se puede observar que el gasto público ha aumentado en mayor proporción que el privado entre 1990 y el año 2002.

El Cuadro VIII.8 muestra que para el año 1990, el gasto per cápita privado era 228 por ciento superior al registrado por el sector público, pero que el propio crecimiento del sistema ISAPRE cambió de manera importante esta situación, registrando los promedios de gasto per cápita de cada esquema una diferencia de sólo un 36 por ciento para el año 1998. Posterior

al año 1998, la diferencia se incrementa por la disminución de cartera de menores segmentos socioeconómicos de las ISAPRES.

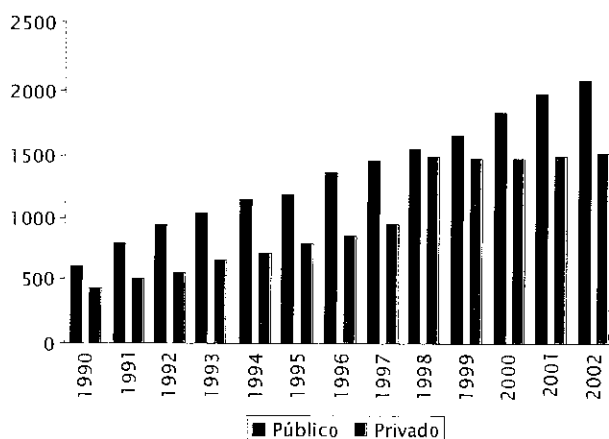
Asimismo, el Cuadro VIII.8 muestra que el gasto público per cápita se incrementa de 64 dólares en el año 1990 a 204 en el 2002, sin embargo, este incremento se ocupó principalmente en gastos de planilla, no en producción. En efecto, un estudio de la CEPAL¹⁰ demuestra que entre 1992 y 1999, el gasto del sector público aumentó en un 97 por ciento y la producción de atenciones sólo en un 19 por ciento, lo que implica una caída de la productividad de un 40 por ciento en dicho período.

El incremento del gasto promedio de las ISAPRES se debe a que los cotizantes de bajos ingresos han tenido que desplazarse al sector público, por efecto de la situación económica del país, la supresión del subsidio a la demanda y el incremento de los costos de salud.

VIII.5.3.9 Gasto del hogar en salud

En el caso de Chile, la población no cubierta por un seguro médico es de tan sólo 4 por ciento, como se mencionó con anterioridad. El aseguramiento garantiza que la mayoría de los hogares se encuentran cubiertos contra gastos catastróficos. El gasto del hogar en salud incluye el 7 por ciento de la renta de los trabajadores para comprar su seguro de salud, más el monto adicional gastado en comprar un seguro privado. El gasto de bolsillo que realizan las familias

Gráfica VIII.5
Gasto por sector (millones US\$)



Fuente: Con datos de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

Cuadro VIII.8
Evolución del gasto público y privado per cápita (millones US\$ 2002)

Año	Gasto público	Población promedio	Gasto per cápita*	Gasto privado	Población promedio	Gasto per cápita*
1990	622	9,729,020	64	406	1,932,239	210
1991	727	9,571,591	76	478	2,337,226	205
1992	889	9,101,490	98	569	2,783,104	205
1993	1,044	8,638,416	121	663	3,215,803	206
1994	1,149	8,518,697	135	743	3,550,709	209
1995	1,169	8,526,512	137	819	3,716,762	220
1996	1,350	8,505,114	159	884	3,788,817	233
1997	1,458	8,531,832	171	956	3,847,978	249
1998	1,565	8,132,287	192	992	3,781,204	262
1999	1,652	9,025,415	183	977	3,501,604	279
2000	1,793	9,499,589	189	978	3,207,784	305
2001	1,962	9,984,524	196	1,004	3,016,495	333
2002	2,077	10,200,000	204	1,041	2,828,228	368

Fuente: Elaboración propia con base en Presupuesto Nacional Ministerio de Hacienda e Información del SISP.

* US\$ por persona/año.

¹⁰ "Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999", CEPAL, 2000.

en caso de enfermedad corresponde principalmente a los copagos tanto en el sistema público como en el privado. Al gasto anterior, también se le suma el pago directo de medicamentos y prestaciones médicas no cubiertos.

VIII.5.3.9.1 Gasto en copagos en el sistema público

En el sistema público, el copago dependerá del ingreso de cada persona y de la modalidad de atención. Los copagos para atención ambulatoria y hospitalaria se pueden ver en los Cuadros VIII.9 y VIII.10 respectivamente. Como se puede observar, bajo la modalidad de libre elección, el porcentaje pagado por las personas es muy alto. Esto se explica, ya que en la atención hospitalaria el proveedor está autori-

zado a fijar un precio libre, bonificando el FONASA sólo hasta un monto preestablecido, de acuerdo a cada tipo de prestación, debiendo el beneficiario pagar la diferencia. Esto es lo que determina la baja cobertura y, por consiguiente, el alto gasto de bolsillo que se verifica en esta modalidad de atención. Los medicamentos ambulatorios sólo son cubiertos por el sistema público cuando la atención se efectúa en la modalidad institucional, por lo que la mayoría del gasto en medicamentos es pagado directamente por el beneficiario.

Analizando el presupuesto público para el año 2000 que se presenta en el Cuadro VIII.11, se puede observar que las cotizaciones o contribuciones obligatorias corresponden a 664 millones de dólares y los copagos realizados por los beneficiarios correspon-

Cuadro VIII.9
Copagos atención ambulatoria

Grupo	Sistema público		Sistema privado	
	Libre elección	Institucional	Promedio	Opción referente
A	No autorizado	0	38%	10%
B	App 50%	0	38%	10%
C	App 50%	10%	38%	10%
D	App 50%	20%	38%	10%

Fuente: Elaboración propia. Base Sistema Público: Normativa vigente que describe copagos; Base Sistema Privado: Promedio SISP; Opción Preferente: Estimación de acuerdo a cobertura planes de ISAPRE.

Cuadro VIII.10
Copagos atención hospitalizada

Grupo	Sistema público		Sistema privado	
	Libre elección	Institucional	Promedio	Opción referente
A	No autorizado	0	25%	0%
B	App 90%	0	25%	0%
C	App 90%	10%	25%	0%
D	App 90%	20%	25%	0%

Fuente: Elaboración propia. Base Sistema Público: Normativa vigente que describe copagos; Base Sistema Privado: Promedio SISP; Opción Preferente: Estimación de acuerdo a cobertura planes de ISAPRE.

Cuadro VIII.11
Presupuesto del sector público para el año 2000

Ingresos totales	Millones US\$
	2,024
Aporte fiscal	993
Cotizaciones	664
Ingresos operacionales	159
Copagos	153
Dtros	55

Fuente: Con datos del Ministerio de Hacienda, Presupuesto de la Nación.

den a 153. Los “ingresos operacionales” corresponden a la suma de la venta de servicios de establecimientos públicos a terceros no beneficiarios del sector y del gasto de bolsillo de los beneficiarios por la atención en dichos establecimientos.

De acuerdo con un estudio de la Universidad de Chile, respecto de la modalidad de Libre Elección, la cobertura para las hospitalizaciones era de 10 por ciento, resultando en un copago de 90 por ciento. (CIADE, Universidad de Chile 1997).

Para el sistema ISAPRES, los resultados de las bonificaciones reales son entregados por la Superintendencia, con base en los datos registrados. En el Cuadro VIII.12 se muestra el porcentaje bonificado por tipo de atención. Para el caso de la atención ambulatoria, las ISAPRES pagaron el 62 por ciento del total facturado y los usuarios el 38 por ciento restante. Por la atención hospitalaria, las ISAPRES sufragaron el 75 por ciento de la factura total, por lo que los usuarios pagaron en promedio el 25 por ciento. La bonificación en atención hospitalaria incluye medicamentos.

En las ISAPRES, a partir del año 2000 está en operación un mecanismo denominado “Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC)”, el cual, en la práctica garantiza a los beneficiarios que el copago máximo por cualquier enfermedad no podrá superar un monto equivalente a dos salarios —30 cotizaciones— en un período de dos años. Por sobre el deducible de dos salarios de copago, la ISAPRE cubre el 100 por ciento de los costos de la atención, pero las atenciones deben efectuarse en una red de prestadores preestablecida por cada ISAPRE.

En resumen, la protección financiera para las personas cubiertas por el sector público es elevada cuando se trata de atención institucional, esto es, en establecimientos públicos. Incluso existe un mecanismo para acceder a créditos que apoyan el financiamiento del copago. Sin embargo, el problema que existe en este sector es la oportunidad de la atención, no sólo de enfermedades catastróficas, sino, también, en patologías frecuentes —ejemplo: colecistectomía—, lo que resulta en un impedimento para la atención. En el sector privado, creada la cobertura para enfermedades catastróficas, no existen mayores problemas de protección financiera.

VIII.5.3.9.2 Gasto público en salud

En 1969, el gasto público en salud alcanzaba 272 millones de dólares (US\$ de 1995). El sistema de salud de esa época era totalmente público, por lo cual, en teoría toda la población accedía al mismo. Se disponía de 31 dólares por persona al año para otorgar los servicios correspondientes.

Tal como lo muestra el cuadro VIII.13, entre los años 1969 y 2000, la población beneficiaria del sistema público sólo aumentó en un 25 por ciento. Los recursos totales disponibles para la salud pública se incrementaron en un 766 por ciento durante dicho período, aumentando en un 492 por ciento los recursos anuales por persona. Lo anterior, no obstante, que Chile es un país que ha privilegiado la manutención de sus equilibrios macroeconómicos. Esto es el resultado de una priorización del Estado respecto del sector salud, ya que de un 6.7 por ciento pasó a un 12 por ciento del gasto público total el compo-

Cuadro VIII.12
Porcentajes bonificados por las ISAPRES en atenciones ambulatorias y hospitalarias, 2002

Tipo prestación	Monto facturado (mil \$)	Monto bonificado (mil \$)	Porcentaje bonificación
Ambulatoria	165,302	102,414	62%
Hospitalizada	117,535	88,134	75%
Total	282,837	190,548	67.4%

Fuente: Superintendencia de ISAPRES.

Cuadro VIII.13
Gasto en salud per cápita 1969-2000

	1969	2000	Variación
Población (millones)	8.71	10.92	25%
Gasto salud (millones US\$ de 1995)	272	2,358	766%
Gasto per cápita (US\$ de 1995)	31	185	492%

Fuentes: CIEPLAN Documento #41, Fondo Nacional de Salud, Alfredo Román Marchant, Taller Internacional Cuentas, Nacionales de Salud: OPS/OMS FONASA, octubre 2001.

nente de salud¹¹. Durante el período, parte importante de la población optó por el sistema privado, liberando al esquema público de esta responsabilidad, y permitiendo que los mayores recursos disponibles se concentraran en una población menor, aumentando así los recursos per cápita del mismo sistema público.

En resumen, los antecedentes demuestran que las reformas tendientes a entregar mayores niveles de responsabilidad al sector privado han permitido que el sistema público se focalice en los de menor nivel de ingreso y en los grupos de edad de mayor riesgo, disponiendo dicha población, en la actualidad, de una mayor cantidad de recursos por persona que antes de la reforma. Sin embargo, dado que el sector público se financia con importantes subsidios fiscales, y como la población de menor ingreso no puede optar por el sistema privado, no existe competencia para impulsar mejoras en la productividad del esquema público, por lo cual una parte importante de los mayores recursos disponibles no se transformaron en beneficios.

VIII.5.3.10 Subsidio a la demanda en el sistema chileno

Hasta 1999 existió en Chile un subsidio a la demanda, beneficio que se otorgaba en función de los ingresos y el número de miembros de la familia, y podía llegar hasta un 2 por ciento del salario imponible —comparado con el 7 por ciento de cotización obligatoria—. El subsidio tenía por propósito facilitar el que familias de niveles de ingreso medio y bajo pudiesen optar por el sistema privado de ISAPRES, descargando al sistema público. Este porcentaje podía ser hasta de 2/9 de la cotización total, es decir un 22 por ciento.

El subsidio era un aporte adicional con cargo al fisco que, a solicitud del trabajador, el empleador tenía la obligación de enterar en la ISAPRE en la que estuviere afiliado.

Los empleadores tenían derecho a un crédito fiscal deducible de impuestos por el monto de dicha cotización.

En el año 1997, y no obstante que el subsidio fue sólo de 30 millones de dólares anuales, representando sólo un 1.6 por ciento del presupuesto público, favorecía a un millón cien mil beneficiarios, concentrando sus aportes en trabajadores con ingresos inferiores a los 500 dólares por mes —72 por ciento de la población receptora del beneficio—.

Este subsidio se eliminó en 1999, lo cual explica en parte el traspaso de beneficiarios desde el sistema privado al público. Este caso demuestra que con pocos recursos —1.6 por ciento del presupuesto público— se puede apoyar a una gran población —11 por ciento de los beneficiarios del sistema público— para que pueda optar por la alternativa privada, descargando al sistema público de este esfuerzo.

VIII.5.3.11 Principales lecciones de la reforma chilena

Se ha dividido esta sección en dos: la primera parte denominada conclusiones relevantes, indica los resultados positivos entregados por la reforma; en la segunda se muestran las lecciones que resumen aspectos que deben ser abordados con precaución antes de intentar aplicarlas a otros países.

5.3.11.1 Conclusiones relevantes

Focalización de las actividades del sector público

La reforma aplicada en el país permitió que aquella parte de la población con la capacidad económica para solventar sus gastos autónomamente se traspasara hacia el sector privado, permitiendo al Estado concentrar sus esfuerzos en la población que más requiere de su apoyo. Este efecto no significó la pérdida de recursos por parte del Estado, como se mostró en el documento, sino que de hecho permitió aumentar el gasto promedio por persona de este sistema.

5.3.11.2 Hallazgos útiles para otros países

Primer hallazgo: el diseño del sistema da incentivos para que las personas de mayores ingresos y menor riesgo estén cubiertas por el seguro público y aquellas de menores ingresos y mayor riesgo estén cubiertas por el seguro privado, lo cual lleva a que haya una selección de riesgos en contra del sistema público.

Como se verá más adelante, en la reforma del sistema colombiano, para disminuir este tipo de problemas los individuos pagan lo mismo para tener cobertura del seguro básico, ya sea a través de una aseguradora pública o una privada. El ajuste del factor de riesgo por edad y género se saca de un fondo común y se le paga a las aseguradoras según la distribución de edad y género de su población cubierta.

Segundo hallazgo: ha habido un alcance limitado de la cobertura y la efectividad, resultando en la imposibilidad de acceder a las ISAPRES de una elevada pro-

¹¹ CIEPLAN Documento N° 41, Fondo Nacional de Salud, Alfredo Román Marchant, Taller Internacional Cuentas Nacionales de Salud: OPS / OMS FONASA, Octubre 2001

porción de la población. Lo anterior se debe en parte al diseño del sistema en sí.

La razón por la que las ISAPRES no son una alternativa para toda la población es que sólo quienes cuentan con ingresos suficientes para pagar un plan de ISAPRE pueden optar por ingresar a una. Las ISAPRES no ofrecen planes de menores precios, ya que argumentan que no existen prestadores de salud de precios más bajos, orientados al segmento de la población de bajos recursos. El argumento es que estos prestadores no se desarrollan debido a la existencia del Sistema Nacional de Servicios de Salud, que opera subsidiado en más de un 50 por ciento con recursos provenientes de aportes fiscales. Debido a lo anterior, las entidades privadas no pueden competir con una organización pública que cobra un precio equivalente a la mitad del costo de los servicios ofrecidos a ese grupo poblacional.

Una posible opción para reducir este problema es que en lugar de subsidiar a FONASA directamente, el subsidio se otorgue a las personas de bajos ingresos y quizá a las de alto riesgo.

Tercer hallazgo: el proceso de comunicación

Una lección importante que ha dejado la reforma es que su difusión y comprensión por el público en general han sido deficientes. Si bien, una reforma de salud se hace sobre datos técnicos, no debe dejarse de lado la percepción que el público tiene sobre esta área tan sensible. Cualquier reforma debería llevar un claro plan de comunicaciones que permita lograr su comprensión por la ciudadanía.

Cuarto hallazgo: la dinámica de los costos

El sistema debe incorporar en su diseño, un mecanismo que incentive el control de los costos, para lo cual se debe intensificar la competencia tanto a nivel de prestadores como de organizaciones previsionales.

Quinto hallazgo: la diferenciación de precios por riesgo

Los aspectos más criticados de esta diferenciación se refieren a la selección adversa que naturalmente se produce y a la cobertura para la población de mayor edad. Por lo anterior, es conveniente establecer mecanismos que permitan minimizar, tanto la selección adversa como diferencias importantes de precio según edad.

Sexto hallazgo: la prevención

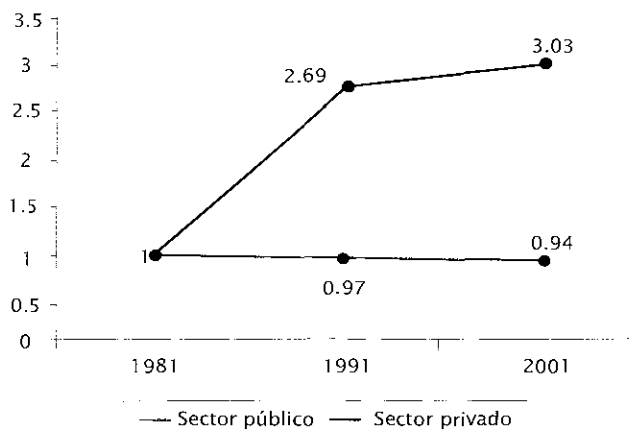
La rotación de afiliados en el sistema de ISAPRES es del orden de 25 por ciento anual, lo que implica una renovación muy elevada de la cartera de cotizantes. Este hecho hace poco atractivo acciones de mediano plazo, como podría ser la aplicación de progra-

mas de prevención. Como consecuencia es recomendable establecer una cobertura básica obligatoria para todas las entidades que incluya este tipo de programas. Al ser obligatoria para todas las instituciones, ninguna en particular gana o pierde con su aplicación, obteniéndose beneficios sólo como sistema.

Séptimo hallazgo: la complementación público privada en la prestación de servicios

En general, en todos los países existen prestadores públicos y privados. En el caso de Chile se ha creado, a partir del surgimiento de las ISAPRES, una importante red ambulatoria y hospitalaria de alto nivel. Un ejemplo de la capacidad de inversión del sector privado se muestra en la Gráfica VIII.6, en la cual se establece que en el período entre la creación del sistema ISAPRE y el año 2001, casi se ha triplicado la disponibilidad de camas hospitalarias. Simultáneamente, el traspaso de beneficiarios desde el sector público al privado ha liberado al primero de la necesidad de invertir en este tipo de infraestructura, la cual demanda grandes cantidades de recursos.

Gráfica VIII.6
Variación del número de camas según sector
(base 100=1981)



Fuente: Ministerio de Salud y Asociación de Clínicas.

VIII.5.4 Colombia

VIII.5.4.a Antecedentes de reforma de la Seguridad Social en Colombia

El sistema de salud en Colombia antes de la reforma de 1993 estaba compuesto principalmente, por tres grandes bloques: la seguridad social, los seguros privados y la red pública, como en muchos países del continente americano.

La seguridad social en su conjunto cubría al 20 por ciento de la población mediante el Instituto de Seguros Sociales (ISS), que debía afiliar obligatoriamente, a los empleados del sector formal privado, y las cajas de previsión social que cubrían a los trabajadores del sector público, así como de las universidades públicas.

El segmento de los seguros privados cubría al grupo de altos ingresos, pero su cobertura no superaba el 5 por ciento de la población total. Buena parte de esta población estaba al mismo tiempo afiliada a la seguridad social por su condición de empleada, por lo cual había un traslape importante en la cobertura de estos dos esquemas.

El resto de la población que no contaba con ningún seguro era atendida en los hospitales y centros de salud públicos, los cuales recibían presupuestos históricos para su funcionamiento. El subsidio de oferta que recibían estas instituciones, les permitía prestar servicios gratuitos que supuestamente sólo se entregaban a personas sin ninguna protección y a los grupos de más bajos ingresos.

VIII.5.4.b Reforma del sistema de salud

La reforma llevada a cabo a fines de 1993 en Colombia mediante la ley 100, tenía como objetivo alcanzar la cobertura universal en el 2001, haciendo obligatoria la afiliación a un seguro de salud mínimo para toda la población. Una de las razones para reformar el sistema de seguridad social rígidamente segmentado que existía antes de 1993, era que el hecho de tener poblaciones cautivas le daba poder monopólico a las instituciones de seguridad social.

En los hospitales públicos sucedía lo mismo, pues la población no asegurada y de bajos ingresos no tenía otra opción, y casi siempre superaba la capacidad de responder a la demanda de estos centros, especialmente, en los de mediana y alta complejidad. Adicionalmente, el financiamiento vía presupuestos históricos no generaba incentivos para que las unidades médicas fueran más eficientes o produjeran servicios de mejor calidad.

En respuesta a estos supuestos se plantea la alternativa de abrir el sector salud a la competencia, tanto de aseguradores como en la provisión de servicios (World Bank, 1993), de tal manera, que los aseguradores y los prestadores estén expuestos al "voto del usuario", y aquéllos que no respondan a sus expectativas o mantengan precios altos, salgan del mercado. Ello obligaría a aseguradores y prestadores a hacer todo lo posible por disminuir sus costos de producción y a la vez mejorar la calidad de sus servicios, tal como se observa en otros sectores de la economía, lo que redundaría en una mayor eficiencia

de la asignación de los recursos y una mejor calidad de los servicios.

Las personas con capacidad de pago se afilian al Régimen Contributivo y su seguro se financia con el 12 por ciento de su ingreso, del cual, un punto porcentual (1/12) se aporta a un fondo solidario para las personas sin capacidad financiera, al que se conoce como "punto de solidaridad". Cada persona puede elegir al asegurador o Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia, quien a su vez contratará la prestación de servicios. Las personas con poca capacidad de pago pertenecen al Régimen Subsidiado mediante su afiliación a una Administradora del Régimen Subsidiado (ARS). El Régimen Subsidiado es financiado con recursos nacionales y locales, así como con el "punto de solidaridad" (Harvard School of Public Health, 1996 y Jack 2000).

Todas las personas tienen derecho a un seguro por un paquete mínimo de servicios. Aquéllos en el Régimen Contributivo están cubiertos por un paquete mínimo más amplio que el del Régimen Subsidiado, y tienen la opción de pagar para obtener un paquete incluso superior.

Uno de los objetivos es que conforme haya mayores recursos financieros disponibles se vaya ampliando el paquete de las personas del Régimen Subsidiado, hasta alcanzar uno similar al del Régimen Contributivo.

Si bien, la contratación de servicios de los proveedores no está regulada, el gobierno está incentivando el uso de métodos de pago que promuevan la eficiencia, como es el pago prospectivo por grupo de diagnóstico relacionado (GRD) para intervenciones hospitalarias y pagos por capitación para salud primaria. Sin embargo, actualmente, el pago por capitación domina el nivel básico, el pago por evento el nivel intermedio y el de alta complejidad se maneja comprando por paquete y no por GRD's.

VIII.5.4.c Resultados de la reforma colombiana

Los resultados de la reforma colombiana se analizarán para ver cuáles son sus beneficios y costos.

Cobertura de Seguridad Social

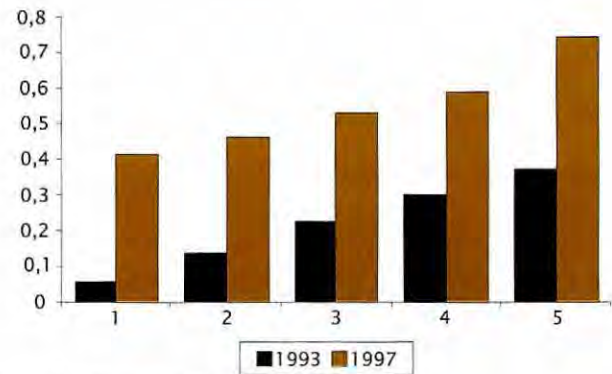
Si bien, no se ha logrado la cobertura universal, sí se logró un aumento substancial en ella. En el Régimen Contributivo se pasó de una cobertura del 20 por ciento en 1993 a una de 30 por ciento de la población en el año 2000, y en el Régimen Subsidiado pasó de cero a un 25 por ciento. Esto es, para el año 2003, la cobertura total es de alrededor de 55 por ciento. El resto de la población no cubierta por ninguno de los dos Regímenes puede utilizar los servicios de salud prestados en los hospitales públicos, pagando una cuota nominal.

En el Régimen Contributivo, la mayor parte del crecimiento en la cobertura se explica por la inclusión de los miembros del grupo familiar de quienes ya eran afiliados al ISS y las demás cajas que existían antes de la reforma. El incremento en la afiliación de los independientes o trabajadores por cuenta propia no fue realmente importante (Restrepo et al, 2002). En cuanto al Régimen Subsidiado, se cubrió a la población que con anterioridad no tenía ningún tipo de seguro.

La cobertura universal no se ha logrado por dos razones principalmente: por un lado, las personas con capacidad de pago que se encuentran en sectores informales o son independientes, no se han afiliado; por otro, no ha habido una transformación total de subsidios a la oferta de servicios de salud a subsidios a la demanda, la cual es necesaria, ya que liberaría recursos financieros para cubrir a las personas sin capacidad de pago.

