

## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación 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.

CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL DOCUMENTOS DE ESTUDIOS

# CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

365 8000  
411 711

## TENDENCIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA

JALISCO, MEXICO  
ABRIL 1998

Investigación y Desarrollo del Tema:

Dr. Alvaro Carranza Urriolagoitia

Dra. Claudia Juárez Ruiz

Lic. Leticia F. Treviño Saucedo

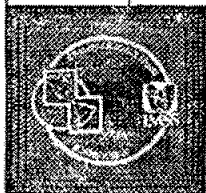
Lic. Javier López Vázquez

Diseño y producción:

Ma. de Guadalupe Calderoni Acosta

**DR. ALVARO CARRANZA URRIOLAGOITIA**

**Director del CIESS**



Misión: Contribuir al fortalecimiento de la seguridad social de América



# TENDENCIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA

## INTRODUCCION

AMÉRICA LATINA ENFRENTA CAMBIOS PROFUNDOS EN LAS POLÍTICAS ECONÓMICAS Y SOCIALES, TALES COMO LA GLOBALIZACIÓN, LA TECNIFICACIÓN DE LA PRODUCCIÓN, LA PRIVATIZACIÓN, LA DESCENTRALIZACIÓN, LA REDEFINICIÓN DEL PAPEL DEL ESTADO Y DE LA SOCIEDAD CIVIL. PROCESOS QUE HAN INCIDIDO PROFUNDAMENTE EN LAS BASES CONCEPTUALES, FINANCIERAS Y ESTRUCTURALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL, COLOCÁNDOLA EN UNA ENCRUCIJADA DONDE NO SOLO DEBE SUPERAR LOS VIEJOS REZAGOS, SINO TAMBIÉN ANALIZAR AJUSTES PARA CUMPLIR CON ÉXITO SU MISIÓN EN EL FUTURO.

POR ELLO SERÁ NECESARIO, CONSTRUIR UN CONSENSO GENERAL, BASADO EN LAS RESPONSABILIDADES DE LOS DIRIGENTES, LA TOMA DE CONCIENCIA DEL USUARIO, EL PAPEL EFICIENTE DEL ESTADO Y LA MESURADA PARTICIPACIÓN DEL CONCURSO PRIVADO, LO QUE EN FORMA CONJUNTA, CON EL APOYO DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL, DEBE DELIMITAR LAS ÁREAS ESPECÍFICAS DE

ACCIÓN PARA CONSEGUIR UN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL ARMÓNICO Y COHERENTE QUE BENEFICIE PARTICULARMENTE AL TRABAJADOR Y SU FAMILIA.

ACTUALMENTE, SOLO ALGUNOS PAÍSES DE LA REGIÓN HAN ALCANZADO LA COBERTURA UNIVERSAL, MIENTRAS QUE LA MAYORÍA DE LAS NACIONES ENFRENTAN PROBLEMAS COMUNES: DEFICIENCIAS ESTRUCTURALES, DESEQUILIBRIOS FINANCIEROS E INEFICIENCIA EN LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS; LO QUE EN CONJUNTO HA AGRAVADO EL DÉFICIT FISCAL PROVOCANDO A SU VEZ UNA MARCADA DISMINUCIÓN DE LA CALIDAD Y LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS.

NO ES POSIBLE IGNORAR, POR OTRA PARTE, EL ELEVADO ENDEUDAMIENTO EXTERNO DE LA REGIÓN Y LA CRISIS QUE IMPACTÓ A LA MAYORÍA DE LOS PAÍSES EN LA DÉCADA DE 1980, OBLIGÁNDOLOS A REDUCIR SUS APORTES ESTATALES Y DE LOS EMPLEADORES EN UN AMBIENTE REAL DE CONTRACCIÓN DE LOS SALARIOS, DESEMPLEO, CRECIMIENTO DEL SECTOR INFORMAL Y ACELERACIÓN INFLACIONARIA. HOY EN DÍA, COMO RESULTADO DE ESTA CRISIS, LA SEGURIDAD SOCIAL ENFRENTA PROBLEMAS DIVERSOS Y SERIOS CUESTIONAMIENTOS; CRÍTICAS QUE APUNTAN DESDE SU DESMANTELAMIENTO HASTA SU REVALORIZACIÓN Y AJUSTE A FIN DE QUE RESPONDA DE MEJOR MANERA A LOS RETOS QUE

ACTUALMENTE ENCARAN LOS PAÍSES DEL ÁREA.