Los mayores avances en cobertura ocurrieron en los niveles de ingreso más bajos, sin embargo, la cobertura aumentó en todos los estratos de ingreso. Como se puede observar en la Gráfica VIII.7, entre 1993 y 1997 la cobertura para el primer quintil de ingreso —el 20 por ciento de los hogares de menores recursos— pasó de 5 por ciento a más del 40 por ciento. En estos mismos años, la cobertura en las zonas rurales aumentó mucho, pasando de aproximadamente el 5 a más del 40 por ciento de la población rural, y en las zonas urbanas cambió de 30 a 60 por ciento, aproximadamente. A partir de entonces, la cobertura del aseguramiento ha sufrido un estancamiento, presentando un crecimiento sostenido solamente en el Régimen Subsidiado.

Gráfica VIII.7
Cobertura del aseguramiento por quintiles de ingreso, en 1993 y 1997



Fuente: Castaño y cols, 2001.

La encuesta CASEN de 1993 señala que un 12,08 por ciento de la población estaba afiliada al sistema en condición de cotizante, mientras que sólo un 10,42 por ciento lo estaba en condición de beneficiario,¹² mientras que los datos de afiliación de las instituciones públicas de seguridad social muestran que cubrían el 18,1 por ciento de la población total. Para 1998 estas cifras eran de 13,4 por ciento para cotizantes y 16,3 por ciento para beneficiarios, y para 2000 de 12,4 y 18,2 por ciento, respectivamente.¹³

Antes de la reforma existían planes prepagados o pólizas de indemnización que presentaban un alto grado de duplicación de cobertura con la seguridad social.¹⁴ A partir de 1994, algunos de los anteriores crearon planes de seguridad social —EPS privadas—. La entrada de aseguradores privados al sistema, le empuja a restar participación a las aseguradoras públicas, como se puede observar en el Cuadro VIII.14.¹⁵

Cuadro VIII.14
Sustitución de la afiliación entre EPS públicas y privadas (millones de personas)

Año	EPS privadas	ISS	Otras Públicas	Ent. Adaptadas	Total
1993		6.07	0.48	0.18	6.73
1994		6.35	0.48	0.19	7.02
1995	0.66	6.61	0.48	0.19	7.94
1996	1.84	7.07	0.69	0.34	9.94
1997	3.12	7.84	0.87	0.35	12.18
1998	4.04	7.27	0.77	0.31	12.39
1999	5.38	6.44	0.77	0.29	12.88
2000	7.08	5.04	0.76	0.18	13.06
2001	8.93	3.62	0.63	0.16	13.37

Fuente: Martínez y cols, 2002 (cifras de 1993 a 1999) y Minsalud, 2002^A (cifras de 2000 y 2001).

¹² Cálculos propios.

¹³ Martínez y cols (2002).

¹⁴ Para finales de 1992, los planes de medicina prepagada cubrían 665,924 personas, cifra que un año después creció a 973,343 afiliados, y para el año 2000 era de 819,053. (Superintendencia Nacional de Salud, 1994a y 2003).

¹⁵ Las entidades públicas que no desaparecieron fueron convertidas en "Entidades Adaptadas".

Adicionalmente, la desaparición de una gran cantidad de fondos públicos de seguridad social que no eran viables, contribuyó a una redistribución de la afiliación entre los sectores público y privado —las entidades públicas que no desaparecieron fueron convertidas en “Entidades Adaptadas”—. En consecuencia, se empezó a presentar una sustitución de la afiliación entre aseguradores públicos y privados, como se aprecia en el cuadro referido.

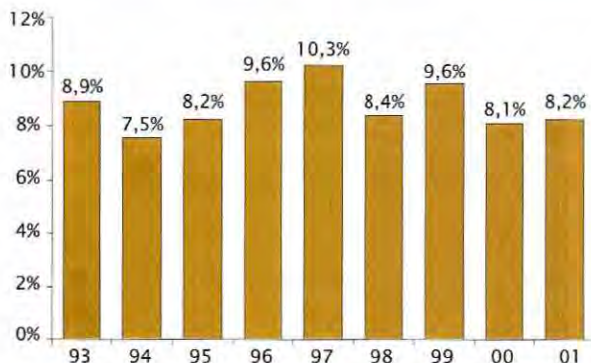
VIII.5.4.3.2 Gasto en salud

a. Gasto agregado en salud

El gasto agregado en salud muestra una tendencia fuertemente creciente en la década de los noventa, como resultado de dos medidas trascendentales: por una parte, la reforma constitucional de 1991 creó nuevas partidas para los municipios, las cuales se dedican a gasto social —salud, educación, vivienda, agua potable, y otros—; por otra, la Ley 100 incrementó los aportes obrero-patronales para la seguridad social en salud. Sarmiento y cols. muestran que la participación del gasto público en salud con respecto al gasto social crece de un 15 por ciento en 1975 a 30 por ciento hacia fines de los noventa. Por su parte, Castaño y cols. (2001) muestran un considerable incremento monetario en el total de los recursos públicos para salud —en pesos constantes de 1999—.

El ejercicio de Cuentas Nacionales de Salud (CNS)¹⁶ enseña que la proporción del PIB que se dedica a salud evolucionó de manera creciente entre 1994 y 1997, pero luego cayó y ha seguido un curso fluctuante entre 1998 y 2001 —ver Gráfica VIII.8—. El aumento de la primera fase se explica por el incremen-

Gráfica VIII.8
Gasto en salud como porcentaje del PIB

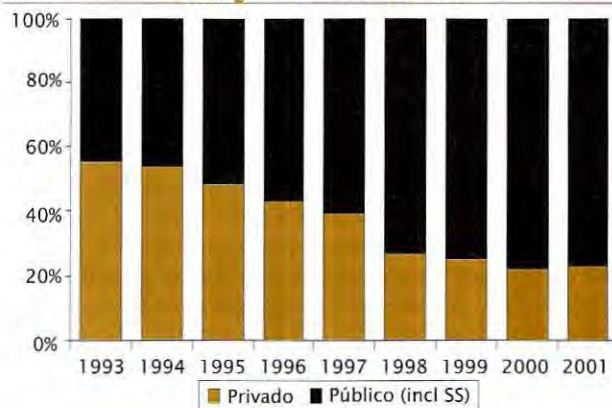


Fuente: Departamento Nacional de Planeación, proyecto Cuentas Nacionales de Salud (cifras preliminares sujetas a revisión).

to de los aportes obrero-patronales y los recursos públicos para el sector, mientras que la caída en 1998 es un reflejo de la desaceleración económica y posterior recesión que se inició ese mismo año.

Sin embargo, un análisis más detallado de la caída en 1998 muestra que el 92 por ciento de la diferencia en el gasto total entre 1997 y 1998 se explica por la disminución del gasto directo de bolsillo de los hogares, mientras que el gasto público y de seguridad social logran mantenerse estables. En general, entre 1993 y 2001 se nota una clara sustitución entre gasto privado —gasto de bolsillo y en seguros privados— y gasto público —gasto fiscal y cotizaciones de seguridad social—. Mientras el primero disminuye su participación, el segundo la aumenta considerablemente, tal como se observa en la Gráfica VIII.9. Es interesante notar que en los años siguientes a 1998, el gasto privado continúa bajo, lo cual puede

Gráfica VIII.9
Participación del gasto público y del privado en el gasto total de salud.



Fuente: Departamento Nacional de Planeación, proyecto Cuentas Nacionales de Salud. (Cifras preliminares sujetas a revisión).

Nota: El gasto del sector de la Seguridad Social incluye el gasto público para diferenciarlo del gasto privado, que incluye: gasto de bolsillo de los hogares y gasto en seguros privados.

sugerir una mayor conciencia acerca de la existencia de la seguridad social y, en consecuencia, un mayor uso de los servicios que ésta presta, sobre todo, dado el impacto que las familias sufrieron entre 1998 y 1999. De hecho, la estabilidad del gasto público y de seguridad social indica que estas fuentes de financiación están relativamente protegidas frente al ciclo económico.

La reducción en el gasto privado es un aspecto positivo logrado por la reforma, ya que significa que se está cubriendo el gasto en salud de las familias a través de un seguro, en lugar de hacerlo con gasto

¹⁶ Datos preliminares sujetos a revisión, facilitados por el Departamento Nacional de Planeación, proyecto de Cuentas Nacionales de Salud.

de bolsillo. Esto reduce el riesgo financiero en el que incurren las familias, lo cual es uno de los objetivos de la seguridad social.

b. Gasto de bolsillo de los hogares para diferentes niveles de ingreso

Castaño y cols (2002) estimaron la proporción del ingreso del hogar que se gasta en servicios de salud para 1985 y 1997, que son los años en que las encuestas de ingreso-gasto disponibles son comparables. Como se observa en el Cuadro VIII.15, la proporción es menor en todos los casos para 1985. Sin embargo, dado que la simple comparación de proporciones por deciles de gasto no permite realmente detectar ni estimar la regresividad o progresividad del gasto de bolsillo, los autores calcularon el índice de Kakwani, con el fin de controlar por el efecto no detectado en el análisis simple de proporciones. Ellos encontraron que el índice de Kakwani estimado con base en el gasto del hogar, muestra una leve tendencia hacia la progresividad, al pasar de -0.0092 en 1985 a 0.0026 en 1997.

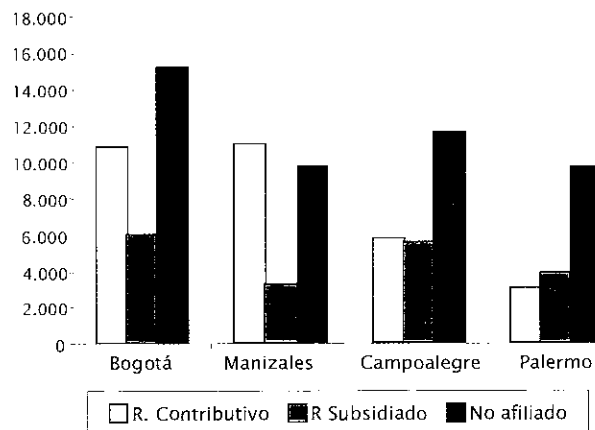
Entre otros estudios que se han hecho sobre gasto de bolsillo, Molina y cols. (1993) encontraron que en 1992, el quintil de ingreso más alto dedicaba tan sólo el 1.7 por ciento de sus ingresos a gasto de bolsillo en salud, mientras que el quintil más bajo tenía que dedicar el 7.5 por ciento. Las amplias diferencias entre este estudio y el de Castaño y cols, podrían deberse a que la encuesta utilizada para el análisis de Molina y cols. no recolecta información exhaustiva sobre ingresos y gastos, por lo cual, las estimaciones están sujetas a mayores variaciones.

Por su parte, Peñaloza y cols. (2001) realizaron cuatro estudios en las ciudades de Bogotá, Manizales, Campoalegre y Palermo, las cuales fueron seleccionadas con el criterio de representar una gran ciudad, una intermedia y dos municipios de menor tamaño, respectivamente.

En estos cuatro casos se recolectó información de una muestra representativa de hogares durante el primer trimestre del año 2000, y se encontró que el gasto de bolsillo durante el trimestre era mayor entre los no afiliados a la seguridad social, a excepción de

Manizales. Los afiliados al Régimen Subsidiado presentaron menor gasto que los afiliados al Régimen Contributivo, a excepción de Palermo. Las cifras se muestran en la Gráfica VIII.10.

Gráfica VIII.10
Gasto de bolsillo en cuatro casos de estudios



Fuente: Peñaloza (2001).

Castaño y cols (2001) analizan por separado el gasto en medicamentos —en valores absolutos—. Como se muestra en la Gráfica VIII.11, este gasto presenta una disminución considerable para todos los niveles de ingreso entre 1992 y 1997. La reducción en el gasto de bolsillo en medicamentos está claramente relacionada a un aumento en la cobertura de la población, y a que los paquetes tanto del Régimen Subsidiado como del Contributivo incluyen una lista de medicamentos.

El sorpresivo hallazgo de una reducción en gasto mayor para el quintil más alto de ingreso, lo explican los autores por el efecto del aseguramiento privado que se trasladaba con el público antes de la reforma, como se mencionó anteriormente. Según este efecto, en 1993, los hogares del quintil más alto de ingreso no utilizaban la seguridad social, aunque pagaban sus aportes obligatorios, pues adquirían seguros privados para evitar las inconveniencias de los servicios públicos.

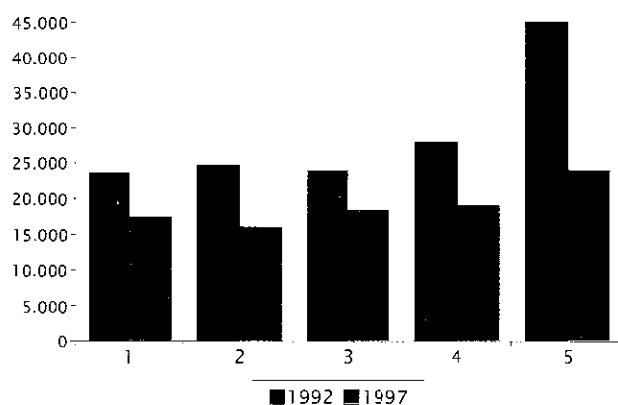
Cuadro VIII.15
Gasto de bolsillo como proporción del gasto total (%)

Decil de gasto	1985	1997	Decil de gasto	1985	1997
1	3.2	5.89	6	3.34	6.19
2	3.25	5.46	7	3.45	5.79
3	3.18	5.99	8	3.39	7.16
4	3.26	6.18	9	3.54	6.07
5	3.27	6.10	10	2.98	6.44

Fuente: Castaño y cols (2002).

Como resultado de la entrada de muchos de esos aseguradores privados a la seguridad social, los hogares de los estratos de ingresos más altos empezaron a utilizar los servicios cubiertos por las EPS, así fuera solamente para la adquisición de medicamentos, lo cual se facilitaba porque con frecuencia la familia tenía cobertura simultáneamente a través de su plan privado y el de la EPS cuando ambos pertenecían a la misma organización. Desafortunadamente, no es posible comparar la evolución del gasto en medicamentos con encuestas posteriores.

Gráfica VIII.11
Gasto de bolsillo en medicamentos por quintil de ingreso



Fuente: Castaño y cols, 2001.

Nota: Todas las diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

c. Equidad del gasto público por niveles de ingreso

La incidencia de los subsidios sobre el ingreso de los colombianos fue estudiada por Delgado y Gutiérrez (2000), con base en los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de 1997. En este trabajo, los

autores encuentran que los subsidios en salud son altamente progresivos, pues representan una proporción mucho más alta del ingreso de los estratos más bajos —el 20 por ciento de los hogares de menor ingreso— en comparación con el de los dos más altos. En el Cuadro VIII.16 se muestra este impacto.

Por su parte, Sánchez y Núñez (1999) muestran que en el Régimen Contributivo hay un menor efecto redistributivo que en el Régimen Subsidiado, quizá por el hecho de que hay menos personas del primer quintil de ingreso —del 20 por ciento de los hogares de menor ingreso— en el Régimen Contributivo, mientras que sucede lo contrario en el Régimen Subsidiado. Los autores, también señalan que estos efectos son más pronunciados en 1997 en comparación con 1993. En el Cuadro VIII.17, se presenta el efecto de los subsidios sobre el ingreso según el régimen de seguridad social. Delgado y González (2000) exponen que los subsidios de salud tienen un efecto redistributivo que sólo es superado por aquéllos dirigidos a la educación primaria.

VIII.5.4.4 Sustitución de los subsidios a la oferta por subsidios a la demanda

Una parte significativa del financiamiento del Régimen Subsidiado se obtendría de la transformación de subsidios a la oferta, que se destinaban a los hospitales públicos, por subsidios a la demanda, que se destinan a los asegurados de bajos recursos. Sin embargo, dicha transformación resultó muy inferior a la esperada, e incluso a partir del 2002 fue suspendida por la Ley 715 del 2001. Del total de recursos que financiaron subsidios a la demanda en el 2001, sólo una tercera parte correspondió a recursos transformados de oferta a demanda. Los nuevos recursos para entregar mayores subsidios a la demanda tendrán que provenir de otras fuentes.

Cuadro VIII.16
Impacto de los subsidios en salud y asistencia social sobre el ingreso de los hogares

Decil de ingreso	Miles de millones de pesos de 1997	% del ingreso del hogar	% del total del subsidio
1	404	38%	17%
2	405	17%	17%
3	388	12%	17%
4	318	8%	14%
5	237	5%	10%
6	217	3%	9%
7	157	2%	7%
8	84	1%	4%
9	64	0%	3%
10	53	0%	2%
Total	2,327	2%	10%

Fuente: Delgado y Gutiérrez (2000).

Cuadro VIII.17
Subsidios netos en salud. Incrementos porcentuales del ingreso como consecuencia de los subsidios en salud

Régimen	Quintil 1		Quintil 2		Quintil 3		Quintil 4		Quintil 5		Total	
	1993	1997	1993	1997	1993	1997	1993	1997	1993	1997	1993	1997
Subsidiado	10.7	42.8	4.2	12.7	2.68	6.33	1.04	1.17	0.11	0.06	1.36	3.2
Contributivo	1.25	2.7	2.32	2.51	2.64	3.2	1.92	1.16	0.27	-0.27	1.21	0.63

Fuente: Sánchez y Núñez (1999).

Es difícil pensar en una transformación total de subsidios actualmente, pues no hay cobertura completa en los grupos objeto del Régimen Contributivo, los recaudos no son suficientes para lograr la cobertura universal, y algunos hospitales públicos requieren subsidios de oferta por razones de equidad en el acceso a los servicios de salud. Con todo, los recursos nuevos que se destinaron a los subsidios a la demanda a partir de 1993 contribuyeron a disminuir la inequidad geográfica en la asignación de los fondos públicos que existía antes de ese año.

a. Viabilidad de la sustitución de los subsidios a la oferta por subsidios a la demanda

A pesar de que la Ley 100 partía del supuesto de que era posible una sustitución completa de los subsidios a la oferta por subsidios a la demanda, y que los hospitales públicos podrían subsistir completamente mediante los ingresos que generaran al facturar servicios a las Administradoras del Régimen Subsidiado y a algunas EPS del Régimen Contributivo, había una serie de evidencias que mostraban desde los inicios de la reforma que este supuesto no parecía completamente acertado (Ministerio de Salud, 2002b).

Por una parte, los centros de atención ubicados en municipios pequeños o en zonas rurales, cuya demanda era muy reducida por la misma condición de la población rural, se constituían en los únicos proveedores regionales, pero no tendrían cómo financiar sus costos fijos y posiblemente, ni siquiera sus costos variables. Sin embargo, aunque por razones de eficiencia se justificaría cerrar centros de atención cuyos ingresos por venta de servicios no alcanzaran a cubrir sus gastos operacionales, por razones de equidad no era posible cerrar las unidades en esas circunstancias, pues la población usuaria tendría en adelante severas barreras de acceso al tener que acudir a centros de atención zonales o sub-regionales. Por esta razón, las unidades médicas en zonas apartadas del país debían seguir siendo subsidiadas por la vía de la oferta.

Por otra parte, el Régimen Contributivo, no se ha podido ampliar más allá de lo que permitió en un principio la inclusión de los miembros del grupo familiar. Adicionalmente, la cobertura total de este régimen

está fuertemente condicionada por la formalidad de la economía, la cual tiende a disminuir—la economía informal corresponde a 60 por ciento del total del empleo en el año 2000—.

En este sentido, Giedion y López (2000) señalan que aun si hubiera una total transformación de los subsidios a la oferta que existían en 1999 y con los recursos disponibles se afiliara al total de la población más pobre al Régimen Subsidiado, todavía quedarían por fuera del sistema unos 9 millones de personas. Éstas corresponden a la población que no es tan pobre para entrar al Régimen Subsidiado, pero que tampoco está en el sector formal de la economía. De afiliarse al Régimen Contributivo como independientes, la obligación de hacer la totalidad del aporte del 12 por ciento de su propio bolsillo les resultaría demasiado costosa. Esa franja de la población, no tiene otra opción que acudir a la red pública, por lo cual se cree necesario mantener el subsidio a la oferta para poderle prestar servicios de salud. Mas aún, dado que el paquete de servicios del Régimen Subsidiado no es completo, las atenciones de mediana y alta complejidad que no están cubiertas tienen que seguir siendo atendidas en la red pública, por lo cual se necesitan los subsidios a la oferta para poder financiarlas.

Como consecuencia de estos límites estructurales, la transformación de subsidios no se podrá completar, lo cual implica que coexistirán, al menos en el futuro previsible, un Régimen Contributivo con Plan de Beneficios Amplio, un Régimen Subsidiado con Plan de Beneficios Restringido y una población no afiliada. Esta última y la población afiliada al Régimen Subsidiado que demanda servicios no cubiertos por el paquete subsidiado, obligan al mantenimiento de los subsidios a la oferta, lo que genera diversas dificultades operativas a los hospitales públicos a la hora de facturar servicios a las EPS o las ARS, o bien, al Estado cuando se tengan que financiar los déficits operativos de dichos hospitales.

VIII.5.4.5 Cambio en la percepción de la calidad de los servicios

La percepción de la calidad por parte de los usuarios y afiliados se muestra en el Cuadro VIII.18. Aquí

se observa que para los afiliados al Régimen Contributivo hay una mejor percepción de la calidad entre quienes están afiliados a EPS privadas que sus contrapartes afiliados a EPS públicas. Estas diferencias se hacen ligeramente mayores cuando se comparan las EPS privadas solamente con el ISS, es decir, excluyendo los afiliados a las demás EPS públicas — Cuadro VIII.19—. Ambas tablas son realizadas utilizando la Encuesta de Calidad de Vida 1997.

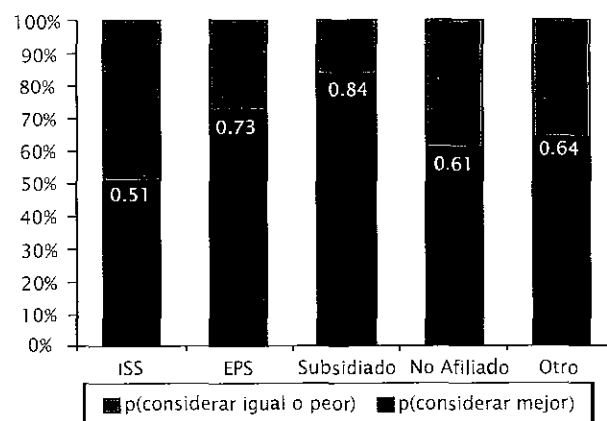
En cuanto a los estudios específicos sobre percepción de la calidad, en 1998, el Ministerio de Salud realizó una encuesta entre mil 800 adultos en seis grandes ciudades del país. En esta encuesta se les preguntó a las personas sobre su percepción de la calidad de los servicios de salud en comparación con la que tenían antes de 1994. Se encontró que entre los afiliados a las EPS distintas al ISS, la proporción que respondía que “la calidad era mucho mejor o mejor” era mayor que entre los afiliados al ISS, tal como se muestra en la Gráfica VIII.12. En esta misma gráfica se observa que el 84 por ciento de las personas en el Régimen Subsidiado respondió que la calidad era mejor o mucho mejor.

VIII.5.4.6 Cambios en indicadores de salud y eficiencia

La relación entre diversos aspectos de la reforma y cambios en algunos indicadores de salud ha sido estudiada por Flórez y cols. (2002), quienes encuentran mayores niveles de cobertura asociados a caídas en la mortalidad infantil e incrementos en la atención institucional de parto entre 1995 y 2000.

Un aspecto que podría reflejar cambios en las combinaciones de los insumos médicos con el fin de al-

Gráfica VIII.12
Percepción de la calidad en seis grandes ciudades de Colombia



Nota: La barra negra muestra la probabilidad de considerar la calidad mejor que lo que el entrevistado tenía antes.

Fuente: Ministerio de Salud (1998).

canzar una mayor eficiencia en la producción de servicios de salud, es el comportamiento agregado del consumo de medicamentos en el país.

En un análisis sobre este particular (ANDI, 2003) se expone que en 1998, la proporción del total de unidades consumidas que correspondió a medicinas genéricas era del 40 por ciento, mientras que el resto correspondió a medicamentos innovadores. Para 2002 esta proporción se había invertido, pasando a ser de 60 por ciento para genéricos y de 40 por ciento para innovadores. Es importante anotar que esta sustitución, no necesariamente significa que se esté buscando una mayor eficiencia, dado un nivel de

Cuadro VIII.18
Percepción de la calidad según naturaleza de EPS (%)

	EPS privada	EPS pública
Buena	89.23	78.82
Regular	8.9	16.41
Mala	1.85	4.79
Total	100	100

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida, 1997

Cuadro VIII.19
Percepción de la calidad ISS vs EPS privadas (%)

	EPS privada	ISS
Buena	89.23	78.21
Regular	8.9	17.13
Mala	1.85	4.66
Total	100	100

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida, 1997

efectividad constante. De hecho, se ha comentado que algunas veces los productos genéricos que sustituyen a los innovadores son de menor calidad, y que esta sustitución, liderada por las EPS y ARS, sólo se basa en el precio, cuando en realidad los dos productos no son sustitutos perfectos.¹⁷

VIII.5.4.g Selección adversa

El sistema presenta selección adversa en el Régimen Contributivo, especialmente entre los trabajadores independientes y del sector informal, y en menor medida entre los trabajadores del sector formal privado. También, presenta selección adversa en el Régimen Subsidiado, puesto que su mismo marco regulatorio hace que se le dé preferencia a personas vulnerables, lo cual ha llevado a dar prioridad en la afiliación a individuos que tienen necesidades presentes de tratamientos médicos. Asimismo, existe selección adversa entre las EPS del Régimen Contributivo, al menos en lo concerniente a los siniestros de alto costo —específicamente, el VIH/SIDA y la diálisis renal—, los cuales presentan una mayor concentración en el Instituto de Seguros Sociales.

a. Selección adversa en el Régimen Contributivo

La selección adversa de la población general hacia el sistema es posible porque, aunque la afiliación es obligatoria, buena parte de la economía es informal. En el 2000 se estimaba que el 60 por ciento del empleo del país se encontraba en la informalidad (Ministerio de Salud, 2001b), lo que hace muy difícil y costoso el proceso de afiliación, recaudo, y control de la mora del afiliado. Adicionalmente, el hecho de que las EPS no pueden rechazar una solicitud de ingreso y tienen que recibir afiliaciones durante todo el año, permite a los “polizones” inscribirse en el momento que presentan una necesidad médica manifiesta.

La garantía constitucional del derecho a la salud, que es protegida mediante la Acción de Tutela,¹⁸ ha propiciado que muchas personas logren evitar los períodos de carencia para ciertas atenciones de alto costo o para los procedimientos quirúrgicos electivos.

Panopoulou (2002) analizó los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de 1997, para establecer la probabilidad de afiliación al sistema de los jefes del hogar. Por tener dinámicas distintas en su decisión de

afiliarse, la autora separó para el análisis a la población trabajadora del sector público, a la del sector privado y a los trabajadores independientes o por cuenta propia. Entre los dos primeros grupos, la afiliación al sistema está determinada por su vinculación laboral y es menos posible que haya selección adversa.

En cambio, entre los trabajadores independientes, dada la alta proporción de informalidad, el mayor precio de afiliación —puesto que el trabajador independiente debe cubrir por su cuenta la totalidad del aporte del 12 por ciento—, y el desincentivo que las EPS tienen para buscar activamente la afiliación de estos trabajadores, es mucho más probable que se presente la selección adversa, no sólo cuando el trabajador presenta una enfermedad crónica o juzga su estado de salud como regular o malo, sino cuando algún miembro de su grupo familiar presenta alguna de estas dos características.

El estudio de Panopoulou señala que la proporción de afiliados al Régimen Contributivo entre los empleados del sector público es de 95 por ciento, entre los del sector privado es del 76 por ciento y entre trabajadores independientes es de tan sólo 46.5 por ciento.

La autora concluye que hay evidencia de selección adversa cuando sostiene que: “los individuos en el modelo de empleado privado e independiente que pertenecen a una familia donde al menos un miembro tiene una enfermedad crónica, tienen una mayor probabilidad de estar afiliados al Régimen Contributivo. Estas probabilidades son, respectivamente, 7 y 18 puntos porcentuales mayores. Mas aún, un trabajador independiente con una enfermedad crónica tiene una probabilidad 23 puntos porcentuales mayor que un individuo sin enfermedad crónica, de estar afiliado al Régimen Contributivo.”

b. Selección adversa en el Régimen Subsidiado

En el Régimen Subsidiado, el problema de la selección adversa es evidente, puesto que se le da prioridad en la afiliación a personas enfermas. Panopoulou (2002) encontró que la presencia de enfermedad crónica en al menos un miembro del grupo familiar se asocia con una mayor probabilidad de afiliación al Régimen Subsidiado, aunque el estatus de salud auto-reportado, no presentó una asociación significativa con la probabilidad de afiliación.

¹⁷ Este es sólo de los aspectos de la selección adversa en el sistema de salud.

¹⁸ Acción judicial ante el Tribunal Constitucional que puede ser adoptada sólo por el ciudadano colombiano en la emisión del título de ciudadanía. En el caso de Colombia Latina se considera como ciudadano colombiano.

c. Selección adversa entre aseguradores del Régimen Contributivo

En general, se ha dado por hecho que hay una mayor concentración de afiliados con siniestros de alto costo en el ISS, tal como lo cita el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES)¹⁹, al estimar que el 94 por ciento de las enfermedades de alto costo en el Régimen Contributivo correspondieron a afiliados al ISS.

Por su parte, el gremio de las EPS privadas sostiene que la concentración no es de esa magnitud, pero que ciertamente aún es alta, lo que ha sido propiciado por políticas del ISS para atraer población de alto riesgo (ACEMI, 2001). Entre estas políticas se identifican claramente el cubrimiento de intervenciones por fuera del paquete legal de servicios, las remisiones al exterior, la no-aplicación de períodos de carencia y hacer publicidad sobre sus capacidades en alta tecnología médica. Adicionalmente, una pobre capacidad para verificar los derechos de las personas cuando demandan servicios de salud en la red del ISS, hace más fácil el ingreso de afiliados de alto costo.

El análisis de los datos de incidencia de las enfermedades de alto costo en el ISS versus las EPS indica que es evidente que la carga del alto costo sobre el ISS es mucho mayor en diálisis, cirugía cardiovascular, VIH/SIDA y quimioterapia/radioterapia. Sin embargo, algo opuesto también ocurre, pues es mayor la carga en las EPS privadas en lo concerniente a cirugía del sistema nervioso central, reemplazos articulares, unidad de cuidado intensivo y cirugía de malformaciones congénitas. En los demás siniestros, la baja ocurrencia no permite hacer análisis relevantes.

Se ha argumentado que en diálisis y VIH/SIDA hay una mayor posibilidad de selección adversa, por tratarse de siniestros crónicos y que en su mayoría —especialmente la diálisis— se encontraban afiliados al ISS antes de la reforma, por lo cual, el incentivo a cambiarse a una EPS privada era mínimo (Ministerio de Salud, 2002b).

Este argumento, también se fundamenta con el hallazgo de una mayor incidencia entre las EPS de siniestros no seleccionables, como la estancia en cuidado intensivo y las cirugías de malformaciones congénitas. En las primeras, el ingreso a cuidado intensivo se asocia a trauma mayor o complicaciones difícilmente predecibles de enfermedades crónicas, y en las segundas, la afiliación automática del recién nacido hace más difícil, tanto la selección adversa como el “descreme”.

En enero de 2003 se optó entre las EPS por un mecanismo de redistribución de pacientes.²⁰ Dicha redistribución se restringió en un principio a pacientes en tratamiento para insuficiencia renal crónica y VIH/SIDA, pues la información recolectada durante la vigencia del primer mecanismo adoptado permitió determinar que éstos eran los dos siniestros de mayor relevancia. Es interesante anotar, que en oposición al supuesto de que, por lo general, la concentración de adultos mayores en un esquema es un indicador de selección adversa, estos siniestros no se concentran en población anciana, sino principalmente entre hombres de 15 a 44 años de edad.

VIII.5.4.h Selección de riesgos entre aseguradores

Se encuentra que hay una mayor participación de los grupos de 45 a 60 años y mayores de 60 años en el ISS y Cajanal, dos instituciones públicas. Lo anterior se explica, porque estas dos EPS existían antes de la reforma y tenían integrado el componente de pensiones de vejez, invalidez y sobrevivientes.

Al momento de reformarse el sistema, los pensionados de estas instituciones preferían quedarse en ellas, a pesar de que la ley les permitía expresamente que se cambiaran a un fondo de pensiones privado o permanecer en el fondo público, pero cambiándose a otra EPS, dado que en adelante los dos componentes de la seguridad social eran totalmente independientes.

Por una mala información o por temor al cambio, buena parte de los mayores de 65 años preferían permanecer afiliados al ISS en salud, suponiendo erradamente que si se cambiaban de EPS perderían su pensión de vejez. Otra razón, que puede explicar la mayor participación de estos grupos de edad en estas aseguradoras, es el hecho de que la mayoría de estos afiliados presentan enfermedades crónicas o consultan con frecuencia, por lo cual tienen relaciones de mucho tiempo con sus prestadores y profesionales de la salud. Estas relaciones actúan como un factor desestimulante a la hora de tomar la decisión de cambiarse de EPS. En la medida en que los grupos de edad de mayor riesgo esperado permanezcan en el ISS, se mantendrá la selección de riesgos.

VIII.5.4.i Situación del Instituto de Seguros Sociales y su reacción ante la reforma

El tránsito del Instituto de Seguros Sociales de un monopolio con integración asegurador-prestador a

¹⁹ CONPES, documento 3219 de Marzo de 2003.

²⁰ Véase Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Acuerdo 245 de 2003.

un entorno competitivo ha sido difícil. El hecho de presentar costos operativos superiores a sus ingresos y a la vez una disminución sostenida en el número de sus afiliados, lo ha llevado a un déficit acumulado creciente. Por estas razones, el gobierno decidió hacer una reestructuración de la entidad, separando el aseguramiento de la red prestadora, y descentralizando ésta en siete redes regionales autónomas.

Al momento de la reforma, en 1993, el ISS tenía una ventaja frente a sus potenciales competidores, pues contaba con una trayectoria de casi cincuenta años en la historia del país, y su reputación generaba más confianza que las de unas empresas nuevas que nadie conocía hasta entonces. En general, existía la percepción de que el ISS era excelente en la atención de eventos complejos o en remisiones al exterior, aunque su atención de baja complejidad presentara problemas de calidad.

Una vez que la competencia con las EPS privadas empezó a tomar fuerza, el ISS optó por competir en diferentes momentos con base en precios, beneficios, red de servicios y reputación. Sin embargo, esta competencia estaba más orientada a mantener su participación en el mercado que aumentarla (Harvard, 1996). Esto se explicaba porque al ampliarse la cobertura a los miembros del grupo familiar, el ISS vio crecer rápidamente su población afiliada sin un crecimiento concomitante en capacidad instalada que le permitiera responder a la mayor demanda de servicios de salud.

Con respecto a la competencia por precios, el ISS optó por no cobrar cuotas moderadoras ni copagos. Con respecto a la competencia por beneficios, mantenía una política laxa en cuanto a las remisiones al exterior y a las prestaciones no incluidas en el paquete de beneficios, lo mismo que medicamentos nuevos o excluidos del listado del paquete. Otra prestación importante con el que se diferenció de sus competidores era la no-aplicación de períodos de carencia para la atención de siniestros de alto costo.

La competencia por reputación generó un efecto negativo, como era de esperarse, pues una estrategia de mercadeo en el aseguramiento basada en resaltar las capacidades en materia de intervenciones de alta complejidad, simplemente exacerbó la selección adversa, esto es, los que requerían tal atención, que es costosa, buscaban afiliarse predominantemente al ISS.

Además de los efectos negativos de la estrategia competitiva adoptada por el ISS, su flexibilidad para

responder a cambios del entorno era extremadamente reducida, lo cual hizo que la entidad mantuviera gastos de funcionamiento que no iban acorde con sus ingresos.

VIII.5.4.j Reestructuración del Instituto de Seguros Sociales

En vista de los crecientes problemas del ISS y el costo fiscal que ellos representan en el presente y en el futuro, el Consejo Nacional de Política Económica Social emite un documento, en el cual, realiza un detallado análisis de la problemática de la institución y hace propuestas concretas para su reestructuración.²¹ Finalmente, el Presidente de la República, en uso de facultades para reestructurar instituciones públicas, toma la decisión de reestructurar el ISS el 26 de junio de 2003.

La reestructuración tiene varios aspectos centrales. El primero de ellos es la desintegración vertical del aseguramiento y la prestación, mediante la separación de la red prestadora. El ISS queda dedicado, exclusivamente, al manejo de los riesgos financieros en salud, pensiones y riesgos profesionales, mientras que la red prestadora de servicios de salud se divide en siete empresas públicas autónomas denominadas Empresas Sociales del Estado (ESE), que cubren todo el país. Un aspecto interesante de esta autonomía es la posibilidad que se le abrió a los sindicatos, de que se hicieran administradores u operadores de las clínicas, con el ánimo de que ejerzan un sindicalismo participativo en vez de un sindicalismo reivindicativo.

VIII.5.4.k Algunas observaciones finales sobre el proceso de reforma

a. La libertad de elección no ha sido suficiente para mejorar la eficiencia y la calidad del sistema. Aún existe gran asimetría de información entre usuarios y aseguradores, lo cual induce a que no se presente la competencia en el componente técnico de la calidad y a que se genere una guerra de precios, sin importar que dichos precios afecten la calidad técnica del servicio. Esta reflexión puede que sea válida para mercados de grandes centros urbanos, pero en mercados pequeños o rurales, ni siquiera existe exposición a la elección del usuario, pues la mayoría son regiones donde hay un sólo hospital público, y no se presenta una verdadera competencia entre aseguradores.

²¹ CONPES, documento número 3219, del 31 de marzo de 2003.

b. No se logró la cobertura universal en el tiempo esperado, pues la creciente informalidad de la economía se constituye en un escollo estructural que no permite expandir la cobertura del aseguramiento basado en el empleo.

c. Como consecuencia del punto anterior, se origina la doble afiliación por parte de los usuarios y la coexistencia de tres grupos con diferente cobertura — Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado y no afiliados—, lo cual genera grandes dificultades logísticas y de formulación de políticas, que hacen más compleja la implementación a cabalidad de la reforma.

d. La estructuración de las fuentes de financiación ha permitido que se mantenga un ritmo anticíclico, puesto que se ha logrado generar excedentes que permiten mantener el flujo de recursos durante los períodos recesivos. La evidencia en Colombia muestra que se ha logrado mantener la financiación del Régimen Subsidiado en épocas de recesión, y que el Régimen Contributivo ha logrado superar esta época con los excedentes que acumula durante los períodos de crecimiento.

e. Se percibe una debilitación de la capacidad reguladora del Estado, lo cual aunado a la falta de información para la toma de decisiones y para el control del sistema, ha resultado que no se han compensado los riesgos originados por la separación entre regulación, prestación y aseguramiento.

f. La priorización en la conformación del plan de beneficios está en riesgo de ser neutralizada por la Acción de Tutela, pues los límites son desbordados por las decisiones judiciales que protegen los derechos fundamentales.

g. Uno de los aspectos en los que se ha llamado insistentemente la atención es la poca vigilancia y control sobre la evasión en la afiliación y en los aportes al sistema de salud. La Superintendencia de Salud argumenta que el número de quienes aportan supera con creces la capacidad física de la entidad para vigilarlos, lo cual se dificulta además por la alta tasa de informalidad.

VIII.5.5 México

Se tomó el caso mexicano como un ejemplo de un país con una gran economía informal, a pesar de que los programas de seguro social son legalmente obligatorios y están ligados a la fuente de empleo. La población no cubierta por un seguro social puede acceder a servicios de salud públicos, esto ocurre

en varios países del continente, por lo que algunos de los retos del caso mexicano serán similares en otros lados.

En la primera parte, se presenta el contexto del sistema de salud mexicano; en la segunda, se incluye una breve exposición de la reforma de la Ley del Seguro Social, aprobada en 1995 y que entró en vigencia en 1997; En la tercera, se presentan algunos resultados de la reforma en cuanto a cobertura y cambio del financiamiento; en la cuarta parte, que es la más importante, se hace un análisis de la situación imperante después de la reforma y los retos del sistema mexicano en cuanto a las razones de eficiencia económica y distributivas que justifican la intervención del gobierno en la seguridad social. La última sección presenta las conclusiones.

VIII.5.5.1 Sistema de Seguridad Social en Salud

En el caso de México existe una mezcla entre programas de seguro social y de asistencia social. La cobertura de los esquemas de seguro social está relacionada al empleo y muy fragmentada. Esta fragmentación tiene como consecuencia el uso ineficiente de recursos, ya que en muchas ocasiones se duplican esfuerzos, ocasionando un gasto innecesario para los mexicanos.

Si el trabajador es empleado en el sector formal, él y su familia estarán cubiertos por la seguridad social. Los programas de seguridad social cubrían al 41 por ciento de los mexicanos en el año 2000.²² Los trabajadores del sector privado y sus familias que están cubiertos por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) corresponden al 32 por ciento de la población.

El seguro de enfermedades y maternidad del IMSS se financia con cuotas obrero-patronales, así como con recursos fiscales. Los empleados del sector público, de las empresas paraestatales y sus familiares, están cubiertos por diferentes instituciones que incluyen al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina, entre otras, las cuales en conjunto aseguran al 9 por ciento de la población. La seguridad social de estos trabajadores se encuentra financiada por contribuciones obrero-patronales y los déficits del sistema se cubren con recursos fiscales.

Finalmente, la población no cubierta por la seguridad social corresponde a 59 por ciento del total y se com-

²² Las cifras sobre cobertura que se mencionan en este párrafo se estimaron utilizando la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2000 (ENSS, 2000).

pone principalmente de personas en familias cuyos miembros trabajan en el sector informal o son empleados por cuenta propia.²³ Las personas no cubiertas por la seguridad social se conocen como población “abierta” y pueden recibir servicios por una módica cuota a través de los servicios estatales de salud y de la Secretaría de Salud o del IMSS-Solidaridad, todos financiados con recursos fiscales. Los seguros de salud privados cubren a una parte muy pequeña de la población.

Programas de salud para la población no asegurada

La población no asegurada puede utilizar las clínicas y hospitales públicos. Se ha realizado un esfuerzo mediante diferentes programas por alcanzar la cobertura efectiva en lugares remotos, así como de personas de bajos ingresos.

La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) tiene a su cargo un programa federal que está focalizado para cubrir una parte de la población en pobreza extrema, Oportunidades—antes PROGRESA—, y uno de sus requisitos para recibir sus beneficios es seguir un programa de salud con un fuerte componente preventivo. Las pláticas y servicios de salud son prestados principalmente por la Secretaría de Salud y por el IMSS-Solidaridad.

La Secretaría de Salud tiene un programa específico para la población de zonas marginadas rurales a las que se les garantiza un plan de cobertura básico, que está en período de expansión a través del programa de Equidad, Calidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES).²⁴ Éste se provee a través de unidades de salud fijas y móviles.

En el año 2002, la Secretaría de Salud creó el “Seguro Popular”, cuyo objetivo fue identificar a las familias no cubiertas actualmente por la seguridad social y ofrecerles un seguro de salud con un plan de beneficios definidos. Bajo el esquema actual se prestan los servicios de salud a través de los hospitales públicos y clínicas que ya se podían utilizar con anterioridad, sin embargo, se está buscando mejorar la calidad de los centros y hospitales que proveerán los servicios a la población asegurada. También se garantiza la provisión de una lista de medicamentos.

Este seguro es voluntario y para obtenerlo las familias tendrán que pagar cuotas anuales—con pagos trimestrales, semestrales o anuales— que varían según el nivel de ingreso en el que se encuentra el hogar. La cobertura que se logre a través de este pro-

grama dependerá de la disposición de la familia para pagar el seguro y también, de los recursos estatales y federales que se destinen para cubrir a la población de menores ingresos.

Por ejemplo, el estado de Colima financió las primas de toda su población de ingreso bajo cubierta por PROGRESA (Banco Mundial, 2003).

Evidentemente, uno de los principales problemas que enfrentará el Seguro Popular es el de la selección adversa, pues al ser voluntario, las personas enfermas de alto riesgo tendrán un mayor incentivo a afiliarse.

Programas de seguridad social

Los beneficios provistos por los seguros de enfermedades y maternidad prestados por la seguridad social son mucho más amplios que los provistos por los programas asistenciales. Estas prestaciones se dan a los trabajadores cotizantes y a su familia, independientemente del número de miembros.

Los programas de seguridad social, además del seguro de enfermedades y maternidad, proveen seguros de invalidez y vida, riesgos de trabajo, retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, así como un seguro de guarderías y prestaciones sociales. Éstos no se pueden adquirir por separado, sino que al pagar las contribuciones obrero-patronales se obtiene la cobertura simultánea de todos los seguros.

VIII.5.5.2 Reforma del Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS

En 1995 se aprobó la iniciativa de ley y se implementó en julio de 1997. La reforma del seguro de enfermedades y maternidad del IMSS fue menor si se compara con la chilena o la colombiana. Se podría decir que la de México fue paramétrica, mientras que las de los dos países sudamericanos fueron estructurales.

Los siguientes puntos se incluyen en el cambio de la ley:

1. Separación del financiamiento del seguro de enfermedades y maternidad de los otros seguros. Antes de la reforma se utilizaban recursos de otras ramas para subsidiar los costos del seguro de enfermedades y maternidad. Se utilizaban, principalmente fondos del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, que anteriormente era un sistema de repar-

²³Las estimaciones pueden variar según la encuesta y la metodología utilizadas. Una estimación del Banco Mundial (2003), con una metodología diferente contabiliza que la población no cubierta corresponde al 55 por ciento.

²⁴ Antes Programa de Ampliación de Cobertura (PAC).

to, pero en 1997 se cambió por uno de cuentas individuales, en el cual, los recursos que entran al sistema ya no se pueden utilizar con otros fines.²⁵

2. Se separa el financiamiento de las prestaciones en dinero y las prestaciones en especie.

3. Se modifica el monto de contribuciones de trabajadores, patrones y gobierno, cambiándose por una cuota fija gubernamental, una cuota fija patronal y una contribución adicional obrero-patronal proporcional al salario.

4. Se ofrece un seguro de salud voluntario para la población no cubierta actualmente por la seguridad social, el Seguro de Salud para la Familia. Para obtener este plan, las familias tienen que pagar una cuota anual, y el Estado hace una contribución proveniente de impuestos generales.²⁶ En esta modalidad se aplican restricciones por preexistencias y tiempos de espera.

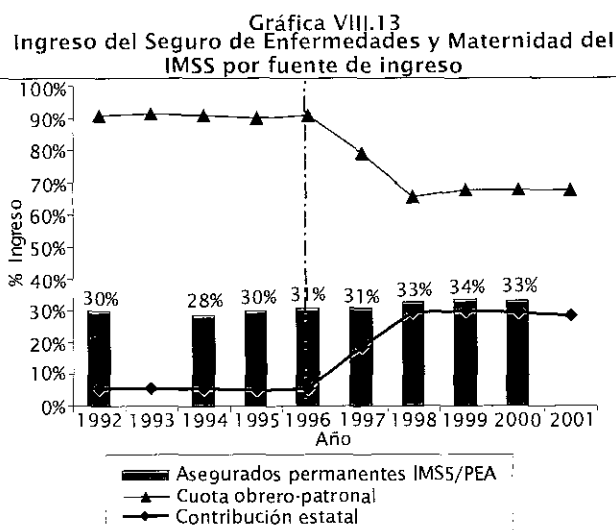
La iniciativa de la nueva ley del Seguro Social de 1995, para el ramo de enfermedades y maternidad, propone modificaciones en este sector, con el fin de aumentar sustancialmente la cobertura y fomentar la generación de empleos. Otro objetivo era eliminar el déficit financiero del seguro de enfermedades y maternidad, con una mayor justicia social al hacer la participación estatal más redistributiva (IMSS, 1996).

En la iniciativa de ley se consideró que la propuesta de reforma entrañaba una mayor justicia social en comparación con el sistema anterior, ya que antes el gobierno contribuía con una cantidad más elevada para los trabajadores de más altos ingresos y ahora hará una contribución fija, independientemente del ingreso del afiliado. Adicionalmente, el incremento en la participación financiera del gobierno se traduce en una reducción de las contribuciones de los trabajadores y las empresas, con lo que se espera una mayor generación de empleos y un incremento en el ingreso disponible del trabajador.

VIII.5.5.3 Resultados de la reforma del seguro de enfermedades y maternidad del IMSS

El resultado de la modificación en la distribución de las contribuciones del gobierno, de los trabajadores

y de los patrones para financiar el seguro de enfermedades y maternidad del IMSS se puede observar en la Gráfica VIII.13. Entre los años 1996 y 1998 hubo un aumento en la proporción de la contribución estatal, pasando de aproximadamente 5 a un 30 por ciento. La proporción de las contribuciones obrero-patronales para financiar este seguro se redujo de 90 a 65 por ciento durante estos mismos años.



Fuente: Con datos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 2001. Coordinación de Presupuesto, Contabilidad y Evaluación Financiera.

A pesar del fuerte cambio en la distribución de las contribuciones, el aumento de la cobertura no fue tan relevante, ya que sólo pasó de 31 por ciento de la población económicamente activa en el año 1996 a 33 por ciento en el año 2000.²⁷ Sin embargo, este incremento no se debe únicamente al cambio en las contribuciones, ya que hubo también un cambio simultáneo en los beneficios del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.²⁸ En el Capítulo IV, sobre los impactos de las reformas en los mercados laborales, se profundiza en este punto.

Financiamiento y cobertura del Seguro de Salud para la Familia

El seguro de salud para la familia es un plan voluntario que provee beneficios similares al componente

²⁵ El artículo de Solís, Soberón y Villagómez (1999) incluye, entre otras cosas, una descripción del cambio en el sistema de pensiones tras la reforma de 1995.

²⁶ Modificaciones recientes a la ley cambian la estructura de cobro. Ahora el pago es individual y dependerá de la edad de la persona a asegurar.

²⁷ Según cifras del IMSS (2001).