TOMANDO EN CUENTA ESTAS CARACTERÍSTICAS, LA PRESENTE APORTACIÓN TIENE COMO OBJETO RESUMIR LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LAS TENDENCIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA, CIERTAMENTE DIFERENTES AL ENTORNO DE HACER APENAS UNAS DÉCADAS. EL NUEVO ROL QUE LAS SOCIEDADES MODERNAS LE ASIGNAN AL ESTADO Y A LA ECONOMÍA DE MERCADO, PRODUCIENDO CAMBIOS NO SOLO ECONÓMICOS Y SOCIALES SINO TAMBIÉN, CULTURALES. VISLUMBRANDO TRANSFORMACIONES DE UNA ECONOMÍA NACIONAL HACIA UNA DE CARÁCTER MUNDIAL, GLOBAL Y ABIERTA, EN LA CUAL EL MERCADO FINANCIERO CONSTITUYE UNO DE LOS SECTORES DE MAYOR RELEVANCIA; ASÍ COMO DE UN ESTADO BENEFADOR A UNO QUE ASUME UN ROL SUBSIDIARIO PARA QUIENES NO PUEDEN CUBRIR POR SÍ MISMOS SUS NECESIDADES.

## **I CONDICIONES ACTUALES**

DESDE SU ORIGEN, A LA SEGURIDAD SOCIAL SE LE HA DADO LA RESPONSABILIDAD DE PROTEGER A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD, GARANTIZÁNDOLES CONDICIONES DE VIDA, SALUD Y TRABAJO PARA LOGRAR MAYOR PRODUCTIVIDAD Y UN MAYOR GRADO DE BIENESTAR FÍSICO Y MENTAL.

SIN EMBARGO, A PARTIR DE LA DÉCADA DE LOS SETENTA, COMIENZA A EMERGER UN ESCENARIO DE CRISIS EN DONDE LOS ESTADOS LATINOAMERICANOS ENFRENTAN DIFICULTADES CADA VEZ MAYORES PARA SOLVENTAR LOS COMPROMISOS HEREDADOS POR EL ESTADO BENEFACTOR; COMPROMISOS QUE EN EL CAMPO DE LA SEGURIDAD SOCIAL SE HABÍAN DISPARADO A LO LARGO DE LOS TRES DECENIOS PRECEDENTES EN VIRTUD DE LOS CRECIENTES CAMBIOS DE LAS PIRÁMIDES POBLACIONALES DE LOS PAÍSES.

LA MADURACIÓN DE LAS SOCIEDADES, HA ORIGINADO QUE LAS CAPAS MINORITARIAS DE JÓVENES ASUMAN EL PESO CADA VEZ MAYOR DEL NÚMERO DE JUBILADOS, LOS CUALES ADEMÁS DE GOZAR SUS RESPECTIVAS PENSIONES TIENDEN A DEMANDAR CON MAYOR FRECUENCIA LOS SERVICIOS DE SALUD, QUE ENTRE OTROS FACTORES ES CAUSA DEL INCREMENTO EN LOS COSTOS. EN TAL MARCO, SE DEBE CONSIDERAR TAMBIÉN QUE EL AUMENTO DE LAS PRESTACIONES HA SIDO MÁS RÁPIDO QUE EL INCREMENTO DE LOS INGRESOS IMPOSITIVOS Y DE COTIZACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y QUE EN LA ACTUALIDAD, PARA VARIOS PAÍSES LOS GASTOS DERIVADOS DE ÉSTA, REPRESENTAN HASTA LA TERCERA PARTE DE SU PRODUCTO INTERNO BRUTO.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>- La Seguridad Social en la Perspectiva del Año 2000. OIT. Ginebra. 1984. p. 3.