²⁸ El aumento en cobertura se podría atribuir también a una recuperación de la crisis de 1995. Sin embargo, si se observa la cobertura para años anteriores a la crisis, ésta fue muy similar a la de 1995, siendo de 30 por ciento en 1992 y de 28 por ciento en 1994. Si parte del aumento en cobertura pudiera ser atribuido a la crisis, esto sólo refuerza el argumento de que el cambio en las contribuciones no tuvo un impacto tan importante en la cobertura.

en especie del seguro de enfermedades y maternidad, con la diferencia de que aquellas personas con ciertas preexistencias no se pueden afiliar y hay tiempos de espera para cubrir algunos procedimientos.

Para el año 2001, este seguro cubría a 577 mil 83 individuos, cifra que no se ha visto modificada substancialmente desde 1998. Su expansión ha sido muy pequeña, si se considera que en el año 2000 había casi 68 millones de personas no cubiertas por la seguridad social. Debido a que la mayoría de los integrantes provienen de esquemas previos de seguros facultativos del IMSS, que decidieron mantener su aseguramiento, se esperaría que en muchos casos sean personas con preexistencias. Este esquema ha incurrido en déficits en los años 1997 y 1999, y en ligeros superávits en 1998, 2000 y 2001.

En resumen, se encontró que la reforma del IMSS resulta en un pequeño aumento en la cobertura, con un fuerte incremento en los recursos fiscales —25 por ciento del total— para el financiamiento del seguro de enfermedades y maternidad. También se encontró que la rama voluntaria del IMSS no ha sido muy exitosa.

Presiones financieras sobre el seguro de enfermedades y maternidad del IMSS

El seguro de enfermedades y maternidad del IMSS correspondiente a los trabajadores activos tuvo un superávit en el año 2000, pero un déficit para el grupo de pensionados. Existen una serie de factores que en el futuro cercano implicarán que aumenten los costos de la atención a la salud, principalmente para el grupo de pensionados y, por tanto, crearán una mayor presión financiera sobre el sistema.

El primer factor es un aumento en la demanda de servicios de salud debido a procesos demográficos. Las tasas de fecundidad se han reducido y las de mortalidad han aumentando, lo cual da como resultado que una mayor proporción de la población tendrá más de 65 años en lo futuro. El costo de atender a las personas mayores es en promedio superior que el de los grupos de menor edad, como se puede ver en la Gráfica VIII.14. Por tanto, se espera un aumento en el gasto en salud.

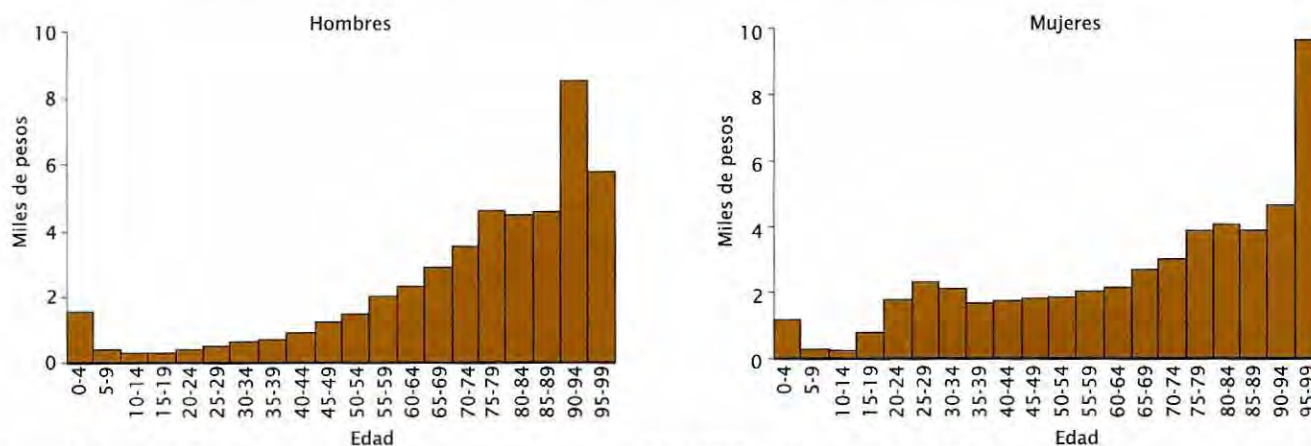
Un segundo factor es que el cuadro de enfermedades se transforma hacia algunas más costosas. Otro factor más es el incremento en los precios de medicinas y tratamientos médicos, como se desprende del hecho de que el índice de precios de los medicamentos se incrementó al doble que la inflación general desde 1995 (IMSS, 2000).

El IMSS estima, tomando en cuenta estos escenarios, que su gasto médico en la población pensionada se duplicará en los próximos diez años, pasando de mil 140 a 2 mil 80 millones de dólares anuales (IMSS, 2000).

VIII.5.5.4 Retos de eficiencia económica y distributivos

A pesar de la reforma, sigue existiendo una gran parte de la población sin cobertura. En esta sección se analizará el impacto de algunas variables en la probabilidad de que un trabajador esté cubierto por la seguridad social, se estudia la percepción de la calidad por parte de los usuarios, ya que ésta puede afectar la decisión de afiliarse por parte de los trabajadores, se analiza la equidad en la cobertura y en la distribución de los recursos fiscales. Finalmente,

Gráfica VIII.14
Gasto anual en hospitalización por derechohabiente del IMSS, hombres y mujeres 2001



Fuente: Peña, et. Al.. Elaboración con datos de la encuesta Nacional de Salud 2000 e información del IMSS sobre GRD's.

se estudia hasta dónde se presenta una selección adversa por la falta de obligatoriedad efectiva en la afiliación.

Análisis de los determinantes de la cobertura de trabajadores cotizantes a la seguridad social

A pesar de la obligatoriedad legal de la afiliación, en el año 2000, un 59.8 por ciento de los trabajadores del sector privado no estaba cubierto por el IMSS. Existen dos razones que determinan que alguien se afilie a la seguridad social: por un lado, está la demanda de empleos formales por parte de las empresas; por el otro, las decisiones propias del trabajador sobre su entrada o no a un empleo formal. Esta decisión estará basada en su percepción del beneficio proporcionado por la seguridad social, así como del costo implicado.

Se realizó una estimación sobre las variables que determinan la probabilidad de que los trabajadores del sector privado contribuyeran al IMSS en el año 2000.²⁹ Se incluyeron variables socioeconómicas del trabajador y su hogar, otras relacionadas con el uso de servicios de salud esperado por los miembros del hogar, así como variables indicadoras de la fuente de empleo —demanda de trabajo—.

En el Cuadro VIII.20 se pueden observar las diferentes variables que se incluyeron como determinantes, así como el promedio observado de cada una para el grupo de población económicamente activa del sector privado.

Se encontró que de las variables relacionadas a la fuente de empleo, la que tiene una mayor influencia en la probabilidad de estar cotizando al IMSS es el tamaño de la empresa en la que labora el trabajador. Los trabajadores en empresas chicas, medianas y grandes tienen una mayor probabilidad de estar contribuyendo a la seguridad social que los que trabajan en micro-empresas —45, 59 y 61 por ciento mayor, respectivamente—. Lo anterior está ligado a la informalidad, ya que se espera que las empresas micro sean las que tienen un menor costo de ser informales. También se encontró que si el trabajador es independiente, disminuye su probabilidad de contribución en 40 por ciento, y si trabaja menos de 30 horas semanales se reduce su probabilidad en 22 por ciento.

En cuanto a las variables socioeconómicas, aquéllas con un mayor impacto son el nivel de ingreso del hogar, la edad del trabajador y su posición en el hogar. Los trabajadores en quintiles más altos de ingreso tienen una mayor probabilidad de estar contribuyendo a la seguridad social.

Tabla VIII.20
Determinantes de la cobertura del IMSS para trabajadores (2000)

Variable dependiente		Impacto en la probabilidad de estar cubierto	Promedio	Definición
Asegurados IMSS		Grupo base	0.4	=1 asegurados titulares cubiertos por el IMSS
Variable explicativa		Impacto en la probabilidad de estar cubierto	Promedio	Definición
<i>A) Variables Socioeconómicas:</i>				
Grupo de edad y género				
Mujer	18-44 años	0.04*	0.26	=1 para mujeres de 18 a 44 años
Hombre	18-44 años	Grupo base	0.53	=1 para hombres de 18 a 44 años
Hombre y Mujer	45-64 años	-0.02	0.21	=1 para hombres y mujeres de 45 a 64 años
Educación				
Sin educación y Primaria		Grupo base	0.4	=1 si no tiene educación o tiene sólo primaria
Secundaria		0.07*	0.33	=1 si tiene secundaria terminada
Preparatoria		0.06*	0.14	=1 si tiene preparatoria terminada
Estudios Universitarios		0.01	0.13	=1 si tiene licenciatura o algún grado superior

²⁹ Se realizaron estimaciones probit, utilizando la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2000. Las estimaciones incluyen a trabajadores del sector privado, excluyendo a los del campo y a los domésticos.

Tabla VIII.20 (continuación)
Determinantes de la cobertura del IMSS para trabajadores (2000)

Variable explicativa	Impacto en la probabilidad de estar cubierto	Promedio	Definición
Quintil de ingreso familiar			
QI	Grupo base	0.05	=1 si pertenece al primer quintil de ingreso
QII	0.12*	0.15	=1 si pertenece al segundo quintil de ingreso
QIII	0.18*	0.21	=1 si pertenece al tercer quintil de ingreso
QIV	0.21*	0.27	=1 si pertenece al cuarto quintil de ingreso
QV	0.24*	0.32	=1 si pertenece al quinto quintil de ingreso
Posición en el hogar			
Jefe de familia	0.13*	0.52	=1 si el trabajador es el jefe de familia
Conyuge de jefe de familia	0.01	0.14	=1 si el trabajador es el cónyuge del jefe de familia
Hijo	Grupo base	0.27	=1 si el trabajador es el hijo del asegurado titular
Padres	Grupo base	0.003	=1 si el trabajador es alguno de los padres del asegurado titular
Ruralidad	-0.07*	0.37	=1 si pertenece a una zona rural

B) Variables relacionadas a uso de servicios médicos

Porcentaje de usuarios en el hogar	0.008	0.64	Porcentaje de residentes en el hogar que utilizaron servicios de salud en los últimos 12 meses
Discapacidad	-0.008	0.09	=1 si tiene alguna discapacidad permanente o temporal
Residentes mayores de 65 años en el hogar	0.03*	0.13	Residentes en el hogar mayores de 65 años
Total de residentes	0.0007	4.87	Número total de residentes en el hogar

C) Variables relacionadas a la fuente de empleo

Ocupación			
Profesionistas y Tecnicos	0.14*	0.07	=1 si el trabajador tiene un trabajo técnico o es profesionista
Funcionarios y Comerciantes	0.12*	0.22	=1 si el trabajador tiene trabajo administrativo o de ventas
Trabajadores de la Educación	0.15*	0.20	=1 si imparte servicios personales o de educación, supervisor artesanal
Arte, espectáculos, deportes.	0.15*	0.38	=1 si el trabajo es de arte, espectáculos o deportes
Vendedor Ambulante	Grupo base	0.13	=1 si el trabajador es vendedor ambulante
Tamaño de empresa			
Microempresa	Grupo base	0.59	=1 trabaja en micro empresa (1 a 15 personas)
Empresa Chica	0.45*	0.15	=1 trabaja en empresa chica (16 a 100 personas)
Empresa Mediana	0.59*	0.03	=1 trabaja en empresa mediana (101 a 250 personas)
Empresa Grande	0.61*	0.22	=1 trabaja en empresa grande (251 y más personas)
Trabajador Independiente	-0.40*	0.40	=1 si el trabajador es independiente
Trabajador de tiempo parcial	-0.22*	0.10	=1 si el trabajador trabaja menos de 30 horas a la semana

Fuente: Con datos de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2000.

*Significativa a un nivel del 5%.

Por ejemplo, un trabajador en el quintil V —20 por ciento de los hogares de mayor ingreso— tiene un 24 por ciento de mayor probabilidad de estar contribuyendo al IMSS que uno en el quintil I —20 por ciento de los hogares con menores ingresos—. Tanto los hombres como las mujeres de 45 a 64 años de edad tienen un 2 por ciento menos de probabilidad de estar cotizando al IMSS que el grupo de hombres de 18 a 44 años de edad. Si el trabajador es un jefe del hogar tiene una mayor probabilidad de cotizar.

En cuanto a las variables relacionadas con el uso de servicios de salud, la única que tuvo un efecto significativo fue el número de residentes mayores de 65 años en el hogar del trabajador, que aumentó la probabilidad del trabajador de estar cotizando al IMSS en aproximadamente 2 por ciento.

Con relación a la percepción de los servicios prestados por la seguridad social en el año 2000, de acuerdo con el Cuadro VIII.21, se encuentra que el 80 por ciento de la población cubierta por el IMSS considera la calidad de la atención como buena o muy buena, y que el 20 por ciento restante la considera regular, mala o muy mala. Los motivos por los que las personas consideraron que la calidad del servicio era regular, mala o muy mala son principalmente: que esperaron mucho para recibir el servicio, 29 por ciento; el mal trato que se les dio, 12 por ciento; la insuficiencia o mala calidad de los medicamentos y equipo, 5 por ciento; que no mejoraron con el tratamiento, 5 por ciento; que no les sirvió el medicamento recetado; 5 por ciento.³⁰

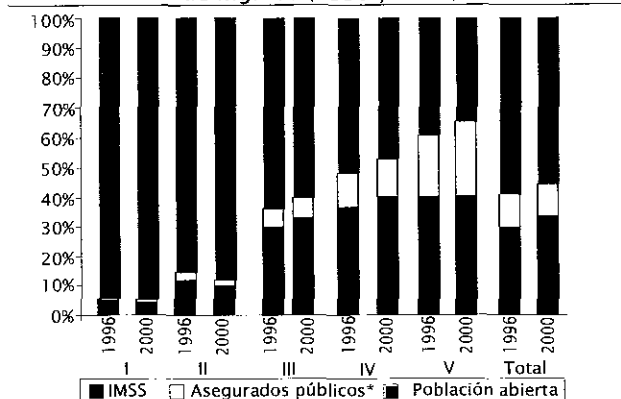
Funcionamiento del sistema mexicano con relación a la justificación de la seguridad social como institución pública

A continuación se realiza un análisis sobre si persisten las “fallas” de mercado e inequidades en la cobertura que deberían ser corregidos por la intervención gubernamental.

Cobertura por nivel de ingreso

En la Gráfica VIII.15, se presenta la cobertura de trabajadores por quintil de ingreso estimada con datos de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) para los años 1996 y 2000, es decir, antes y después de la reforma del IMSS.

Gráfica VIII.15
Cobertura de los trabajadores asegurados por quintil de ingreso (1996 y 2000)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 1996 y 2000. INEGI.

*Los asegurados públicos incluyen a los derechohabientes del ISSSTE, PEMEX y otros seguros del sector público.

Primero, se debe notar que el porcentaje de cobertura de los trabajadores en hogares de los quintiles más bajos de ingreso es menor que la cobertura de trabajadores pertenecientes a hogares en los estratos más altos. Del total de los trabajadores que en el año 2000 se encontraban en el quintil I, sólo el 4 por ciento estaba cubierto por el IMSS y un 1 por ciento por otros aseguradores públicos. Mientras que para el quintil V el 43 por ciento de los trabajadores estaba cubierto por el IMSS y el 21 por ciento por otros seguros públicos. También se puede observar en esta gráfica, que entre los años 1996 y 2000, hubo una reducción en el porcentaje de trabajadores cubier-

Cuadro VIII.21
Percepción de la calidad de los servicios de salud por tipo de cobertura

Calidad de la atención	IMSS	Asegurados Públicos*	Pob. Abierta
Muy buena y buena	80%	85%	89%
Regular	16%	13%	10%
Mala y muy mala	4%	2%	1%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000.

* Los asegurados públicos incluyen a los derechohabientes del ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR y otros seguros del sector público.

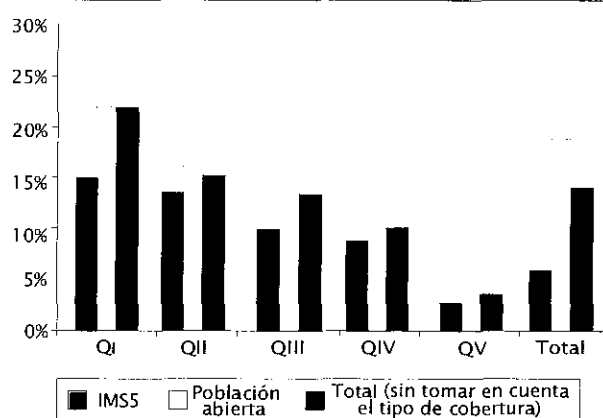
³⁰ Estimación propia, utilizando la Encuesta Nacional de Salud 2000.

tos en los quintiles I y II, mientras que hubo un aumento de cobertura para los quintiles III, IV y V.

A pesar de que en el papel, el seguro en especie de enfermedades y maternidad del IMSS es muy extenso, debido a un problema de calidad de los servicios, principalmente de listas de espera y falta de abasto de medicamentos, las personas cubiertas de todas formas tienen que gastar de su bolsillo para pagar algunos servicios y medicamentos. Se puede observar en la Gráfica VIII.16, que este gasto corresponde en promedio a 6 por ciento del ingreso de los hogares en el año 2000.

El gasto como proporción del ingreso de los hogares no asegurados es mayor, siendo de 19 por ciento. Independientemente de la cobertura, los hogares de ingreso más bajo tienen un gasto en salud como porcentaje de su ingreso más alto que los estratos altos.

Gráfica VIII.16
Gasto de bolsillo como porcentaje del ingreso familiar, 2000



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENESS 2000.

Nota: La ENESS 2000 reporta el gasto de bolsillo familiar como porcentaje del ingreso familiar trimestral. La relación está calculada como el gasto de bolsillo familiar dividido por el ingreso familiar. Los hogares cuyo ingreso familiar es cero se excluyen y para los casos donde el gasto de bolsillo familiar es mayor o igual al ingreso familiar, supondremos que el gasto de bolsillo como proporción del ingreso familiar es igual a 1.

Para los hogares del primer quintil cubiertos por el IMSS, el gasto de bolsillo en salud corresponde a 15 por ciento de su ingreso, para aquéllos sin cobertura, el gasto asciende a 22 por ciento de su ingreso. Para los quintiles más altos este porcentaje se reduce.³¹

En un estudio realizado por investigadores de FUNSALUD y el Banco Mundial (Banco Mundial, 2003) se estima el porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos en salud. Se utilizan dos definiciones: la primera es que enfrentan desembolsos catastróficos cuando gastan más de 30 por ciento de su ingreso disponible en salud; la segunda es cuando al descontar el gasto en salud de su ingreso quedan por debajo de la línea de pobreza —1 dólar por día por miembro del hogar—.

Utilizando la ENIGH 2000, los investigadores encuentran que en un período de un año, de acuerdo con la primera definición, 2.02 por ciento de los hogares con cobertura de seguridad social enfrentan gastos catastróficos en salud, y un 4.84 por ciento de los hogares no asegurados incurren en este tipo de gastos. Utilizando la segunda definición, el porcentaje de hogares aumenta a 9.31 por ciento para los asegurados y a 39.48 por ciento para los no asegurados.

Inequidad en el gasto fiscal en salud a raíz de la reforma del IMSS

El gasto fiscal per cápita varía de acuerdo con la cobertura. Entre 1996 y 2000, este gasto pasó de tener una tendencia progresiva —las personas con menor ingreso reciben un mayor subsidio del gobierno— a una regresiva en términos absolutos —aquéllos con mayor ingreso reciben un más elevado subsidio del gobierno.

Como se puede ver en el Cuadro VIII.22, en el año 1996, el gasto fiscal per cápita destinado al IMSS correspondía a 99 pesos —en pesos del 2000— y en el 2000 aumentó a 806 pesos. Si esto se compara con el gasto fiscal en la población no cubierta por la

Tabla VIII.22
Gasto fiscal per cápita según cobertura (pesos del 2000)

Año	IMSS	Población abierta
1996	\$99	\$378
2000	\$806	\$658

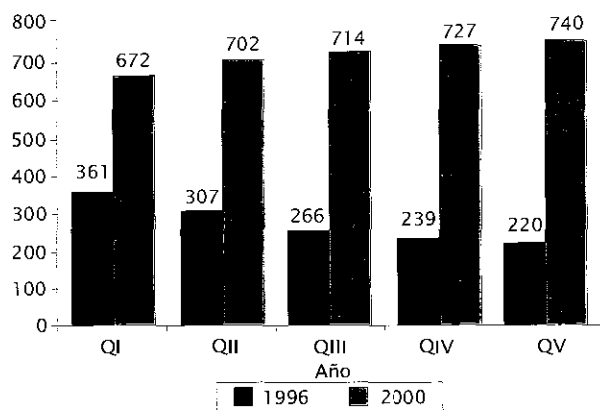
Fuente: IMSS, Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de la Salud, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud, México 2002 y ENESS (2000).

³¹ Los datos sobre gasto de bolsillo también fueron estimados en el estudio del Banco Mundial (2003) utilizando una metodología diferente y datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2003. Los porcentajes varían, correspondiendo al 5 por ciento el gasto en salud para la población total, de 3 por ciento para la población IMSS y de 6 por ciento para la población abierta. Aunque los datos son diferentes las tendencias por niveles de ingreso son las mismas que las aquí presentadas.

seguridad social, antes de la reforma del IMS5, el gasto per cápita era mayor que el de los asegurados —378 pesos—, pero después de la reforma este gasto es menor —658 pesos—.

Si se considera la distribución por niveles de ingreso de las poblaciones cubierta y no cubierta, la cual se muestra en la Gráfica VIII.17, se puede observar que en el año 2000, el gasto fiscal en términos absolutos tiene una tendencia regresiva, mientras que en el año 1996 tenía una tendencia progresiva.³²

Gráfica VIII.17
Gasto Fiscal per cápita por quintiles de ingreso



Fuente: IMSS, Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud y ENES (2000).

Arzoz (2003) encuentra resultados similares para el año 2000. Estos autores, también detectan que existe inequidad vertical y horizontal en el gasto fiscal y público en salud. El origen de las inequidades proviene de la diferencia en el gasto entre las poblaciones cubierta y no cubierta, y de la desigual distribución geográfica de los recursos públicos destinados a la población abierta por los gobiernos estatales. Sin embargo, los programas federales como PAC, PROGRESA e IMSS-Solidaridad parecen tener una distribución más equitativa.

Ahora bien, quizá la desigualdad no sea tan alta si se considera que, en realidad, entre la población cubierta por el IMSS, el porcentaje de personas que utilizan sus servicios médicos es menor para el quintil más alto de ingreso, el 84 por ciento de los afiliados al IMSS que se encuentran en el primer

quintil de ingreso utilizó servicios médicos, mientras que sólo el 74 por ciento de los usuarios del quintil V lo hizo.

En cuanto a la población sin cobertura, se encuentra que una mayor proporción de las personas utiliza los servicios públicos en los niveles más bajos de ingresos, y una menor en los quintiles más altos.³³

Selección adversa

En esta sección se realiza un análisis estadístico que permita inferir si existe un problema de selección adversa, y cuál sería el costo de ésta para el IMSS. En un caso como el mexicano, este problema se puede dar ya que la cobertura no es obligatoria en la realidad, principalmente, por que está atada al empleo y existe una gran informalidad.

En los casos, en los cuales, los trabajadores tienen una opción entre estar en un trabajo cubierto por el IMSS o en otro no cubierto —informal o como independiente— puede ocurrir que tienden a buscar la afiliación al IMSS, aquéllos que demandan mayor atención médica, como por ejemplo, los mayores de 65 años de edad.

Para investigar este fenómeno se realizó un análisis estadístico en el que se estimaron los determinantes de estar cubierto por el IMSS. Se incluyeron factores de riesgo como grupos de edad y género, y si la persona tiene una discapacidad permanente o no, controlando por factores socioeconómicos que incluyen la educación, el nivel de ingreso del hogar y la ruralidad.

Como se puede observar en la segunda columna del Cuadro VIII.23, se encontró que la probabilidad de estar cubierto por el IMSS aumenta para aquellos grupos de edad para los cuales, el costo de los servicios hospitalarios es mayor. Comparando con el grupo de hombres de 5 a 19 años, que como se puede observar en la Gráfica VIII.14 es el de menor costo, la probabilidad de cobertura parece estar relacionada al gasto médico esperado de las personas. Por ejemplo, los hombres y mujeres mayores de 64 años tienen un 10 por ciento más de probabilidad de estar cubiertos que los hombres entre 5 y 19 años de edad. Se encontró que las personas con una discapacidad permanente tienen una probabilidad de estar cubiertas por el IMSS, 7 por ciento superior que quienes no tienen discapacidad. Los resultados anteriores sugieren que hay un problema de selección adversa.

³² Los cálculos anteriores son propios, utilizando información del IMSS, del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud de la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, México 2002 y de la ENES (2000).

³³ Utilizando datos de la ENES 2000 se encuentra que de la población abierta, el porcentaje de usuarios que utilizan servicios públicos para el quintil I es de 75%, en el quintil II es de 58%, en el III de 45%, en el IV de 34% y en el V de tan sólo 15%.