DE MANERA PARALELA A ESTA CIRCUNSTANCIA Y AL ABRIGO DE LAS TESIS MANEJADAS POR EL NEOLIBERALISMO QUE PROPUGNA POR EL REPLIEGUE DEL ESTADO DE DIVERSAS ESFERAS DE ACCIÓN Y POR LA DISMINUCIÓN DEL GASTO SOCIAL, EMPEZÓ A CULPARSE A LA SEGURIDAD SOCIAL DE SER COSTOSA EN EXCESO Y CAUSANTE EN CONSECUENCIA DE BUENA PARTE DEL DESEQUILIBRIO FINANCIERO DEL ESTADO; OBSTACULIZADORA DEL AHORRO INTERNO; FAVORECEDORA DE LA INFLACIÓN EN VIRTUD DEL CRECIMIENTO DE LOS IMPUESTOS Y LAS COTIZACIONES QUE EXIGE A FIN DE FINANCIAR EL SISTEMA; Y POR SI ELLO NO BASTARA, INCAPAZ DE ALCANZAR SUS PROPIOS OBJETIVOS POR INEFICIENCIAS ESTRUCTURALES Y VICIOS BUROCRÁTICOS.

ALGUNOS ORGANISMOS INTERNACIONALES DISCREPAN FRONTALMENTE CON VARIOS DE LOS CARGOS QUE SE LE IMPUTAN A LA SEGURIDAD SOCIAL. NO OBSTANTE SE RECONOCEN LOS PROBLEMAS QUE ÉSTA ENCARA EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA, Y SE ILUSTRA SU CIRCUNSTANCIA AL AMPARO DEL SIGUIENTE CIRCULO VICIOSO:

EL ESTADO, Y EN PARTICULAR SUS SECTORES FINANCIEROS VEN CADA VEZ CON MENOR ENTUJASMO LOS GASTOS QUE ENTRAÑA LA SEGURIDAD SOCIAL EN VIRTUD

DE LA LIMITACIÓN DE RECURSOS QUE, COMO RESULTADO DE LA CRISIS ECONÓMICA MUNDIAL PADECE EL ERARIO NACIONAL. LOS PRESTADORES DE SERVICIOS POR SU PARTE, ENFRENTAN UNA DEMANDA MULTIPLICADA DE DICHOS SERVICIOS HABIDA CUENTA QUE EN ÉPOCA DE CRISIS LA POBLACIÓN DESCARTA OPCIONES PRIVADAS Y RECURRE A LAS GRATUITAS O MUY BARATAS QUE OFRECE EL SECTOR PÚBLICO; LAMENTABLEMENTE, A TAL INCREMENTO DE DEMANDA NO CORRESPONDE UN CRECIMIENTO EN LOS SALARIOS REALES DE QUIENES PRESTAN LOS SERVICIOS, ESTO A CAUSA TAMBIÉN, DE LOS RECURSOS LIMITADOS DEL ESTADO. POR ÚLTIMO, LOS DERECHOHABIENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EXPERIMENTAN A SU VEZ RECELOS CONTRA EL SISTEMA EN VIRTUD DEL MAL SERVICIO QUE SE LES PRESTA; CIRCUNSTANCIA DEL TODO COMPRENSIBLE SI SE CONSIDERA LA DISMINUCIÓN DEL GASTO SOCIAL DEL ESTADO Y LA SOBRE-DEMANDA DE SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL POR PARTE DE LA SOCIEDAD.<sup>2</sup>