Tabla VIII.23
Determinantes de la cobertura del IMSS para trabajadores y sus familias (2000)

	Impacto en la probabilidad de estar cubierto	Promedio	Definición	
Asegurados IMSS	Variable dependiente Grupo base	0.34	=1 asegurados cubiertos por el IMSS	
<i>A) Variables Socioeconómicas</i>				
Grupo de edad y género				
Hombre y Mujer	0-4 años	0.07*	0.11	=1 para hombres y mujeres de 0 a 4 años
Hombre y Mujer	5-19 años	Grupo base	0.34	=1 para hombres y mujeres de 5 a 9 años
Mujer	18-44 años	0.03*	0.19	=1 para mujeres de 20 a 24 años
Hombre	20-44 años	0.03*	0.17	=1 para hombres de 20 a 24 años
Hombre y Mujer	45-64 años	0.06*	0.13	=1 para hombres y mujeres de 45 a 64 años
Hombre y Mujer	65 y más años	0.10*	0.06	=1 para hombres y mujeres de 65 y más años
Ruralidad		-0.18*	0.53	=1 si pertenece a una zona rural
Educación				
Sin educación y Primaria		Grupo base	0.65	=1 si no tiene educación o tiene solo primaria
Secundaria		0.06*	0.22	=1 si tiene secundaria terminada
Preparatoria		0.05*	0.07	=1 si tiene preparatoria terminada
Estudios Universitarios		0.03*	0.05	=1 si tiene licenciatura o algún grado superior
Quintil de ingreso familiar				
QI		Grupo base	0.16	=1 si pertenece al primer quintil de ingreso
QII		0.27*	0.21	=1 si pertenece al segundo quintil de ingreso
QIII		0.40*	0.20	=1 si pertenece al tercer quintil de ingreso
QIV		0.45*	0.19	=1 si pertenece al cuarto quintil de ingreso
QV		0.48*	0.17	=1 si pertenece al quinto quintil de ingreso
<i>B) Variables relacionadas a uso de servicios médicos</i>				
Discapacidad		.07*	0.06	=1 si tiene alguna discapacidad permanente

Fuente: Con datos de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2000.

*Significativa a un nivel del 5%.

Finalmente, se hizo una estimación del costo que la selección adversa representó en el año 2000, considerando únicamente el gasto en servicios hospitalarios. Este cálculo se realizó comparando el costo total por este concepto de la población afiliada al IMSS con el gasto hospitalario si la población IMSS se distribuyera aleatoriamente, es decir, como la población total, afiliada o no. El costo resultante de la selección adversa es de mil 528 millones de pesos, esto es, 4.04 por ciento del gasto hospitalario total.³⁴

VIII.5.5.5 Comentarios finales sobre México

En el caso de mexicano, como en el de muchos otros países del continente americano, la seguridad social en salud incluye programas tradicionales provistos por diferentes instituciones de seguridad social, así como por esquemas de asistencia social para la población no cubierta por los anteriores.

³⁴ Elaboración propia utilizando los costos hospitalarios por grupo de edad de Peña, Caamal y Rodríguez (febrero 2003) y datos de la ENESS 2000.

A partir del estudio del caso de México se puede concluir que:

- ♦ La cobertura varía, según el nivel de ingreso y el tipo de trabajo de los miembros del hogar, teniendo acceso a los programas de seguridad social, principalmente, las personas de ingresos más elevados que trabajan en empresas de mayor tamaño.
- ♦ El resto de la población puede utilizar los servicios de clínicas y hospitales de las secretarías estatales de salud, así como los institutos de salud del nivel federal.
- ♦ La población no cubierta tiene también acceso a componentes de salud de programas específicos como Oportunidades, para los hogares de muy bajos ingresos administrado y por la secretaría de desarrollo social, o el PAC —ahora PROCEDES— de la Secretaría de Salud.

Los paquetes de salud prestados por los institutos de seguridad social son más amplios que los de los programas asistenciales, por lo que las personas de mayor nivel de ingreso tienen actualmente acceso a programas formales con una cobertura más amplia. Sin embargo, las personas no cubiertas por un instituto de seguridad social, también podrán acceder a todos los cuidados médicos, aunque pagando cuotas de recuperación, pudiendo utilizar desde las clínicas de las secretarías de salud estatales, hasta los institutos nacionales de salud, que proporcionan cuidados muy sofisticados y de alta calidad médica.

A pesar de esto, existen problemas de calidad de los servicios, lo cual resulta en que ninguno de los programas anteriores es de acceso o cobertura completa, por lo que las personas en muchas ocasiones terminan buscando los servicios del sector privado, teniendo que enfrentar altos costos en salud y generando un efecto en el presupuesto de la familia. Lo anterior se puede observar en el gasto de bolsillo en salud de los hogares, que ocurre bajo cualquier tipo de cobertura. Los principales problemas incluyen la falta de medicamentos o material de curación, el tiempo de espera para obtener los servicios de salud, el mal trato que reciben las personas en algunos hospitales y centros de salud, así como la falta de confianza en los médicos. Se puede sumar a lo anterior los problemas que atañen a personas en zonas rurales o ciudades pequeñas, como son los gastos de transporte y alojamiento cuando requieren utilizar hospitales que se encuentran en zonas alejadas.

La distribución de recursos fiscales es inequitativa en cuanto a que se dirigen más recursos per cápita a los programas de seguridad social que a los de asistencia social, y dada la distribución de la cobertura,

terminan recibiendo más recursos fiscales per cápita los hogares con mayor ingreso.

Existen indicios de un problema de selección adversa para la seguridad social. Como se argumenta, cuando la afiliación está ligada a la fuente de empleo y existe un sector informal grande, algunas personas pueden elegir estar cubiertas o no, volviendo al programa de seguridad social tradicional en uno voluntario. La selección adversa aumenta el costo de la atención médica para el IMSS. Según los cálculos realizados, debido a este problema, el gasto médico del IMSS es 4 por ciento mayor, tan sólo para servicios hospitalarios.

VIII.6 Conclusiones generales

Se encuentra que para alcanzar una cobertura universal es condición necesaria que el sistema se financie con recursos fiscales no contributivos, y que todos los ciudadanos tengan derecho al aseguramiento, como en el caso de Canadá. En economías con un sector laboral informal, si la afiliación de la seguridad social está relacionada al trabajo no es posible alcanzar la cobertura universal. Parte de la población del sector informal no será cubierta, debido a que no hay manera de obligarlos a contribuir al sistema. Lo anterior sucede en los casos de Chile, Colombia y México, en donde una posibilidad para alcanzar la cobertura universal es asegurar a toda la población informal con recursos fiscales. Sin embargo, esto podría introducir distorsiones en el mercado de trabajo formal.

En sistemas, en los que hay posibilidad de elección entre aseguradores públicos y privados, como el chileno y el colombiano, se requerirá siempre de un asegurador de última instancia. Lo anterior, debido a que es casi imposible evitar la selección de riesgos por las aseguradoras privadas, esto es, que no acepten personas en sus planes por tener algún perfil de riesgos esperados. En el caso de Chile hay evidencia de que se presenta este problema. En Colombia, la regulación trata de evitar este problema, sin embargo, es muy pronto para evaluar si en efecto éste se puede evitar.

Finalmente, se requieren ciertos niveles de recursos financieros para lograr cubrir a toda la población. No se puede esperar que los países de América Latina alcancen los niveles de gasto de Estados Unidos y Canadá.

En cuanto a la equidad de los sistemas, se encuentra que en Chile, la cobertura de la seguridad social es bastante alta para todos los niveles de ingreso. Sin embargo, las personas de menores recursos se con-

centran en el sector público y las de mayores en el privado. Tanto en Colombia como en México, las personas de menor ingreso tienen una cobertura más reducida en los programas formales de seguridad social. En Colombia esta diferencia se ha reducido, mientras que en México ha aumentado.

Las reformas chilena y colombiana han puesto énfasis en focalizar los recursos fiscales para cubrir a las personas de menores ingresos. En la primera, ese es uno de los grandes éxitos. En la segunda, esto no se ha logrado en su totalidad, debido a que parte de los recursos necesarios para cubrir a este grupo vendrían de reducir las transferencias fiscales a los hospitales públicos, lo cual no ha sido posible. En el caso de México no ha habido una focalización de recursos, de hecho, a raíz de la reforma se transfieren más fondos fiscales a las personas que se encuentran cubiertas por el programa de seguridad social formal, que son las de mayores ingresos.

Se presentan fallas de mercado en Chile, Colombia y México. En México y en Colombia se encuentran indicios de selección adversa debido a que el aseguramiento —legalmente obligatorio— de hecho es en parte voluntario, por la existencia de un fuerte sector informal. En el caso de Chile la evidencia indica que hay un problema de selección adversa en contra del sector privado.

Finalmente, las políticas de contención de costos llevadas a cabo por Canadá fueron exitosas en el sentido que no hubo grandes incrementos en el gasto en salud de este país, comparado con Estados Unidos.

En Estados Unidos, se ha logrado cierto éxito en reducir el gasto en salud. En Medicare se cambió la forma de remuneración a los hospitales del programa de pago por evento a uno por pago prospectivo, y con ello se pudieron reducir los costos fuertemente. En el programa de Medicaid, en lugar de comprar los servicios directamente a los proveedores, se introdujo la compra a través del aseguramiento del tipo "Managed Care", el cual se ha encontrado que reduce los costos de la atención, aunque no necesariamente las primas.

CAPÍTULO IX
RESUMEN Y CONCLUSIONES

CAPÍTULO IX

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Para finalizar, se presenta primero un resumen de cada capítulo del informe, y se concluye con algunos últimos comentarios.

IX.1 Resumen

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social, la CISS, hizo un esfuerzo por aportar información y análisis nuevos sobre el desempeño de los regímenes reformados, tanto en pensiones como en seguros de salud. Para ello, realizó 32 estudios, en los cuales, se analizaron diversos aspectos de las reformas de la seguridad social en el continente, 25 de ellos fueron comisionados a expertos externos. Cada capítulo de este informe se dedicó a un tema específico.

Capítulo I. Conceptos introductorios

Los esquemas de seguridad social buscan asegurar que todos los habitantes de un país enfrenten las mismas oportunidades sociales y económicas, sin importar que tengan que sufrir la materialización de diversos riesgos que puedan reducir permanente o temporalmente sus fuentes de sustento.

Por la incidencia de los eventos que aseguran y la cantidad de recursos que requieren para operar, las dos ramas más importantes de la seguridad social son las de pensiones por vejez y de atención de la salud. El análisis se limitó a las reformas de estos dos seguros.

Los seguros de pensiones han sido clasificados como públicos o privados. En el llamado sistema público, se dice que las tasas contribución no están definidas, pues éstas dependen de las condiciones demográficas del país. De hecho, conforme envejece el mismo, las aportaciones sobre la nómina deben irse incrementando, ya que disminuye el número de trabajadores activos con relación al de los que ya alcanzaron la edad de retiro, tal y como se explicará más adelante.

Los beneficios o prestaciones están establecidos en una fórmula dictada por la ley. El régimen se financia mediante el esquema de reparto, es decir, con las aportaciones de los jóvenes se pagan las pensiones de los mayores, y es administrado por una agencia gubernamental.

En los sistemas privados, las contribuciones se determinan en principio sin atender a las condiciones demográficas del país, aunque como se verá, esto no necesariamente es posible si resulta demasiado baja la pensión a recibir al momento de la jubilación.

Los beneficios o prestaciones no están definidos con certeza, dependerán de lo que se acumule en la cuenta individual del trabajador, pero se debe decir que a final de cuentas, los beneficios establecidos por ley en el sistema público pueden ser insostenibles financieramente y, por tanto, tampoco serán recibidos con seguridad.

El sistema privado está fondeado en el sentido de que la pensión depende de lo que la persona haya acumulado en su cuenta individual, y la administración de los fondos, por lo general, es privada.

No existe ningún sistema nacional de seguridad social que se limite a obligar a los trabajadores a ahorrar en una cuenta individual. Todos incorporan, de alguna manera, una garantía mínima para las pensiones, la cual es un compromiso fiscal del Estado, con cargo a fuentes de ingreso que no provienen de la seguridad social, sino de impuestos generales. O bien, la garantía se financia con aportaciones solidarias de quienes no la necesitan. De una u otra forma, en la realidad, todos los sistemas privados mantienen algún elemento del financiamiento bajo el esquema de reparto.

La clasificación de los esquemas de salud en la seguridad social es quizá complicada, pero, por lo general, se enfatizan dos dimensiones: quién financia el

sistema y quién proporciona los servicios. Esto es, el gobierno puede financiar la atención médica, pero no necesariamente la tiene que otorgar de manera directa, sino que para ello puede contratar a terceros.

A su vez, en el caso del financiamiento proveniente del gobierno, éste puede estar basado en contribuciones sobre la nómina hecha por trabajadores y empleadores o depender de ingresos fiscales de otras fuentes no contributivas. De igual forma, la provisión directa de la atención puede ser hecha por el gobierno o por empresas privadas, sin importar el origen del financiamiento.

El envejecimiento de la población es el principal reto de la seguridad social, tanto de los seguros de pensiones como de los médicos. Esto es evidente para los sistemas de pensiones financiados con las contribuciones de los jóvenes, pero, también es cierto en los esquemas de capitalización individual, pues cuando aumenta la esperanza de vida se vuelven más caras las primas a pagar a las aseguradoras para adquirir una renta vitalicia con los fondos que acumulen los trabajadores.

Dos son los principales retos de los esquemas de atención médica en la seguridad social, el problema de la selección adversa y el incremento continuo de los costos de los servicios provistos.

La primera dificultad se presenta cuando un sistema no tiene una cobertura universal, en este caso, muchos trabajadores que no están cubiertos buscan afiliarse y contribuir a la seguridad social, únicamente cuando se enferman y requieren atención médica.

Esto provocará una fuerte presión financiera sobre el esquema, porque las personas que utilizan con intensidad las prestaciones estarán sobre representadas en la población afiliada, y los que aportan sin hacer uso de los servicios estarán sub representados.

Otro problema es el del aumento sostenido en el costo de los seguros de atención médica, el cual, se ha presentado en mayor o menor medida en todos los países del mundo, sobre todo en las últimas tres décadas.

Los costos se disparan por varias razones. Una de ellas es precisamente el envejecimiento poblacional, ya que la atención médica de los adultos mayores es mucho más costosa. También, se debe destacar la transición epidemiológica que afecta a las poblaciones modernas, con enfermedades caras de atender y controlar, que surgen en buena medida por las formas actuales de vida. Además, se ha encontrado una fuerte tendencia al incremento del precio de los

medicamentos y los tratamientos. Lo que está disponible para la población es cada vez más efectivo, pero mucho más costoso. Finalmente, diversos estudios han permitido establecer que si no se limita de alguna forma la demanda de los servicios, hay una tendencia de las personas a usar excesivamente las prestaciones médicas a las que tienen derecho.

Las reformas de la seguridad social pueden ser paramétricas o estructurales. Las primeras, se refieren a cambios de parámetros del esquema tradicional, como la edad de retiro, el número de años de contribuciones que se tienen que cumplir para adquirir diversos derechos de pensiones, la tasa de aportaciones sobre la nómina, si se debe hacer algún copago para recibir un tratamiento médico, la limitación para atender algunos padecimientos y otros.

Las reformas estructurales implican en el caso de las pensiones, que se modifique el régimen de beneficios definidos, financiado mediante el reparto, y se adopte total o parcialmente un sistema privado o de contribuciones definidas.

En los esquemas de salud, las reformas más importantes han sido estructurales en el sentido de que se han orientado a permitir la provisión de servicios por parte de empresas privadas, pero manteniendo el financiamiento público. En algunos casos, se permite a las personas salirse del esquema y suplementar el financiamiento de su atención médica con recursos privados.

Capítulo II. Factores políticos y económicos que influyen en las reformas de la Seguridad Social

Los objetivos fueron ofrecer un amplio panorama de los patrones que caracterizan a los países que llevan a cabo reformas y analizar la importancia de las variables políticas en los procesos.

Fue a partir de la privatización del esquema de pensiones chileno que varios países mostraron una mayor tendencia hacia la privatización de tales sistemas, apoyados por organismos internacionales.

A pesar de la importancia y de la persuasión de los argumentos económicos y financieros a favor o en contra de las reformas, es importante tener en cuenta que el diseño, la implementación, el monitoreo y, en especial, el ajuste de las políticas públicas son un juego altamente politizado. Esto resulta particularmente cierto, en los cambios de política que conllevan consecuencias distributivas, como es el caso de la reforma de un sistema de pensiones.

Se puede argumentar que las reformas de los sistemas de seguridad social fracasan cuando existen gru-

pos de presión opuestos a los cambios. También, cuando los actores con capacidad de veto la ejercen para no aprobarlas. La ausencia de un compromiso creíble de sacar adelante las reformas y de compensar a los grupos afectados, así como la falta de información explicativa, son otras de las razones de fracaso.

La población mayor de 65 años suele ser el grupo de interés que mayor presión puede ejercer sobre la elaboración de políticas públicas tendientes a reformar la seguridad social.

Se sabe que, por lo general, las democracias gastan más en políticas de seguridad social, también es cierto que facilitan la creación de grupos de interés y el establecimiento de los canales necesarios para que éstos puedan expresarse y avancen en la consecución de sus objetivos. Al aumentar la diversidad de intereses, puede que sea más difícil lograr cambios en el *status quo*. Por consiguiente, se espera que una mayor democracia tenga un efecto negativo en las reformas de la seguridad social.

Se realizó un análisis estadístico para determinar los factores económicos, demográficos y políticos que influyen en las decisiones de reformar la seguridad social. En el nivel mundial, el gasto actual en seguridad social tiene un impacto negativo en la probabilidad de implementar reformas. Esto parece confirmar la hipótesis de que con el paso del tiempo, los programas de asistencia social terminan considerándose derechos de asistencia social. El análisis, también indica la existencia de un efecto de riqueza relativamente pequeño, en virtud de que mientras mayor sea el PIB per cápita, más elevada es la probabilidad de reformar el sistema de pensiones.

La libertad política tiene un efecto negativo en la probabilidad de reformar el sistema de seguridad social. Parece ser que cuando un país permite la expresión de diferentes voces y actores, es más difícil lograr cambios en el *status quo*. La existencia de un sistema institucional que permita a los grupos de interés expresar y avanzar en sus metas reduce las probabilidades de implementar una reforma.

Por otra parte, el nivel de las restricciones políticas no resulta relevante al explicar las probabilidades de reformar el sistema de pensiones. La evidencia muestra que en entornos políticos altamente restringidos, debido a la fuerza de los actores con capacidad de veto, en algunas ocasiones, los gobernantes encuentran la forma de lograr que la oposición apruebe la reforma, pero en otras, no tienen la capacidad de conseguirlo. No existe un patrón definido.

Se realizó también, un análisis estadístico para el continente americano, determinando los factores que in-

fluyen sobre la probabilidad de implementar un esquema privado de seguridad social—reforma estructural—. Las variables que tienen lazos más fuertes con la probabilidad de una reforma estructural son la importancia de la población de adultos mayores, el nivel del balance fiscal y el índice de libertad económica. Otra variable que tiene algo de influencia, aunque no tan clara, es el gasto en seguridad social, es decir, la reforma es igual de probable en países con tendencia baja o elevada a dedicar muchos recursos a la seguridad social.

En el continente americano, las reformas estructurales son más probables en países con una proporción más elevada de población mayor. La evidencia encuentra que la libertad económica tiene un efecto positivo en la probabilidad del cambio en política, lo que se puede interpretar como un intento de búsqueda de eficiencia por parte de los gobiernos, imponiendo una agenda, en la cual hay una menor intervención del Estado en la economía.

También, mientras menor sea la presión financiera en el presupuesto de un gobierno, más baja es la probabilidad de implementar una reforma. Por consiguiente, parece ser que esta política se interpreta como una manera de reducir la presión fiscal sobre el erario público, tal vez, debido a que los antiguos sistemas de seguridad social tuvieron importantes desequilibrios financieros, los cuales se esperaba que afectarían en forma negativa los presupuestos públicos en el mediano plazo.

En general, existen también otros factores que podrían ser relevantes, como la compensación de grupos afectados y la transparencia en la información sobre los procesos. Debido a que durante las reformas algunos grupos reciben mayores beneficios que otros, de haber una temprana identificación de ganadores y perdedores potenciales, se podrían idear mejores mecanismos de compensación para evitar grandes pérdidas para algunas personas o familias, lo cual, también dependería de la credibilidad de los que elaboran las políticas y de la transparencia de un proceso en el que la información provechosa fluya libremente.

Capítulo III. Contexto social, económico y político de las reformas: visión desde los países

En América se ha presentado, en los últimos años, un dinámico proceso de reformas en materia de seguridad social. La gran mayoría de los países, ante las nuevas circunstancias demográficas, sociales y económicas, había cuestionado seriamente el funcionamiento de sus sistemas previsionales y había aprobado cambios profundos en sus esquemas

Históricamente, la seguridad social había enfrentado

serias dificultades para superar algunos problemas básicos. Entre éstos, destacaban los efectos de la caída de las tasas de natalidad, que repercutían en su financiación basada en el relevo generacional, pues una consecuencia del cambio demográfico es que cada vez había menos jóvenes contribuyendo a los esquemas para sostener a los viejos. Otro reto era la redistribución negativa de los bienes que promovía la seguridad social, ya que en muchas ocasiones, los sistemas proporcionaban privilegios, no para los más necesitados, sino para los que tenían mayor poder político. Finalmente, había una carencia de eficacia y eficiencia en la gestión de los esquemas.

Las reformas latinoamericanas, en términos generales, han tenido las siguientes características: financiación por el sistema de capitalización individual con aportaciones definidas, ingreso de la gestión privada abierta a la libre competencia y nueva distribución de responsabilidades entre los gobiernos, las instituciones y la sociedad. En Estados Unidos, las reformas han sido paramétricas, es decir, se mantiene el sistema de reparto, de beneficios definidos, pero con modificaciones de algunos de sus parámetros, como la edad de retiro. Sin embargo, en ese país, también se está evaluando la posibilidad de adoptar parcialmente un esquema de cuentas individuales.

En los documentos presentados se destaca que, desde dentro de los países latinoamericanos se percibe una presión de los organismos financieros internacionales para realizar las reformas estructurales de los esquemas de pensiones.

En el caso específico de Brasil, se presentan los elementos de la más reciente reforma de la seguridad social, la que tiene que ver con los esquemas de los funcionarios públicos. En muchos países ocurre que las prestaciones de ellos son bastante más generosas que las del sistema nacional que asegura a los trabajadores del sector privado. La reforma brasileña constituye, quizá, el inicio de una nueva ola de modificaciones de los sistemas de seguridad social del continente, dirigida a los regímenes de los empleados gubernamentales.

En fin, muchas son las preocupaciones que a todos niveles se han manifestado ante las reformas. Se ha indicado, con toda claridad, que debe haber:

- ♦ Una vinculación más fuerte entre los nuevos sistemas y las necesidades sociales reales.
- ♦ Mayor importancia en la relación entre los costos sociales y la eficiencia económica y de gestión.
- ♦ Respeto absoluto a los principios básicos de la seguridad social.

- ♦ Avances significativos en la cobertura, principalmente en los sectores campesino y de la economía informal.

- ♦ Identificación de fuentes de financiamiento para lograr un equilibrio financiero y actuarial.

No obstante, las reformas, la seguridad social en América es un proceso dinámico e interminable. En realidad, como consta en los documentos que se presentan, en este momento, ya han sido aprobadas diversas generaciones de reformas que nos enseñan que no existe la solución única y que ninguna carece de riesgos. Lo anterior indica que hay preocupación por identificar las correcciones que permitan cumplir con los objetivos de la seguridad social.

Capítulo IV. El mercado laboral: efectos de las reformas de la Seguridad Social

Se comisionaron varios estudios para evaluar el impacto de las reformas estructurales y paramétricas sobre la cobertura de la seguridad social y los incentivos para que el trabajador busque una jubilación temprana. Esto implicó analizar los efectos de estas políticas en los salarios, el empleo, la valoración que tienen los trabajadores de las prestaciones y los patrones de retiro de la fuerza laboral entre los adultos mayores.

Algunos países aumentaron la tasa total de cotización que pagan los trabajadores y los patrones, mientras que otros la redujeron. Los primeros, probablemente estaban más preocupados por el financiamiento de la seguridad social, mientras que entre los segundos se suponía que las reducciones promoverían una expansión de la cobertura de los sistemas.

Los que implementaron una reforma estructural depositan la cuota del sistema de pensiones actualmente, en una cuenta individual para el trabajador. En teoría, esto crea un lazo más estrecho entre las aportaciones que se hacen y los beneficios que se reciben. La hipótesis es que la medida debería manifestarse en un menor impuesto neto sobre el trabajo cubierto, es decir, en una mayor valuación de las aportaciones a la seguridad social.

La idea básica es que la gente en el sector informal o no cubierto, recibe salarios ligeramente más elevados que los trabajadores comparables en trabajos formales, y la diferencia es precisamente, la medida de qué tan valiosos son los beneficios de la seguridad social. Esto resulta de vital importancia, ya que mientras mayor sea esta valuación de las prestaciones por parte de los trabajadores, más elevado será el incentivo para emplearse en el sector cubierto. Ésta es la razón por la cual, en países que tienen una

baja cobertura es natural que las reformas traten de establecer una relación más estrecha entre las aportaciones y las prestaciones del sistema.

En Chile, las personas que cotizan a la seguridad social llevan a casa un sueldo que es casi 9 por ciento inferior al de aquéllos que no cotizan, mientras que la tasa de aportación suma 20 por ciento del salario, lo cual indica que las personas consideran que poco más de la mitad de sus aportaciones son un impuesto puro al trabajo cubierto. Se estima que una reducción hipotética de 10 por ciento en el impuesto sobre la nómina originaría un incremento de 2 por ciento en el empleo, y un crecimiento de 0.7 puntos porcentuales en la tasa de participación de la fuerza laboral. Durante los años setenta la cobertura del sistema cayó, debido a las elevadas y crecientes tasas de cotización. Si se parte del número de cotizantes al antiguo sistema como fracción del empleo total en 1980, se puede sostener que la cobertura de la seguridad social aumentó de 50 por ciento en el año previo a la reforma alrededor de 60 por ciento en 1982, y a cerca de 65 por ciento a finales de la década de los noventa. En general, la tendencia al retiro temprano de la fuerza laboral entre hombres y mujeres en Chile se ha revertido después de la reforma de la seguridad social, en la cual, el nivel de las pensiones depende de los ahorros individuales, por lo que quien se mantiene trabajando percibe después una prestación más elevada.

En Argentina, las valoraciones por parte de los trabajadores cayeron después de la reforma, pasando de ser 19.4 y 16.2 por ciento para hombres y mujeres, respectivamente, antes de 1994, a 12.0 y 12.8 por ciento, posteriormente. Esta disminución se podría explicar por las condiciones macroeconómicas que dieron lugar a mayor desempleo e informalidad, entre otras cuestiones y, especialmente, a la falta de flexibilidad laboral y los salarios deprimidos. Se estima que con los parámetros del mercado laboral argentino, en teoría, una reducción del 10 por ciento del impuesto a la nómina, aumentaría el empleo en el sector cubierto por la seguridad social en 2 por ciento. Sin embargo, desde los años ochenta, el empleo formal se ha reducido substancialmente, probablemente como efecto de los mayores impuestos y las regulaciones del mercado laboral que redujeron la flexibilidad que necesitaban las empresas ante un panorama macroeconómico adverso. Esto es, la expansión de la cobertura de la seguridad social que se esperaba como efecto de la reforma no se ha presentado.

En el caso de México, un estudio muestra que la valoración de los beneficios de la seguridad social como porcentaje de la tasa de cotización aumentó de 46.9 a 69.7 por ciento con la reforma. Sin embargo, otra estimación muestra que la valoración se ha mante-

nido en cerca de 35 por ciento de la tasa de cotización a pesar del cambio de política, con diferenciales salariales a favor de los no cubiertos de 9.0 y 6.9 por ciento, antes y después de la reforma, respectivamente, y una disminución del total de contribuciones sobre la nómina de 25.6 a 20.1 por ciento. En teoría, se estima que una reducción de 6 puntos porcentuales de la tasa de aportaciones, acompañado de un aumento de la valuación de las prestaciones por parte de los trabajadores, incrementaría la proporción de empleo cubierto a no cubierto entre 2.4 y 4.5 por ciento. De 1996 a 2000 se observa un gran aumento en la proporción de empleo cubierto a no cubierto, pero la cual debe ser atribuida a la recuperación de la economía después de la crisis de 1995 y no a la reforma de 1997. Después del 2000, sin embargo, la razón de trabajadores cubiertos a no cubiertos parece estabilizarse en un valor que es 4 por ciento mayor, que el prevaleciente antes de la reforma.

En Brasil, el premio en ingresos que se necesita para compensar a los trabajadores cubiertos por hacer aportaciones a la seguridad social hasta un grado que sea suficiente para evitar que tanto ellos como sus patrones abandonen el estado de formalidad es de 12.5 por ciento, en 1992; 7.5 por ciento, en 1995; 13.5 por ciento, en 2001. Se predice que, en el largo plazo, un aumento del 10 por ciento en los salarios reales —por ejemplo, debido a un incremento de la tasa de aportación a la seguridad social— reduciría en 4.3 por ciento, el empleo cubierto y aumentaría el no cubierto en 0.9 por ciento. Esto apoya un diagnóstico, en el cual, los altos y crecientes costos laborales están asociados con menor empleo en el sector formal, elevadas tasas de rotación, baja productividad laboral y, por consiguiente, reducidos niveles salariales, lo cual explica la gran expansión del sector no cubierto observada en los últimos años.

Para Bolivia, el diferencial en salario entre los trabajadores no cubiertos y los cubiertos es más elevado en el período anterior a la reforma de 1997, pero disminuye posteriormente, aunque en los últimos años ha aumentado de nuevo. Si bien, la reforma tuvo al principio un efecto laboral favorable, los problemas de financiamiento del sistema y diversas distorsiones han afectado negativamente las valuaciones que los trabajadores tienen de las prestaciones, haciendo que el impacto de la reforma en el mercado laboral no sea el esperado.

En Canadá, el sistema público de pensiones desmotiva el empleo después de los 60 años, porque trabajar a partir de esta edad reduce de forma considerable el valor del seguro contra pérdidas de ingresos. Existen muchas pruebas de que los programas de seguridad de los ingresos actúan como un incentivo para la jubilación a partir de alrededor

de los 60 años. En cuanto a la cobertura del sistema, existe cierta evidencia de que el aumento de las tasas de contribución ha tenido un efecto negativo, excepto entre las mujeres con edades intermedias, para las cuales, la cobertura se incrementó.

En los Estados Unidos, el impacto de la seguridad social y sus recientes reformas en la oferta laboral es de amplio alcance. Es más probable que los trabajadores se jubilen al llegar a los 62 años, ya que son elegibles para obtener beneficios parciales bajo la jubilación temprana. Por ello, para motivar el trabajo de las personas mayores, se revocó la prueba de ingresos que reduce las prestaciones de los jubilados si éstos trabajan. Sin embargo, esta prueba se mantiene vigente para quienes optan por la jubilación temprana —62 a 65 años—. Se encontró que si los cambios en los beneficios debido a las reformas de la seguridad social no son anticipados por los trabajadores, este efecto en la decisión de jubilarse pudiera ser sustancial, especialmente, para las personas cercanas a la edad de jubilación. Esto sucede, porque no habrían tenido tiempo para hacer ajustes previos a su trayectoria de consumo y de ahorro para el retiro, como hubiera sido el caso si hubieran anticipado los cambios de política.

En general, la baja valuación de los beneficios de la seguridad social por parte de los trabajadores, en muchos países es el principal obstáculo para que una reforma del sistema pueda tener un impacto positivo y sustancial en la cobertura. Los aumentos reales del número de personas cubiertas han sido muy limitados entre algunos de los países que han realizado reformas y en otros, simplemente no se han presentado.

En un contexto de dificultades macroeconómicas, las reformas de la seguridad social deberían estar insertadas dentro de una reforma fiscal integral, ya que de otra manera, la reducción del impuesto sobre la nómina en un contexto recesivo resultaría insuficiente para promover el trabajo cubierto, debido al entorno de elevado desempleo y la presión fiscal que enfrentan las empresas.

Capítulo V. Aspectos fiscales de las reformas de los sistemas de pensiones: redistribución y costos de transición

La seguridad social es una herramienta poderosa de redistribución inter e intrageneracional. Intergeneracional pues transfiere ingreso o bienestar entre generaciones distintas, definidas de acuerdo al año de nacimiento de las personas, e intrageneracional porque lo hace entre miembros de una misma generación, pero pertenecientes a distintos niveles de ingreso.

En la región, con el proceso de envejecimiento poblacional, los sistemas de pensiones basados en el reparto, en los cuales, a los jubilados se les paga a partir de las aportaciones de los jóvenes, enfrentaron serios problemas de inviabilidad financiera, pues todos los asegurados recibían beneficios de retiro superiores a las contribuciones pagadas durante su vida activa. Así, en los últimos veinte años se han introducido en la seguridad social componentes de ahorro individual, en donde se definen las contribuciones que se deben hacer en lugar de los beneficios a recibir.

En este capítulo, se discutieron los efectos de dichas reformas sobre la distribución inter e intrageneracional del ingreso, así como el problema de los costos de la transición entre esquemas. Para ello, se utilizó la evidencia empírica que surge de la revisión de los casos de Argentina, México y Uruguay.

Para el análisis de la redistribución intrageneracional, en los casos mexicano y uruguayo se dividió a la población por niveles de ingreso, y se estimó para qué grupos se incrementa más el saldo neto de prestaciones contra contribuciones, al reformarse el sistema de pensiones. Para el caso argentino, se analizó cómo el diseño del esquema de pensiones perjudica o beneficia a diferentes grupos de acuerdo a su ingreso.

Se encuentra que el sistema de reparto es relativamente más generoso con los individuos pertenecientes a los grupos de menor ingreso que para aquéllos en los niveles más elevados. Con la capitalización del sistema, éste mantiene cierto grado de progresividad fiscal, sin embargo, debido principalmente a las aportaciones estatales y a las garantías de prestaciones mínimas.

En los casos mexicano y uruguayo, los principales beneficiarios de la reforma son los grupos de ingresos altos, y en el caso argentino, éstos son los individuos de menores ingresos. En Argentina, en el cálculo de la pensión bajo el sistema de reparto intervenía el valor promedio del salario de los últimos tres años. Como resultado, los trabajadores menos educados y las mujeres que enfrentan una trayectoria de salario relativamente plana, típicamente los menos educados, transferían ingresos hacia los individuos de mayores salarios.

Para el caso de Uruguay se encontró que los hombres ganan y las mujeres pierden a consecuencia de la reforma. También, que los sectores de más bajos ingresos se benefician, pero en menor medida que los de mayores ingresos. En México, por el contrario, los individuos de los deciles I al VIII de la escala del ingreso pierden con la introducción del sistema de capitalización.

En el estudio de las consecuencias redistributivas intergeneracionales de los sistemas de seguridad social de México se utilizó el modelo de cuentas generacionales, mientras que en el caso de Uruguay se usó además un modelo dinámico de equilibrio general. El objetivo en ambos casos es evaluar la carga fiscal que las generaciones presentes imponen sobre las generaciones futuras.

Respecto a la redistribución intergeneracional del ingreso en México, el análisis mostró que aun después de la reforma, las generaciones futuras habrán de soportar una carga fiscal que es tres veces mayor que la de la generación actual. Este desequilibrio intergeneracional se debe a los compromisos previamente adquiridos por parte del Estado, con las personas que cotizaron en el sistema de reparto.

En el caso uruguayo, a diferencia del mexicano, la reforma no dio lugar a ningún tipo de reconocimiento de deuda implícita a los afiliados que habían aportado con anterioridad. Así, la reforma benefició fundamentalmente a las generaciones futuras y ocasionó una disminución de la deuda pública a mediano y largo plazo, pero sin aumentar la carga de la generación actual.

En Argentina, los trabajadores jóvenes son quienes más se benefician del componente de cuentas individuales del nuevo sistema. Esto repercute en la viabilidad financiera del esquema de reparto, pues al migrar éstos al régimen de capitalización, lo privan de importantes montos de contribuciones.

Los costos de transición surgen porque al modificar el régimen basado en el reparto e introducir uno de cuentas individuales, se traspasa la carga de financiamiento de las pensiones futuras hacia la generación presente. Por ello, en las reformas se definió la forma particular de afrontar los compromisos preexistentes del Gobierno.

En lo referente a costos de transición, los resultados, en general, indican un esfuerzo fiscal elevado en lo inmediato, pero que se aligera al transcurrir el tiempo. En Argentina, gracias a la reforma se logra una disminución del déficit fiscal de 65 por ciento respecto al escenario sin reforma.

En México, a pesar de la sustitución del sistema de reparto por uno de capitalización, existen compromisos derivados de las pensiones en curso de pago y de los derechos adquiridos en el sistema anterior. La tendencia de los primeros es a pasar del 0.49 por ciento del PIB al 0.07 para el 2026. Para ese año, el costo de los segundos habría pasado de 0.03 por ciento a 0.27 por ciento del PIB.

En Uruguay, a corto y mediano plazo, el déficit aumenta en magnitudes que oscilan entre 1.6 y 1.8 por ciento del PIB, pero en el largo plazo se reduce en más de 2.1 por ciento del PIB.

Capítulo VI. La reforma de los sistemas de pensiones y el ahorro de los hogares

Se analiza el comportamiento del ahorro de los hogares tratando de identificar cuál puede ser el efecto sobre el mismo de una reforma del sistema de pensiones.

Específicamente, se estudian las reformas de los esquemas de pensiones de Argentina, Chile y México, planteándose dos preguntas básicas: ¿los afiliados al nuevo sistema de pensiones ahorran más, menos o lo mismo que los no afiliados?, ¿son los resultados estables en el tiempo?

Para responder a estas interrogantes, primero, se discuten todos los efectos esperados de la reforma sobre las decisiones de ahorro de los hogares, desde una perspectiva teórica; además, se presentan brevemente las características de los sistemas de pensiones de estos tres países que pueden ser más relevantes para este asunto, antes y después de la reforma.

Los resultados empíricos apuntan a que esta medida tiende a afectar al ahorro voluntario de los hogares en varios sentidos.

Primero, quienes se encuentran afiliados al nuevo régimen de cuentas individuales sí modifican sus tasas de ahorro voluntario. En algunos casos, lo hacen para complementar y en otros, para sustituir el ahorro obligatorio que realizan a través de las AFP.

Los resultados sugieren que en Argentina, en 1997, los individuos afiliados al sistema de pensiones reformado sustituyen el ahorro privado con el forzoso a través del sistema de pensiones, es decir, el primer impacto de la reforma de 1994 fue la reducción del ahorro voluntario de los hogares.

En el caso de Chile, que modificó su esquema en 1981, en 1988 se observaba que los hogares complementaban sus cotizaciones previsionales con ahorro voluntario, esto es, al principio, la reforma promovió un mayor ahorro. Sin embargo, más adelante, en la etapa de consolidación del sistema, los hogares modificaron su conducta y compensaron una parte importante de las cotizaciones al sistema de pensiones con desahorro voluntario. Sin embargo, la compensación de ahorro no fue completa y, por tanto, la tasa de ahorro total de los hogares aumentó.

Para México, se observa una disminución en el consumo, implicando un aumento del ahorro durante la etapa de implementación del sistema, es decir, durante los primeros años después de la reforma.

Un segundo resultado es que existen efectos indirectos, aunque pequeños, de una reforma de pensiones sobre la relación que en un país hay entre el ahorro voluntario de los hogares y algunas de las variables que lo afectan, tales como el ingreso, la participación laboral de los dos cónyuges y el acceso a los mercados de capitales.

Desde un punto de vista de las políticas públicas asociadas al sistema de pensiones, los resultados sugieren algunas implicaciones interesantes.

En primer lugar, las características particulares del esquema de capitalización individual parecen tener efectos específicos sobre el ahorro voluntario de los hogares. El caso de Chile es ilustrativo de este aspecto. En 1988, el sistema aún no se encontraba consolidado, todavía no acumulaba un nivel significativo de activos y los fondos de pensiones se encontraban poco diversificados. Después de cerca de una década de desarrollo, el esquema se encontraba mucho más desarrollado en términos de fondos acumulados, con un importante nivel de participación y con activos bastante más diversificados. Por tanto, no parece extraño que en 1988, los afiliados a las AFP complementaban su ahorro forzoso, realizado a través de la seguridad social, con más ahorro voluntario, mientras que en 1996-1997 compensaron parte de su ahorro forzoso con desahorro voluntario.

Este resultado sugiere que los sistemas de pensiones de capitalización individual toman tiempo en consolidarse y en afectar las decisiones de los agentes de un modo definitivo.

Capítulo VII. Las administradoras de los fondos de pensiones en los regímenes reformados

Se consideraron varios aspectos del desempeño de las administradoras de fondos de pensiones en los regímenes reformados, las cuales son conocidas como AFP, AFAP, AFORES, AFJP y bajo otras denominaciones, y se evaluó lo que ha ocurrido con ellas en diversos países latinoamericanos que han adoptado el esquema de cuentas individuales con capitalización de fondos.

Uno de los argumentos clásicos para defender la necesidad de que los esquemas de seguridad social sean públicos, es decir, que su funcionamiento permanezca en manos del gobierno, se basa en la hipótesis de que hay rendimientos a escala en la administración de los fondos de pensiones, esto es, que el costo por afiliado disminuye con el volumen atendi-

do. Si una industria de este tipo se privatiza, tiende naturalmente a una estructura monopólica, porque quien gane primero una gran participación de mercado operará con menores costos por afiliado que sus competidores potenciales. En una industria monopolizada, la política de precios que seguiría una empresa privada difícilmente correspondería con lo óptimo para la sociedad. Por ello, en tal situación, el Estado podría reservarse la producción de este tipo de bienes, para evitar que cayera en manos de empresas con fines de lucro (CISS, 2002).

Por estas razones, a los regímenes reformados se les critica en términos de la imposibilidad de obtener los costos promedio más bajos derivados de las economías de escala, pues la industria se divide en varias empresas administradoras de fondos de pensiones, y porque una vez privatizada la industria, la tendencia monopólica plantea un importante reto en términos de regulación del mercado, para evitar que las comisiones que cobran la AFP se eleven sin moderación.

También, se objeta que el rendimiento ajustado por riesgo que se paga sobre los fondos en los regímenes de capitalización no es tan elevado como el de los sistemas de reparto. En buena medida, se dice, las comisiones altas y los rendimientos reducidos se deben a que los trabajadores no son sensibles a las diferencias entre las AFP con respecto a estos parámetros, sino que su elección de administradoras se basa más bien en la labor promocional de las mismas.

Precisamente, en el capítulo se evaluaron tales críticas, en particular con referencia a los casos de Chile y México, complementándose los análisis con información de Bolivia, Perú y Uruguay.

El sistema de pensiones en Chile experimentó una impresionante explosión de los traspasos de cuentas durante la primera mitad de la década de los noventa. Estos niveles de rotación eran vistos por la autoridad como dañinos, ya que obedecían fundamentalmente a la labor de los vendedores, quienes ofrecían premios en especie, no en efectivo, a los afiliados que aceptaran traspasarse. Esta forma de competencia era ineficiente, ya que consumía abundantes recursos en labores promocionales y en la remuneración de los vendedores, disipando las rentas de las administradoras y obligándolas a cobrar comisiones altas para sostener la guerra comercial en la que estaban envueltas. Se decía que la única forma de mantener un *stock* de afiliados constante —la participación de mercado—, era revirtiendo las salidas generadas por vendedores rivales, a través de las entradas que generaban los promotores propios. En junio de 1997, el gobierno de Chile presentó al Congreso un proyecto de ley para desregular, par-

cialmente, las comisiones regulares de las administradoras, legalizando los descuentos. El objetivo era obligar a las AFP a competir más vigorosamente en precios, esperando que los menores márgenes redujeran su necesidad de vendedores.

En el caso de los cobros de las AFORES mexicanas, se observa que el sistema de seguridad social que arrancó en 1997 inició operando con costos más bajos por el manejo de los fondos de los trabajadores que lo que le costaba al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) administrar los seguros de pensiones antes de la reforma. Sin embargo, a partir del segundo trimestre de 2000, el esquema de las AFORES implantado por la reforma se volvió más costoso. Si bien, las comisiones de las AFORES comenzaron a reducirse desde agosto de 2001, todavía se mantienen por encima de lo que le hubiera costado al IMSS administrar los seguros de pensiones.

Se sabe que los vendedores y, en general, las actividades de promoción son determinantes en los traspasos que se dan entre las AFP o las AFORES, pero es de interés en este capítulo saber si las comisiones y la gestión financiera también influyen en los cambios, y si la magnitud de esa influencia es suficiente para dar incentivos económicos para que las administradoras ofrezcan buenos rendimientos netos de comisiones.

Retomando el caso chileno, los traspasos en el sistema previsional han estado motivados fundamentalmente por la labor de los vendedores y por los premios de entrada: ni la rentabilidad, ni las comisiones, ni los acervos de marca comerciales tienen un efecto estadísticamente claro sobre los traspasos. Las comisiones no son un factor determinante de la elección de AFP que hacen los trabajadores, lo cual, no deja de ser un grave problema para el sistema, pues no se encuentra ahí una fuente de presión para que las administradoras reduzcan sus cobros.

En el caso de México, los resultados son similares en cuanto a la importancia del número de vendedores y de las actividades de promoción, sin embargo, en este caso, se encuentra que a partir del tercer trimestre de 2001, la demanda se vuelve sensible al cobro de comisiones y al rendimiento obtenido por la AFORE. Es decir, parece que recientemente los trabajadores han reaccionado más a diferencias en cobros y retornos al seleccionar se administradora.

Respecto al grado de competencia económica y la estructura de costos en la industria de las AFP para el caso chileno, se aprecia que la rentabilidad operacional promedio habría estado en todo momento muy por encima de lo que se considera normal. Sin embargo, durante el período de la guerra comercial (1993-

1997), la rentabilidad de las AFP habría comenzado a descender debido a los enormes gastos comerciales que debieron realizar para sostener su participación de mercado. De hecho, desde que la guerra termina en noviembre de 1997, se verifica un alza sostenida en la rentabilidad operacional del negocio.

Si bien, una industria competitiva puede ser compatible con rentabilidades excesivas si éstas quedan en manos de las empresas más eficientes y hay alguna administradora que exhiba una tasa normal de ganancias. En el estudio chileno, se encuentra que el grado de competencia de la industria es bajo, y de hecho, existe evidencia de barreras de entrada a los nuevos competidores. Es posible concluir que para el caso de Chile, el mercado de las AFP no es competitivo. Las estimaciones demuestran que la única forma de atraer cotizantes en el mercado de las AFP es a través de una fuerte inversión comercial y otorgando valiosos regalos a los que acepten traspasarse—éste es un precio negativo o “premio de entrada”—.

Esta discusión sugiere que es de particular relevancia estudiar la estructura de costos de la industria, para determinar si las AFP que han estado en el mercado por más tiempo operan con mayor eficiencia que las entrantes, o si hay economías de escala que obliguen a afiliarse a un gran número de cotizantes para evitar el fracaso debido a la operación con costos promedio elevados.

Mediante la estimación de la función de costos es posible responder a la pregunta de cuál es en Chile, la escala mínima eficiente de esta industria, es decir, cuál es el tamaño socialmente óptimo de una AFP, así como evaluar la compatibilidad de esta escala con un ambiente competitivo. Para esto, se agruparon a las administradoras en categorías. La primera, distingue entre *grandes* y *pequeñas*, según si tuvieron más o menos de 100 mil cotizantes, y la segunda, divide las AFP entre *titulares* y *aspirantes*, dependiendo de si ingresaron antes o después de 1990.

Se obtuvo que, efectivamente, las economías de escala se verificarían para todo el mercado, es decir, que la escala eficiente mínima es la totalidad de la industria. Tiene sustento la hipótesis de que los costos por afiliado en la administración de fondos de pensiones disminuyen siempre que aumenta el volumen atendido.

Además, los datos demuestran que en Chile, las AFP pequeñas enfrentan costos de atender nuevos clientes realmente bajos y muy inferiores a los de las administradoras más grandes. Paradójicamente, todas las empresas pequeñas fracasaron en crecer y hacerse de una participación considerable del mercado. También, se advierten grandes diferencias entre los costos medios de las aspirantes y las titulares;

las primeras, han soportado costos medios dos veces mayores que los de las titulares, debido a que operan con una escala menor, esto es, tienen muchos menos afiliados.

En conclusión, se sugiere que las administradoras aspirantes estaban bien preparadas para competir en precios, pero mal preparadas para hacerlo en la inversión comercial, que fue el campo donde finalmente se dio la batalla para entrar.

En el caso de México, también hay importantes economías de escala en cuanto al monto de los fondos manejados por las AFORES y, en el caso, de aquellas relacionadas con bancos, también con respecto al número de afiliados. Esto se pudo verificar con estimaciones de las curvas de costos a partir de información oficial generada por la CONSAR, el organismo regulador de la industria. También queda claro que las AFORES que dan un mayor peso a las actividades de promoción operan con costos por afiliado menores, sobre todo, cuando el número de cuentahabientes es elevado. Esto quiere decir que la amenaza de una guerra comercial se constituye como una barrera a la entrada de nuevas AFORES a la industria, pues las administradoras que ya están dentro del mercado operan a bajo costo, por estar aprovechando las economías de escala.

Dado que la industria de administración de fondos de pensiones parece exhibir importantes economías de escala, ello sugeriría que la concentración de la industria permitiría elevar la eficiencia de la administración previsional, pues permitiría que unas pocas AFP o AFORES operaran con costos promedio muy bajos. De hecho, las estimaciones de Chile sugieren que el mínimo costo de administración se alcanzaría si sólo una AFP operara en la industria. Este hecho introduce una tendencia hacia una organización industrial con características monopólicas, la cual se refuerza por el hecho de que los clientes no responden mucho a las reducciones de las comisiones cobradas por las AFP y, por tanto, la competencia entre administradoras se da en actividades promocionales o comerciales, en las cuales tienen ventaja las empresas que ya están bien establecidas dentro del mercado.

Una estrategia general para maximizar la eficiencia en las industrias de las administradoras de pensiones y lograr las menores comisiones posibles para un nivel dado de calidad, no puede descansar en una o dos medidas específicas. Por ello, se presentó un conjunto de propuestas para ser considerado como un plan global, con las debidas consideraciones a las particularidades de cada país. Es necesario:

1. Asegurar la desconcentración de las decisiones de inversión y su desvinculación de las autoridades

políticas futuras, para que un sistema capitalizado logre pagar pensiones confiables.