DE TAL SUERTE, LA SEGURIDAD SOCIAL ENCARA DESDE ESTA PERSPECTIVA EL DESCONTENTO GENERALIZADO DE SUS PROTAGONISTAS. POR ELLO, SON IMPORTANTES LOS ESFUERZOS LATINOAMERICANOS POR AJUSTAR LAS POLÍTICAS DE PROTECCIÓN SOCIAL, SU ANDAMIAJE BUROCRÁTICO Y SOBRE TODO LOS

---

<sup>2</sup>- Conferencia de Alfredo Conte Grant. Consejero Regional en Seguridad Social para América de la OIT. en el "Seminario sobre Asuntos Internacionales". CIESS. México. 30 de mayo. 1994



MEDIOS QUE PERMITAN REFRENDAR SUS PROPÓSITOS VERTEBRALES.

ANTE ESTA REALIDAD, LO IMPORTANTE ES REFLEXIONAR SOBRE LAS SOLUCIONES POSIBLES, Y EL ESFUERZO EN ENCONTRARLAS DEBE SER PROPORCIONAL A LA MAGNITUD DEL PROBLEMA. MIENTRAS EXISTA EL DESEMPLEO, EL SUBEMPLEO Y LAS DEFICIENCIAS DE PRODUCTIVIDAD EN LA CIUDAD Y EN EL CAMPO, NO SE ENCONTRARÁ REMEDIO EFICAZ. SON CUESTIONES QUE DIFÍCILMENTE, SI ES QUE NO RESULTA IMPOSIBLE, SERÁN ERRADICADAS; PERO TENDRÁN QUE ATACARSE EN SU FONDO. LAS SOLUCIONES NO SON EXCLUSIVAMENTE NACIONALES, SINO QUE REQUIEREN DE LA COMPRENSIÓN Y BUENA VOLUNTAD DE TODOS, EN PARTICULAR DE LOS MÁS PODEROSOS. LOS ORGANISMOS Y AGENCIAS INTERNACIONALES DEBEN ASUMIR LA TAREA DE ENFRENTAR EL RETO DESINTERESADAMENTE; ENTRETANTO, CADA PAÍS AFECTADO ESTÁ EN EL DEBER DE IR FORTALECIENDO UNA ECONOMÍA SANA, INCREMENTANDO EFECTIVAMENTE SU PRODUCTIVIDAD Y DANDO A LOS ORGANISMOS DE SEGURIDAD SOCIAL AUTOSUFICIENCIA FINANCIERA Y DESARROLLO ADECUADO.

SON DOS LOS PROBLEMAS PRINCIPALES Y POR ELLO MISMO, EL RETO INMEDIATO A AFRONTAR. LA EFICIENCIA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, Y EL

## FINANCIAMIENTO DE PENSIONES Y JUBILACIÓN.

LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, AL VISLUMBRAR LA PERSPECTIVA DEL AÑO 2000, ESTABLECE LA RECOMENDACIÓN QUE EN LOS AÑOS VENIDEROS SE ATRIBUYA CADA VEZ MÁS PRIORIDAD A HACER DE LOS SERVICIOS DE SALUD EL USO MÁS EFICIENTE CON RELACIÓN A SU COSTO, A MODIFICAR LA RELACIÓN ENTRE LA ACCIÓN CURATIVA Y LA ACCIÓN PREVENTIVA Y ENTRE LA ACCIÓN MÉDICA Y LA ACCIÓN SOCIAL, Y A PERMITIR A LAS PERSONAS PARTICIPAR EN MAYOR MEDIDA EN LA ADOPCIÓN DE LAS DECISIONES RELATIVAS A SU PROPIA ASISTENCIA MÉDICA Y SOCIAL.<sup>3</sup>

LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA AMÉRICA LATINA NO PUEDEN IGNORAR ESTA NUEVA FORMA DE ABORDAR LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. EL PROBLEMA DEL FINANCIAMIENTO, SOBRE TODO EN LO QUE ATÁNE A LA APORTACIÓN DE LOS GOBIERNOS, SE HA VISTO AFECTADO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS POR DIVERSOS FACTORES, ENTRE LOS CUALES DESTACA EL CRECIDO ENDEUDAMIENTO EXTERNO. EXPERIENCIAS RECIENTES, Y DESDE LUEGO DIGNAS DE ESTUDIO Y MEDITACIÓN, SE HAN DADO EN NUESTRO CONTINENTE.