2. La evidencia empírica demuestra que los aportantes son sensibles a los premios de entrada por afiliarse a una AFP, pero no a las comisiones regulares, por lo que para que exista competencia en precios, es esencial terminar con el requisito de uniformidad de comisiones entre todos los afiliados a una misma administradora.

3. La licitación internacional de una asignación inicial de cuentahabientes —que conservarían la libertad de cambiarse— es muy exitosa en lograr comisiones bajas.

4. Muchos cuentahabientes son insensibles a la buena gestión financiera, por lo que sería conveniente complementar los estímulos a esa función creando una comisión a favor de las administradoras que logren un mejor desempeño financiero relativo en forma estable.

Capítulo VIII. Reformas de los esquemas de salud de la Seguridad Social

Este capítulo incluye el estudio de algunos casos de reforma de esquemas de seguridad social en salud que se han llevado a cabo en el continente americano. Para poder entender los fundamentos de los diferentes sistemas y seleccionar a los países a analizar se clasificaron los esquemas en cuatro grupos. Para cada uno de ellos se analizó la posibilidad de alcanzar la cobertura universal bajo la hipótesis de que ésta va a depender de las características de la seguridad social en salud y del grado de informalidad del mercado de trabajo del país. Para cada tipo de sistema, también se mencionaron los posibles problemas de “fallas” del mercado privado.

Se incluyó, por lo menos, un caso de estudio para cada uno de los grupos definidos. Todos los países seleccionados tienen la característica de haber realizado reformas de sus sistemas de seguridad social, pasando de una de las categorías a otra. Se analizaron aspectos relacionados con la cobertura y el financiamiento. También, se incluyeron mediciones para evaluar si en efecto se dieron las “fallas” de mercado esperadas de acuerdo con el marco conceptual. Cuando fue posible, el análisis se realizó para períodos anteriores y posteriores a la reforma. Los casos incluidos son Canadá, Chile, Colombia, Estados Unidos y México.

El caso analizado del primer grupo de sistemas es el canadiense. La seguridad social en salud pasó de ser un esquema con aseguramiento privado a otro con un solo programa, financiado con recursos fiscales, en el que las provincias se encargan de la re-

gulación y contratación de los servicios, en su mayoría privados y fuertemente regulados. Este caso es interesante ya que se han introducido diversos mecanismos de control de costos que han sido efectivos, en el sentido de que su gasto en salud no ha sufrido incrementos significativos. Canadá nos enseña cómo, cuando la derechohabencia no está ligada al empleo y es financiada principalmente con recursos fiscales, se puede alcanzar la cobertura universal. También, se describen las medidas tomadas para la contención de los costos que han resultado efectivas, entre las cuales destacan que los precios pagados a los proveedores de medicamentos y tratamientos son negociados centralmente por el gobierno canadiense, y que cada región recibe un presupuesto fijo para salud basado en criterios como el tamaño de la población. Canadá logra cubrir a cabalidad los objetivos de la seguridad social, quizá, el único problema es que para algunas intervenciones médicas existen largas listas de espera.

El caso estudiado de la segunda categoría de sistemas es el mexicano. Éste pertenece al grupo en el que se combinan diferentes programas tradicionales de seguros sociales; hay uno donde el aseguramiento es obligatorio y se financia con aportaciones de la nómina, pero también existen programas de cobertura universal no contributivos, para cubrir al resto de la población. La reforma realizada en México es menor comparada con las de los otros países estudiados.

El estudio de México permite entender, entre otras cosas, la inequidad en cobertura y distribución de recursos fiscales que puede resultar por la coexistencia de sistemas fragmentados. También, se presta para analizar la existencia de un fenómeno de selección adversa en un país con una amplia economía informal. Se presenta este problema cuando los trabajadores buscan afiliarse al seguro social sólo cuando se enferman o están en alto riesgo de hacerlo. Eso reduce los ingresos del sistema y aumenta sus gastos.

Sobre la reforma mexicana, se encontró que la disminución de la tasa de contribuciones obrero-patronales resultó, en efecto, en un aumento de la cobertura. Sin embargo, este incremento fue pequeño si se consideran los mayores recursos fiscales que se introdujeron al sistema. Se encontró que la cobertura de los programas de seguridad social tradicionales favorece a los grupos de mayor ingreso y que, a raíz de la reforma, las transferencias fiscales al sistema en su conjunto pasaron de ser progresivas en términos absolutos a regresivas, es decir, que ahora benefician menos a los de ingresos bajos. Finalmente, a pesar de que el programa de seguridad social es obligatorio para los trabajadores, debido al alto nivel de informalidad de la economía y a que cuando

se presenta un problema de salud en el hogar las personas pueden entrar al sistema formal sin ninguna limitación, parece haber un problema de selección adversa que afecta las finanzas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Se estimó que el costo para el IMSS de este problema, en cuanto a servicios hospitalarios, corresponde a 4.0 por ciento, del gasto hospitalario total.

Los casos de estudio de la tercera categoría de esquemas son los de Chile y Colombia. Éstos pertenecen al grupo en el que hay seguros sociales individuales y obligatorios. Para estos sistemas, aunque legalmente el tipo de cobertura está relacionada con la capacidad de pago de los hogares, de hecho, también depende de la fuente de empleo. El análisis sugiere que, debido a lo anterior, se presenta un problema de selección adversa en el caso colombiano, el cual tiene un gran sector informal, al igual que México. En Chile, este problema no es significativo, en parte porque su sector informal es más pequeño y porque la mayoría de los trabajadores informales tienen derecho a financiamiento con recursos fiscales. Sin embargo, hay evidencia sugerente de selección adversa en contra de las aseguradoras privadas.

Una medida importante introducida por las reformas de Chile y Colombia fue que las personas pudieran elegir entre aseguradoras privadas y públicas. Lo anterior es posible, ya que se buscó cambiar el financiamiento para que los fondos "siguieran" a las personas. De este tipo de sistema se espera que se origine un problema de selección de riesgos, en el que las aseguradoras privadas evitan a las personas de alto riesgo esperado. Tanto para el caso chileno como para el colombiano se encontró que las distribuciones de las personas por grupos de edad y sexo tiende a sugerir que sí se presenta este fenómeno. En el caso chileno, el problema parece ser mayor que en el colombiano, ya que en este último se introdujeron algunas regulaciones para evitarlo. En el chileno, el esquema público termina siendo el asegurador de última instancia que cubre los casos de mayor riesgo esperado. Se estimó que el costo para el seguro público chileno de recibir a un grupo de población de mayor riesgo es 27 por ciento superior al costo en el cual incurriría si los cubiertos tuvieran una distribución de riesgo similar a la de la población total.

A pesar de los problemas antes mencionados, el caso chileno muestra una cobertura casi universal, en donde sólo 4 por ciento de la población no está cubierta. Lo anterior se debe en parte a que se han focalizado los recursos fiscales hacia las personas de bajos ingresos, lo cual se puede considerar uno de los grandes éxitos de la reforma. El nivel de protección financiera es bastante alto y se ha visto beneficiado tanto por la focalización de los recursos fiscales, como por la introducción de un seguro de

gastos catastróficos contra copagos en los planes de aseguramiento privados.

En Colombia, a pesar de las dificultades ya mencionadas, la percepción de la calidad de los servicios desde el punto de vista de la población ha mejorado, lo cual se puede deber en parte a que se abrió la posibilidad de elección. Si bien, ha habido un aumento de la cobertura a raíz de la reforma, aún no se ha alcanzado la universalidad. Un éxito que se debe reconocer de la reforma colombiana es que ha crecido la cobertura entre la población de menores ingresos. Esto se debe a que ahora se focalizan los subsidios.

Se presentan dos razones principales por las que no se ha alcanzado la cobertura universal en el caso colombiano, y por las cuales es difícil que ésta se logre. La primera es que una buena parte de los trabajadores con capacidad de pago se encuentra en el sector informal o independiente y, aunque su afiliación debería ser obligatoria, de hecho, termina siendo voluntaria, ya que no hay los mecanismos para obligar a las personas a afiliarse. La segunda razón es que no se tienen los recursos financieros para cubrir a todos aquéllos sin capacidad de pago. Esta falta de fondos se ve, además, perjudicada ya que no ha habido una transformación total de los subsidios a la oferta de servicios a subsidios a la demanda.

Precisamente, un punto que falló en la reforma colombiana fue la transformación de los subsidios a la oferta, a subsidios a la demanda. Esto es, se buscó que los hospitales públicos fueran autónomos en su financiamiento, es decir, que sus ingresos estuvieran dados únicamente por la venta de servicios a las aseguradoras, liberando así los recursos fiscales que les eran transferidos. Se planeaba utilizar los recursos liberados para subsidiar la cobertura de personas de bajos ingresos. Sin embargo, sólo un 33 por ciento de estos recursos se pudo transferir. Se cree que la transformación total no ha sido posible, debido principalmente, a que no se ha logrado la cobertura universal, y a que el paquete de beneficios del Régimen Subsidiado es limitado y los servicios no cubiertos los pueden obtener las personas en los hospitales públicos. Adicionalmente, por razones de acceso, las clínicas públicas que son las únicas proveedoras de servicios en zonas rurales o municipios pequeños no se pueden cerrar, aunque tengan un

déficit, por lo que se les siguen asignando recursos fiscales. Lo anterior provoca que en lugar de dos regímenes haya tres, siendo el tercero, la cobertura de la población no cubierta a través de hospitales públicos, lo cual hace que aumenten los recursos necesarios para que funcione este sistema. Todo esto es principalmente consecuencia de la alta economía informal de este país.

En cuanto a la situación del Instituto de Seguros Sociales (ISS) colombiano, su tránsito a partir de un monopolio con integración como asegurador y prestador ha sido complicada, principalmente, por la rigidez laboral y organizacional del Instituto. El ISS ha sufrido una reducción sostenida en el número de sus afiliados, que junto con unos costos operativos altos, lo ha llevado a presentar déficits. No fue hasta junio del 2003, diez años después de la reforma, que el gobierno decidió hacer una reestructuración, separando el aseguramiento de la red prestadora, y descentralizando la prestación de servicios en redes regionales autónomas que se relacionarán vía contratos con el asegurador.

Finalmente, el último caso de estudio es Estados Unidos, en el que la cobertura del sistema público está focalizada a ciertos grupos de población —mayores de 65 años y personas de bajos ingresos— y es financiada con recursos fiscales y contribuciones sobre la nómina obligatorias. Como es de esperarse, este sistema no alcanza la cobertura universal. El caso de Estados Unidos se incluye, entre otros motivos, para analizar cómo se ha buscado una reducción en el gasto del sistema de salud a través de diferentes políticas instrumentadas en los programas de asistencia social y tradicionales de seguridad social en salud.

En el programa de Medicare¹, los pacientes eligen tanto a los médicos como los hospitales a utilizar. En 1983, el gobierno de Estados Unidos reformó el modo de pago a los proveedores de los servicios prestados a los usuarios de Medicare. El cambio fue de pago por servicio a un esquema de pago prospectivo, con el objetivo de reducir costos. Bajo el sistema de pago prospectivo, los cargos se reembolsan basados en un pago fijo por admisión al hospital, dependiendo del grupo relacionado de diagnóstico (GRD) al que sea asignado el paciente.² El resultado de esta política fue una reducción de los gastos hospitalarios de alrededor de 20 por ciento, como

¹ Medicare es un programa que cubre a personas mayores de 65 años, discapacitados y personas con enfermedad renal en la última etapa. Este programa es financiado a través de las cotizaciones obligatorias por parte de los trabajadores activos.

² "Los precios actualmente ofrecidos por Medicare provienen de un sistema conocido como grupos relacionados de diagnóstico, en donde cada paciente que es admitido al hospital es asignado a un grupo de un número fijo de grupos (la lista actual es de 470 GRD's). El pago por el paciente dentro de cada GRD varía un poco por región y tipo de hospital (ej: hospitales de enseñanza y no de enseñanza), pero desde el punto de vista del hospital el pago por admisión es fijo", Phelps (1997) p. 419.

consecuencia de reducciones en las admisiones hospitalarias y estancias más.

En el programa de Medicaid³ cada estado diseña y opera su propio esquema, con algunas guías de la federación. Con el objetivo de reducir costos, los estados han buscado planes alternativos, como Medicare Managed Care. Éste, incluye mecanismos que limitan el crecimiento de costos —pero también el avance de la tecnología— mediante contratos selectivos con proveedores a precios reducidos, y mecanismos de pago per-cápita,⁴ y la vigilancia y limitación en el monto de servicios médicos utilizados por los pacientes por parte de los administradores de Managed Care. Los efectos del aumento del uso de Managed Care han sido tanto una disminución en la utilización de servicios médicos, como una reducción en los costos en las áreas con mayor penetración de Managed Care. Sin embargo, no es claro que esta declinación en costos se haya transferido a una reducción en primas de los seguros. Además, existe el argumento de que el enfoque de Managed Care puede tener efectos negativos en la calidad de los servicios prestados.

Es importante señalar que el gasto en salud per cápita varía mucho entre los diferentes países del continente. Es prácticamente imposible que las naciones de América Latina alcancen los montos de gasto de Estados Unidos y Canadá y, por tanto, los niveles de tecnología y calidad de los servicios de salud de estos países, independientemente de la forma de estructurar sus sistemas de seguridad social y de los logros de eficiencia en el gasto que obtengan. Para poner en perspectiva el problema, nótese que el gasto en salud per cápita en Estados Unidos fue de 4 mil 499 dólares—13.1 por ciento del PIB— en el año 2000. Este gasto es cercano al Producto Interno Bruto per cápita total de Chile en ese mismo año, que fue de 4 mil 603 dólares. Sin embargo, es importante recalcar que dentro de las posibilidades económicas de cada país se debe buscar el mejor sistema posible.

IX.2 Comentarios finales

Las discusiones sobre las reformas de la seguridad social son difíciles y muchas veces provocan que las opiniones se polaricen. Es muy común que los participantes en los debates terminen evaluando muy estrictamente las cosas: o todo está bien o todo está mal.

En este informe se ha encontrado, sin embargo, que todas las reformas tienen aspectos positivos y negativos.

Por ejemplo, a pesar de que se usa el término de sistemas privados de cuentas individuales para referirse a los regímenes de pensiones que han sido objeto de una reforma estructural, en la realidad, todos ellos mantienen un importante elemento de redistribución del ingreso hacia los grupos poblacionales más desfavorecidos, a través de garantías mínimas y aportaciones estatales. Éste se sigue financiando mediante el reparto.

Otra cosa a destacar es que la ampliación de la cobertura para llevarla a un nivel universal, solamente se puede lograr comprometiendo abundantes recursos fiscales de fuentes generales, no contributivas, para financiar el otorgamiento de las prestaciones.

Una conclusión adicional es que, a final de cuentas, todos los sistemas de pensiones se ven afectados negativamente por el proceso de envejecimiento poblacional.

Éste, también perjudica al financiamiento de los seguros de atención médica, los cuales, además, entran en dificultades por el cambio en el tipo de enfermedades que se presentan en el mundo moderno, por el uso excesivo de los servicios médicos por parte de la población y por el encarecimiento de las medicinas y los tratamientos. Estos fenómenos se presentan en todos los países.

En fin, no se pretende que las evaluaciones que aquí se presentaron sobre distintos aspectos de las reformas llevadas a cabo en diversos países del continente sean definitivas. Habrá quien no comparta lo reportado. Es más, incluso aquéllos que realizaron trabajos para este documento pueden modificar sus opiniones después de discutir los distintos argumentos con otros expertos en la materia.

Precisamente, éste parece ser uno de los rasgos más definatorios de la seguridad social: siempre están cambiando las circunstancias económicas, políticas y demográficas que debe enfrentar y, por tanto, nunca deja de desarrollarse.

³ Medicaid es un programa asistencial que cubre a algunos grupos de bajos recursos. En este programa, no hay copagos, sólo cuotas nominales. Los proveedores que participan tienen que aceptar a todos los pacientes que busquen atención dentro del programa.

⁴ Cuota que incluye todos los cuidados médicos potenciales de primer nivel que reciben las personas.

Por lo mismo, siempre existirán los que aspiran a que se mejore el funcionamiento de los sistemas.

A los que tienen fe en que la seguridad social siempre puede progresar en el logro de sus objetivos, sin importar cuán adversos sean los acontecimientos que la afectan, ojalá que este esfuerzo de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social les haya sido de utilidad para formarse una opinión sobre el estado de los regímenes reformados en el continente.

REFERENCIAS

- Abel, A. 2001. 'The Effects of Investing Social Security Funds in the Stock Market When Fixed Costs Prevent Some Households from Holding Stocks', *American Economic Review*, 91 (1), págs 128-48.
- ACEMI. 2001. *Memorando al Señor Ministro de Hacienda y Señora Ministra de Salud*, Septiembre 18.
- AHA. 2000. *Annual Survey Database: Fiscal Year 2000 (2002)*, Chicago, Health Forum.
- Alesina, A. y Drazen, A. 1991. 'Why are Stabilizations Delayed?', *American Economic Review*, 81 (5), págs 1170-1189.
- ANDI. 2003. *Análisis Sobre Evolución del Gasto en Medicamentos, 1998-2002*. Mimeo.
- Arzoz, 2003. 'Inequidad en el Gasto del Gobierno en Salud', en *Caleidoscopio de la Salud* (prensa), Fundación Mexicana para la Salud.
- Arzoz, J. 2003. *Caso de México*, Un estudio para la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (México).
- Asociación de ISAPRES / CIEDES. 1996. *Las ISAPRES Hacia la Modernidad en Salud: Realidades, Perspectivas y Desafíos del Sistema*, Juan Giaconi y Rafael Caviedes (editores).
- Attanasio, O. 1993. *A Cohort Analysis of Saving Behavior by U.S. Households*, NBER Working Paper 4454 (Cambridge, NBER).
- Attanasio, O. y Székely, M. 1998. 'Ahorro de los Hogares y Distribución del Ingreso', *Economía Mexicana, Nueva Época*, 8 (2), págs 267-338.
- Attanasio, O. y Székely, M. 2000. *Saving in Developing Countries: Inequality, Demographics and All That*, BID Working Paper 427, Marzo.
- Auerbach, A. J., Jagadeesh, G. y Kotlikoff, L. 1991. 'Generational Accounts: A Meaningful Alternative to Deficit Accounting', NBER Working Paper (Cambridge, NBER).
- Avery, R. y Kennickell, A. 1991. 'Household Saving in the U.S', *Review of Income and Wealth*, 37 (4), págs 409-32.
- Baker, L. C. 2001. 'Managed Care and Technology Adoption in Health Care: Evidence from Magnetic Resonance Imaging', *Journal of Health Economics*, 20, págs 395-421.
- Baker, M., Gruber, J. y Milligan, K. 2001a. *Income Security Programs and Retirement in Canada*, Working Paper (University of Toronto).
- Baker, L. C. y Ciaran, S. P. 2002. 'Managed Care, Technology Adoption and Health Care: The Adoption of Neonatal Intensive Care', *RAND Journal of Economics*, 33 (2), págs 524-548.
- Baker, M., Gruber, J. y Milligan, K. 2003. *Simulating the Response to Reforms of Canada's Income Security Programs*, NBER Working Paper 9455 (Cambridge, NBER).
- Banco Mundial. 1993. Investing in Health, World Development Indicators. *World Development Report 1993* (Washington, Oxford University Press).
- Banco Mundial. 1993. *Universal Health Insurance Coverage in Mexico: In Search for Alternatives*, Junio 2003.

- Banco Mundial. 1994. *Averting the Old-Age Crisis. Policies to Protect the Old and to Promote Growth* (Oxford y New York, Oxford University Press).
- Barr, A. y Packard, T. 2001. *Revealed Preference and Self-Insurance: Can We Learn from the Self-Employed in Chile?*, Background Paper for Regional Study on Social Security Reform (Washington, Banco Mundial).
- Barro, R. 1997. *Determinants of Economic Growth: A Cross-country Empirical Study* (Cambridge, MIT Press).
- Baumgardner, J. R. 1991. 'The Interaction between Forms of Insurance Contract and Types of Technical Change in Medical Care', *RAND Journal of Economics*, 22 (1), págs 36-53.
- Bernheim, B. 1991. *The Vanishing Nest Egg: Reflections on Saving in America* (New York, Priority Press).
- Bernheim, B. y Scholz, J. 1993. 'Private Saving and Public Policy', en J. Poterba (editor): *Tax Policy and the Economy* (Cambridge, MIT Press).
- Bertranou, F., Grushka, C. y Shulthes, W. 2000. *Proyección de Responsabilidades Fiscales Asociadas a la Reforma Previsional en Argentina*, CEPAL, Santiago de Chile, Chile. Serie Financiamiento del Desarrollo, 94.
- Bitrán & Asociados. 2003. *Evaluación de las Reformas de Salud: Colombia y Chile*, Un estudio para la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (México).
- Brooks, S. y James, E. 1999. *The Political Economy of Pension Reform*, documento presentado en *Conference on New Ideas about Old Age Security*, Septiembre 14-15 (Washington, Banco Mundial).
- Browning, M. y Lusardi, A. 1996. 'Household Saving: Micro Theories and Micro Facts', *Journal of Economic Literature*, 34 (4), págs 1797-1855.
- Brown, H. S. 2003. 'Managed Care and Technical Efficiency', *Health Economics*, 12, págs 149-158.
- Brown, S. H. y Pagán, J.A. 2003. *Health Care Costs in the U.S. and Canada*, Un estudio para la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (México).
- Butelmann, A. y Gallego, F. 2000. 'Ahorro de los Hogares en Chile: Evidencia Microeconómica', *Economía Chilena*, 3 (1), págs 5-24.
- Butelmann, A. y Gallego, F. 2001a. 'Household Saving in Chile (1988-1997): Testing Life-Cycle Hypothesis', *Cuadernos de Economía*, 38 (113), págs 3-48.
- Butelmann, A. y Gallego, F. 2001b. 'Estimaciones de los Determinantes del Ahorro Voluntario de los Hogares en Chile (1988-1997)', en F. Morandé y R. Vergara (editores): *Análisis Empírico del Ahorro en Chile* (Santiago de Chile, Banco Central de Chile y Centro de Estudios Públicos).
- Castaño R., Arbeláez J., Giedion U. y Morales L. 2001. *Evolución de la Equidad en el Sistema Colombiano de Salud*, CEPAL, Santiago de Chile, Chile. Series CEPAL, 108.
- Castaño R., Arbeláez J., Giedion U. y Morales L. 2002. 'Equitable Financing, Out-of-Pocket Payments and the Role of Health Care Reform in Colombia', *Health Policy and Planning*, 17, págs 5-11.
- CEPAL. 2000. *Resultados y Rendimiento del Gasto en el Sector Público de Salud en Chile 1990-1999*, CEPAL, Santiago de Chile, Chile.
- Cerda, L., Rivera, J.M., Trava, R. y Abraham, M. 1997. 'Los Costos Fiscales de la Reforma de Pensiones en México', documento preparado para el *Seminario Costos Fiscales de las Reformas de Pensiones en el Mundo*, SHCP y Economic Development Institute.
- Cheyre, H. 1991. *La Previsión en Chile Ayer y Hoy: Impacto de una Reforma* (Santiago, Centro de Estudios Públicos).
- CIADE. 1997. Universidad de Chile. Mimeo.
- CIEPLAN. José Pablo Arellano. *El Gasto Público y la Distribución del Ingreso*, Documento 41, Universidad Católica de Chile.
- CISS. 2002. *Informe Sobre la Seguridad Social en América 2002: Problemas de Financiación y Opciones de Solución* (México, CISS).
- CMS. 2002. *Program Information on Medicare, Medicaid, SCHIP and Other Programs of the CMS*. Centers for Medicare and Medicaid Services, Washington. Disponible en línea en: www.cms.hhs.gov/charts.
- CMS. 2003. *The CMS Chart Series*. Centers for Medicare and Medicaid Services, Washington. Disponible en línea en: www.cms.hhs.gov/charts.
- CNSS5. 2003. *Acuerdo 245*.
- Coile, C. y Gruber, J. 2000. *Social Security and Retirement*, NBER Working Paper 7830. (Cambridge, NBER).

- CONPES. 2003. *Plan de Modernización Instituto de Seguros Sociales-Sector Salud*, Documento 3219, Marzo 31.
- Corbo, V. y Schmidt-Hebbel, K. 2003. *Efectos Macroeconómicos de la Reforma de Pensiones en Chile*. Banco Central de Chile, Abril. Mimeo.
- Coronado, J. 2002. 'The Effects of Social Security Privatization on Household Saving: Evidence from the Chile', *Contributions to Economic Analysis and Policy*, 1 (1).
- Cutler, D. 1997. 'Fiscal Policy, Lessons from Economic Research', en Alan J. Averbach (editor): *Public Policy for Health Care*, Capítulo 5 (Cambridge, The MIT Press).
- Cutler, D.M. y Sheiner, L. 1998. 'Managed Care and the Growth of Medical Expenditures', en A.M. Garber (editor): *Frontiers in Health Policy Research*, 1, págs 77-116 (Cambridge, MA).
- Delgado, L.C. y Gutiérrez, J.M. 2000. *La Incidencia del Gasto Público en Colombia*, Misión Social del DNP. Mimeo.
- DANE. 1993. *Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN)*.
- DANE. 1997. *Encuesta de Calidad de Vida*.
- Denizer, C. y Wolf, H. 1998. *Household Savings in Transition Economies*, NBER Working Papers 6457, Marzo.
- Diamond, P. 1977. 'A Framework for Social Security Analysis', *Journal of Public Economics*, 8 (3), págs 275-298.
- Diderichsen, F. 1995. 'Market Reforms in Health Care and Sustainability of the Welfare State-Lessons from Sweden', en Peter Berman (editor): *Health Sector Reform in Developing Countries, Making Health Development Sustainable*. Harvard Series on Population and International Health (Boston, Harvard School of Public Health, Harvard University Press).
- DNP. *Proyecto Cuentas Nacionales de Salud*. Mimeo.
- Draper, D. A., Hurley, R.E., Lesser, C.S. y Strunk, B.C. 2002. 'The Changing Face of Managed Care', *Health Affairs*, Enero-Febrero.
- Edwards, S. y Cox-Edwards, A. 2002. 'Social Security Privatization Reform and Labor Markets: The Case of Chile', *Economic Development and Cultural Change*, 50 (3), págs 465-89.
- Feldman, R., Dowd, B. y Gifford, G. 1993. 'The Effect of HMOs on Premiums in Employment-Based Health Plans', *Health Services Research*, 27(6), págs 779-811.
- Feldstein, M. y Liebman, J.B. 2001. *Social Security*, NBER Working Paper 8451 (Cambridge, NBER).
- Feldstein, M. y Samwick, A. 2001. *Potential Paths of Social Security Reform*, NBER Working Paper 8592 (Cambridge, NBER).
- Felt-Lisk, S. y Yang, S. 1997. 'Changes in Health Plans Serving Medicaid, 1993-1996', *Health Affairs*, 16 (5), págs 125-133.
- Fernandez, R. y D. Rodick. 1991. 'Resistance to Reform: Status Quo bias in the Presence of Individual-Specific Uncertainty', *American Economic Review*, 81 (5), págs 1146-1155.
- Figueras, J. y Saltman, R. 1998. 'Analyzing The Evidence On European Health Care Reforms', *Health Affairs*, págs 581-605.
- Fisher, C. R. 1980. 'Differences by Age Groups in Health Care Spending', *Health Care Financing Review*, 2, págs 65-89.
- Flórez C.R., Tono, T. y Nupia, O. 2002. 'Medición y Realidad de las Inequidades en Salud en Colombia 1990-2000', *ViaSalud*, 19, págs 9-13.
- Frenk, J. 1995. 'Comprehensive Policy Analysis for Health System Reform', en Peter Berman (editor): *Health Sector Reform in Developing Countries, Making Health Development Sustainable*. Harvard Series on Population and International Health (Boston, Harvard School of Public Health, Harvard University Press).
- Frenk J., González, M.A., Lozano, R., et. al. 1994. 'Economía y Salud: Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México', Informe Final (México, Fundación Mexicana de Salud).
- Frenk, J., González, M.A., Knaul, F. y Lozano, R. 1999. *La Seguridad Social en Salud: Perspectivas para la reforma en la Seguridad Social en México*, en Fernando Solís Soberón y Alejandro Villagómez (compiladores), *El Trimestre Económico*, lecturas 88.
- Gallego, F., Morandé, F. y Soto, R. 2001. 'Compras de Bienes Durables y No-Durables, Consumo y Ahorro en Chile (1981-1999)', en F. Morandé y R. Vergara (editores): *Análisis Empírico del Ahorro en Chile* (Santiago de Chile, Banco Central de Chile y Centro de Estudios Públicos).

- Gallego, F. y Loayza, F. 2001. 'Financial Structure in Chile: Macroeconomic Developments and Microeconomic Effects', en A. Deming-Kunt y R. Levine (editores): *Financial Structure and Economic Growth: A Cross-Country Comparison of Banks, Markets, and Development* (Cambridge, The MIT Press).
- Gaskin, D. J. y Hadley, J. 1997. 'The Impact of HMO Penetration on the Rate of Hospital Cost Inflation, 1985-1993', *Inquiry*, 34 (3), págs 205-216.
- Giedi6n, U. y L6pez, A. 2000. *Evaluaci6n de la Transformaci6n de Subsidios de Oferta a Demanda, 1994-2000*, Ministerio de Salud. Mimeo.
- Glied, S. 2003. 'Health Care Costs: On the Rise Again', *Journal of Economic Perspectives*, 17(2), págs 125-148.
- Gourinchas, P. y Parker, J. 2002. 'Consumption Over the Life Cycle', *Econometrica*, 70 (1), págs 47-89.
- Graham, C. 1998. *Private Markets for Public Goods: Raising the Stakes in Economic Reform* (Washington, Brookings Institution Press).
- Gruber, J. y Madrian, B. 1994. 'Limited Insurance Portability and Job Mobility: The Effects of Public Policy on Job-Lock', *Industrial and Labor Relations Review*, 48 (1), págs 86-102.
- Gruber, J. y Wise, O. 2002. *Social Security Programs and Retirement Around the World: Micro Estimation*, NBER Working Paper 9407 (Cambridge, NBER).
- Guti6rrez, O. y Ruvalcaba, L. 2000. 'Políticas para Canalizar Mayores Recursos de los Fondos de Pensiones Hacia la Inversi6n Real en M6xico', *Financiamiento del Desarrollo*, CEPAL, Santiago de Chile, Chile. Series CEPAL, 99, Julio.
- Harriman, D., McArthur, W. y Zelder, M. 1999. 'The Availability of Medical Technology in Canada: An International Comparative Study', *Public Policy Sources*, 28 (Vancouver, The Fraser Institute).
- Harvard University School of Public Health. 1996. *Report on Colombia Health Sector Reform and Proposed Master Implementation Plan*, Informe Final, Colombia Health Sector Reform Project.
- Health Insurance Association of America. 2002. *Source Book of Health Insurance Data* (Washington, Health Insurance Association of America).
- Henderson, J. W. 2002. *Health Economics and Policy* (Mason, South-Western).
- Hill, S. C. y Wolfe, B. L. 1997. 'Testing the HMO Competitive Strategy: An Analysis of its Impact on Medical Care Resources', *Journal of Health Economics*, 16, págs 261-286.
- Huber, E. y Stephens, J. D. 2000. *The Political Economy of Pension Reform: Latin America in Comparative Perspective*. UNRISD. United Nations Research Institute for Social Development Occasional Paper 7 (Paris, UNRISD).
- Hurley, R. E. y Somers, S.A. 2003. 'Medicaid and Managed Care: A Lasting Relationship?', *Health Affairs*, Enero-Febrero.
- IMSS. 1996. *Ley del Seguro Social*, publicada en el Diario Oficial de la Federaci6n el 21 de Diciembre de 1995, reformada por Decreto Publicado en el Diario Oficial de la Federaci6n el 21 de Noviembre de 1996 (M6xico).
- IMSS 2000. *Reglamento del Seguro de Salud para la Familia. Evoluci6n del Seguro de Salud para la Familia (1997-2000)* (M6xico, IMSS).
- IMSS. 2001. *Coordinaci6n de Presupuesto, Contabilidad y Evaluaci6n Financiera*.
- IMSS. 2002. *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Uni6n sobre la Situaci6n Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social*. (M6xico, IMSS).
- INEGI. 1996. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS).
- INEGI. 2000. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS).
- Jack, W. 2000. *Health Insurance Reform in Four Latin American Countries: Theory and Practice*, Policy Research Working Paper 2492 (Washington, Banco Mundial).
- James, E., Cox-Edwards, A. y Wong, R. 2003. *The Gender Impact of Pension Reform: A Cross-Country Analysis*, World Bank Policy Research Working Paper 3074.
- Jappelli, T. y Modigliani, F. 1998. *The Age-Saving Profile and the Life-Cycle Hypothesis*, Working Paper 9, Centre for Studies in Economics and Finance, Universit6 degli Studi di Salerno, Noviembre.
- Jim6nez de la Jara, J. y Bossert, T.J. 1995. 'Chile's Health Sector Reform: Lessons from Four Reform Periods', en Peter Berman (editor): *Health Sector*

Reform in Developing Countries, Making Health Development Sustainable. Harvard Series on Population and International Health (Boston, Harvard School of Public Health, Harvard University Press).

- Jiménez, L.F. y Cuadros, J. 2003. *Evaluación de las Reformas a los Sistemas de Pensiones: Cuatro Aspectos Críticos y Sugerencias de Políticas*, CEPAL, Santiago de Chile, Chile. Serie Financiamiento del Desarrollo, 131.
- Kleinbaum, D.G., y Kupper, L.L. 1978. *Applied Regression Analysis and Other Multivariable Methods* (Belmont, Duxbury Press).
- Krueger, A. B. y Meyer, D. 2002. *Labor Supply Effects of Social Insurance*, NBER Working Paper 9014 (Cambridge, NBER).
- LACRSS. 2003. Disponible en línea en: www.americas.health-sector-reform.org.
- Laibson, D. 1997. 'Golden Eggs and Hyperbolic Discounting', *Quarterly Journal of Economics*, 107 (2), págs 443-477.
- Laibson, D., Repetto, A. y Tobacman, J. 2000. *A Debt Puzzle*, Harvard University y Universidad de Chile. Mimeo.
- Lefort, F. y Walker, E. 2002. 'Pension Reform and Capital Markets: Are There Any (Hard) Links', *Social Protection Discussion Paper Series 201* (Washington, Banco Mundial).
- Levine, R. 1997. 'Financial Development and Economic Growth: Views and Agend', *Journal of Economic Literature*, 35 (2), págs 688-726.
- Ley 24.241. *Ley Nacional del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones*.
- Linciano, N. 2000. 'Privatization of Social Security: The Theoretical Issues and Empirical Evidence From Tour Countries' Reforms', Commissione Nazionale per le Società e la Borsa, *Quaderni di Finanza*, (40), págs 3-49, Agosto.
- Lindbeck, A. y Persson, M. 2003. 'The Gains from Pension Reform', *Journal of Economic Literature*, 41, págs 74-112.
- Loayza, N., Schmidt-Hebbel, K. y Servén, L. 2000. 'What Drives Private Saving Across the World?', *Review of Economics and Statistics*, 82 (2), págs 165-181.
- Luque, B. 2002. *Estudio de Altura Management*. Mimeo.
- Maki, D. 2001. 'Household Debt and the Tax Reform Act of 1986', *American Economic Review*, 91 (1), págs 305-319, Marzo.
- Marinovic, I. 2000. 'Estimación de la Demanda por AFP en Chile: 1992-97', *Seminario de Título en Microeconomía* (Santiago, Pontificia Universidad Católica de Chile).
- Martínez, F., Robayo, G. y Valencia, O. 2002. *¿Porqué no se Logra la Cobertura Universal de la Seguridad Social en Salud?*, FEDESALUD.
- Martínez, F. J. y Mesa-Lago, C. 2003. *Las Reformas Inconclusas: Pensiones y Salud en Costa Rica: Avances, Problemas y Recomendaciones* (Costa Rica, Fundación Friedrich Ebert).
- Meltzer, D., Chung, J. y Basu, A. 2002. 'Does Competition under Medicare Prospective Payment Selectively Reduce Expenditures on High-cost Patients?', *RAND Journal of Economics*, 33(3), págs 447-468.
- Mesa-Lago, C. 1997. 'Social Welfare Reform in the Context of Economic-Political Liberalization: Latin American Cases', *World Development*, 25 (4), págs 497-517.
- Mesa-Lago, C. 1998. 'La Reforma Estructural de Pensiones en América Latina: Tipología, Comprobación de Presupuestos y Enseñanzas', en Alejandro Bonilla y Alfredo Conte-Grand (compiladores): *Pensiones en América Latina: Dos Décadas de Reforma* (OIT).
- Mesa-Lago, C. 2000. *Estudio Comparativo de los Costos Fiscales en la Transición de Ocho Reformas de Pensiones en América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, Chile. Serie Financiamiento del Desarrollo, 93.
- Mesa-Lago, C. 2001. 'La Reforma Estructural de las Pensiones de Seguridad Social en América Latina: Modelos, Características, Resultados y Lecciones', *Revista Internacional de Seguridad Social*, 54 (4), págs 77-103, Octubre-Diciembre.
- Mesa-Lago, C. 2001. 'Social Assistance on Pensions and Health Care for the Poor in Latin America and the Caribbean', en Nora Lustig (editor): *Shielding the Poor: Social Protection in the Developing World*, págs 175-215 (Washington, Brookings Institution Press).
- Mesa-Lago, C. 2002. 'Myth and Reality of Pension Reform: The Latin American Evidence', *World Development*, 30 (8), págs 1309-1321.

- Mesa-Lago, C y Müller, K. 2002. 'The Politics of Pension Reform in Latin America', *Journal of Latin American Studies*, 34, págs 687-715.
- Meyer, B., Viscusi, K. y Durbin, D. 1995. 'Workers' Compensation and Injury Duration: Evidence from a Natural Experiment', *American Economic Review*, 85 (3), págs 322-340.
- MIDEPLAN. 2000. *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2000 (CASEN)*. Situación de la Salud en Chile, Documento 5.
- MIDEPLAN. Varios años. *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN)*.
- Miller, R.H. y Luft, H.S. 1994. 'Managed Care Plan Performance Since 1980: A Literature Analysis', *Journal of the American Medical Association*, 271 (19), págs 1512-1519.
- Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos. 2003. *Informe Económico*, (45), Abril.
- Ministerio de Hacienda de Chile. 2000. *Estructura de Cuentas Nacionales del Sector Salud Chileno*. Mimeo.
- Ministerio de Salud de Colombia. 1994. *La Reforma de la Seguridad Social en Salud, I*.
- Ministerio de Salud de Colombia. 1998a. *Percepción de los Colombianos sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Mimeo.
- Ministerio de Salud de Colombia. 2001b. *Evaluación del Equilibrio Financiero del SGSSS: Causas y Propuestas de Solución*. Mimeo.
- Ministerio de Salud de Colombia. 2001c. *Evaluación y Ajuste de los Procesos, Estrategias y Organismos Encargados de la Operación del Sistema de Garantía de Calidad para las Instituciones de Prestación de Servicios. Componente Incentivos*, Informe Final presentado por el Consorcio CGH-CCHSA-Qualimed.
- Ministerio de Salud de Colombia. 2002a. *Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados Encargados de la Afiliación, Pago y Recaudo de Aportes al Sistema*, Informe Final presentado por la Unión Temporal Bitrán. ESAP-Econometría, Junio.
- Ministerio de Salud y Asociación de Clínicas. Mimeo.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. 2003. *El Libro Blanco de la Previsión Social*. Buenos Aires, Argentina.
- Modigliani, F. y Brumberg, R. 1954. 'Utility Analysis and the Consumption Function: An Interpretation of the Cross-Section Data', en K. Kurihara (editor): *Post-Keynesian Economics* (New Brunswick, Rutgers University Press).
- Molina C. y Giedion, U. 1993. *Distribución del Gasto Público en Salud en Colombia* (Washington, Banco Mundial).
- Morissette, R. y Drolet, M. 2001. 'Pension Coverage and Retirement Savings of Young and Prime-Aged Workers in Canada', *Canadian Journal of Economics*, 34(1), págs 100-119.
- Mullainathan, S. y Thaler, S. 2000. *Behavioral Economics*, NBER Working Paper 7948 (Cambridge, NBER).
- Mulligan, C.B. y Sala-i-Martin, X. 1999. *Social Security in Theory and Practice (I): Facts and Political Theories*, NBER Working Paper 7118 (Cambridge, NBER).
- Myers, R. 1993. *Social Security* (Pennsylvania, University of Pennsylvania Press).
- Naylor, C. D. 1999. 'Health Care in Canada: Incrementalism Under Fiscal Duress', *Health Affairs*, 18 (3), págs 9-26.
- NBER. 1998. 'Privatizing Social Security', en M. Feldstein (editor) (Chicago Press).
- Noya, N. y Laens, S. 2000. *Efectos Fiscales de la Reforma de la Seguridad Social en Uruguay*, CEPAL, Santiago de Chile, Chile. Serie Financiamiento del Desarrollo, 101.
- OMS. 2000. *Informe sobre la Salud en el Mundo, 2000: Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud* (Ginebra, OMS).
- OIT. 2002. *Seguridad Social: Un Nuevo Consenso* (Ginebra, OIT).
- OPS. 199B. *Reforma del Sector Salud: Línea Basal para el Seguimiento y Evaluación de la Reforma Sectorial*.
- OPS. 2000. Health Expenditures for Latin America and the Caribbean. *Division of Health and Human Development Public Policy and Health Program*.
- OPS. 2000a. 'Número Especial Sobre Reforma del Sector de la Salud', *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8 (1-2), Julio-Agosto.
- OPS. 2000b. *Lineamientos para la Elaboración de Perfiles de los Sistemas de Servicios de Salud en los Países de la Región de las Américas*, Programa de

- Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. (b).
- OPS. 2003. *Health Systems and Services Profile*, Program on Organization and Management of Health Systems and Services, Division of Health Systems and Services Development.
- OPS. 2003. *Programa Especial de Análisis de Salud*.
- Ortiz, G., Eyzaguirre, H., Palacios, R. y Pollarolo, P. 1999. *La Economía Política de las Reformas Institucionales en el Perú: Los Casos de Educación, Salud y Pensiones*, BID, Research Network Working Paper R-349 (Washington, BID).
- Oxley, H. y Maithland, M.F. 1994. *Health Care Reform Controlling Spending and Increasing Efficiency*, OECD, Economics Department Working Paper 149.
- Oyarzo, C. M. 2000. 'La Descentralización Financiera en Chile en la Década de los Noventa', en Organización Panamericana de la Salud, Número Especial Sobre Reforma del Sector de la Salud, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8 (1-2), Julio-Agosto.
- Panopoulou, P. 2002. *Health Insurance and the Utilization of Health Care Services: The Case of Colombia after the Reform of 1993*, Tesis Doctoral inédita (Inglaterra, University of Sussex).
- Pauly, M. 1974. 'Overinsurance and Public Provision of Insurance: The Roles of Moral Hazard and Adverse Selection', *Quarterly Journal of Economics*, 88, págs 44-54.
- Paxson, C. 1996. 'Saving and Growth: Evidence from Micro Data', *European Economic Review*, 40, págs 255-288.
- Peña, H., Caamal, C. y Rodríguez, E. 2003. 'Gasto Hospitalario del IMSS y Envejecimiento Poblacional', *Boletín de Seguridad Social*, Año I, No. 2., Febrero 28 (México, CISS).
- Peñaloza, E., Eslava, J., Muñoz, M., O'Meara, G., Pinzón J., et. al. 2001. *Evolución y Resultados del Régimen Subsidiado de Salud en Colombia, 1993-2000* (Bogotá, CEJA).
- Phelps, C. E. 1997. *Health Economics*. 2ª Edición (Addison-Wesley Educational Publishers Inc.).
- Pierson, P. 1994. *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment* (Cambridge University Press).
- Pinheiro, V. C. 1999. 'Reforma da Previdência no Brasil : a Nova Regra de Cálculo dos Benefícios', *Conjuntura Social*, 10 (4), págs 51-67.
- Poterba, J. 1994. 'Introduction', en J. Poterba (editor): *International Comparisons of Household Saving* (Chicago, The University of Chicago Press).
- Poterba, J., Venti, S., y Wise, D. 1995. 'Do 401(k) Contributions Crowd Out Other Personal Saving?', *Journal of Public Economics*, 58, págs 1-32.
- Restrepo J. y Salazar V. 2002. 'El Seguro Obligatorio de Salud en Colombia: Evolución y Determinantes de la Cobertura', *Coyuntura Social*, Mayo.
- Robinson, J. C. 2001. 'The End of Managed Care', *The Journal of the American Medical Association*, 285 (20), págs 2622-2628.
- Román Marchant, A. 2001. *Taller Internacional Cuentas Nacionales de Salud*, OPS / OMS FONASA, Octubre.
- Rosen, H. S. 1999. *Public Finance*. Quinta Edición (McGraw-Hill).
- Rothschild, M. y Stiglitz, J. 1976. 'Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information', *Quarterly Journal of Economics*, 90, págs 629-650.
- Russell, L. B. y Manning, C. 1989. 'The Effect of Prospective Payment on Medicare Expenditures', *New England Journal of Medicine*, 320 (7), págs 439-444.
- SAFP. 2002. 'El Sistema de Pensiones Chileno', en Alejandro Yazigi (editor) (Santiago, SAFP).
- SAFP. 2002. *Estudio Sobre los Costos de Administración de los Fondos de Pensiones* (Santiago, SAFP).
- Sales, C., Solís, F. y Villagómez, A. 1996. 'Pension System Reform: The Mexican Case', NBER Working Paper 5780 (Cambridge, NBER).
- Samwick, A. 1999. *Is Pension Reform Conductive to Higher Saving?*. Mimeo, Noviembre.
- Sánchez, F. y Núñez, J. 1999. 'La Ley 100/93 sí Llegó a las Personas de Menores Ingresos', *ViaSalud*, 9, págs 6-12.
- Santerre, R. E. y Neun, S. P. 2004. *Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies* (Mason, South-Western).

- Sapelli, G. C. y Torche, L. A. 1998. 'El Seguro Provisional de Salud: Determinantes de la Elección entre Seguro Público y Privado, 1990-1994', *Cuadernos de Economía*, 35 (106), págs 383-406. [www.supersalud.gov.co/ediotor/contenidocuadro1\(0102\).htm](http://www.supersalud.gov.co/ediotor/contenidocuadro1(0102).htm).
- Sapelli, C. y Vial, B. 2001. *Self Selection and Moral Hazard in Chilean Health Insurance*, Documento de Trabajo 195. Disponible en línea en: www.economia.puc.cl (Departamento de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile).
- Schmidt-Hebbel, K. 1999. *Chile's Pension Revolution Coming of Age*. Banco Central de Chile. Mimeo.
- Schmidt-Hebbel, K. 1999. 'Latin America's Pension Revolution: A Review of Approaches and Experience', *The World Bank's ABCDE Conference*, Abril, 28-30 (Washington, Banco Mundial).
- SISP. 2002. Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.
- Skocpol, T. 1992. *Protecting Soldiers and Mothers, The Political Origins of Social Policy in the United States* (Harvard University Press).
- Solís, F. y Villagómez, A. 1999. 'Las Pensiones', en Fernando Solís Soberón y Alejandro Villagómez (compiladores): *La Seguridad Social en México, El Trimestre Económico*, lecturas 88 CIDE, CONSAR y Fondo de Cultura Económica.
- Solís, F. y Villagómez, A. 1999. 'Ahorro y Pensiones en México: Un Estudio al Nivel de las Familias', *Economía Mexicana Nueva Época*, 8, (2).
- SSA. <http://www.ssa.com.mx> .
- SSA. 2000. *Encuesta Nacional de Salud (ENSA)*.
- SSA. 2002. *Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud*. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.
- Struck, B. C. y Ginsberg, P. 2003. 'Tracking Health Care Costs: Trends Stabilize But Remain High in 2002', *Health Affairs*, Web Exclusive, W3-266.
- Struck, B. C., Ginsberg, P. y Gabel, J. 2002. 'Tracking Health Care Costs: Growth Accelerates Again in 2001', *Health Affairs*, Web Exclusive, W299-W310.
- Superintendencia Nacional de Salud. 1994a. *Entidades de Medicina Prepagada: Análisis de Coyuntura*.
- Superintendencia Nacional de Salud. 2003. *División de Empresas de Medicina Prepagada. Estadísticas y Gráficas, Junio 2002*. Disponible en línea en:
- Székely, M. 1998. 'Monto y Distribución del Ahorro de los Hogares en México', *El Trimestre Económico*, 65 (2), págs 263-313.
- Valdés Prieto, S. 1999. 'Las Comisiones de las AFPs: ¿Caras o Baratas?', *Estudios Públicos*, 73, Verano, 255-291.
- Valdés Prieto, S. 2001. *Justifying Mandatory Savings for Old Age*, Background Paper for Regional Study on Social Security Reform (Washington, Banco Mundial).
- Valdés Prieto, S. 2002. *Políticas y Mercados de Pensiones: Un Texto Universitario para América Latina* (Chile, Ediciones Universidad Católica de Chile).
- VanZante, N. R., Miller, M., Bregman, W. y Landau, J. 2002. 'Choosing the Right Beginning Age for Social Security Benefits', *CPA Journal*, 72 (3), págs 56-57.
- Vittas, D. 1997. 'Private Pension Funds in Argentina's New Integrated Pension System', Policy Research Working Paper 1820 (Washington, Banco Mundial).
- Vittas, D. 1997. 'The Argentine Pension Reform and Its Relevance for Eastern Europe', Policy Research Working Paper 18149 (Washington, Banco Mundial).
- Yepes, F. J. y Sánchez Gómez, L. 2000. 'La Reforma del Sector de la Salud en Colombia: ¿Un modelo de competencia regulada?', *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8 (1-2), Julio-Agosto, Número Especial Sobre Reforma del Sector de la Salud (OPS).
- Wang, L. y Davis, O. A. 2003. 'Freedom and Other Variables in the Choice of Public Pension Systems', *Public Choice*, 114, págs 361-385.



**Conferencia Interamericana
de Seguridad Social**

Calle San Ramón s/n • Col. San Jerónimo Lídice
03000 México, D.F.
Tel.: (52 55) 5595 0011
Fax: (52 55) 5683 8224
ciss@ciss.org.mx
<http://www.ciss.org.mx>

ISBN 968734690-6



9 789687 346823