---

<sup>3</sup> La Seguridad Social en la Perspectiva del Año 2000. OIT. Ginebra. 1984. p.128.

ACTUALMENTE, MIENTRAS ECONOMISTAS NEOLIBERALES Y POLÍTICOS CONSERVADORES ARGUMENTAN LA NECESIDAD DE REDUCIR LOS FUTUROS COMPROMISOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL, EN GENERAL LA POBLACIÓN DE LA MAYORÍA DE LAS SOCIEDADES, CONTINÚA ESPERANDO MÁS, EN VEZ DE MENOS.

"NO SE PUEDE NEGAR QUE MIENTRAS LOS NIVELES DE VIDA SE ELEVAN Y LA SEGURIDAD SOCIAL SE EXPANDE, LAS EXPECTATIVAS DE LA GENTE SE TORNAN CRECIENTEMENTE AMBICIOSAS. LOS USUARIOS YA NO ACEPTAN LO QUE LES HABRÍA SATISFECHO HACE DIEZ O VEINTE AÑOS. ADEMÁS, TODAS LAS CATEGORÍAS SOCIOLABORALES EXIGEN CONDICIONES IGUALES, LO QUE SIGNIFICA ELEVAR TODAS LAS PRESTACIONES A SUS ÍNDICES MÁS ALTOS. ASÍ, COMO UN ESPEJISMO, EL OBJETIVO SE ALEJA TAN PRONTO COMO PARECE ESTAR AL ALCANCE".<sup>4</sup>

UNO DE LOS EJEMPLOS DE ESAS CRECIENTES EXPECTATIVAS SE HALLAN EN EL SERVICIO MÉDICO. EL USUARIO CONSIDERA NO SÓLO MORAL, SINO TAMBIÉN UNA OBLIGACIÓN ÉTICA, QUE LOS AVANCES EN MEDICINA SEAN PROPORCIONADOS TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE AL MAYOR NÚMERO DE PERSONAS ASEGURADAS. EN LA MEDIDA EN QUE EL PROGRESO MÉDICO SATISFACE LA NECESIDAD DE

---

<sup>4</sup>- F. Blanchard, Francis. Social Security at the Crossroads. *International Labour Review*, Vol. 119, núm. 2, p.150

PROTECCIÓN SURGEN MÁS NECESIDADES QUE REQUIEREN NUEVOS PROGRESOS.

LAS PENSIONES, PARTICULARMENTE LAS DE VEJEZ, TAMBIÉN MUESTRAN LA ENORME IMPORTANCIA DE LAS EXPECTATIVAS PÚBLICAS. LOS NUEVOS CONTINGENTES DE ANCIANOS SERÁN DIFERENTES DE LOS ANCIANOS DEL PASADO. LA MAYORÍA EN UN FUTURO MUY PRÓXIMO, ESTARÁN ACOSTUMBRADOS A UN NIVEL DE VIDA SUPERIOR Y A HÁBITOS DE CONSUMO RADICALMENTE DISTINTOS. HAN ASISTIDO A LA ESCUELA MÁS AÑOS Y, PARTICULARMENTE LOS NUEVOS GRUPOS, HAN TENIDO MÁS EXPERIENCIA LABORAL Y LIBERTAD EN SUS ESTILOS DE VIDA.

CADA GENERACIÓN DE LÍDERES TIENE SU PARTICULAR CÚMULO DE PROBLEMAS Y RESPONSABILIDADES. LA GENERACIÓN ACTUAL DE DIRECTORES Y ADMINISTRADORES DE LA SEGURIDAD SOCIAL AMERICANA ENFRENTA TANTO EL EMPUJE HACIA LA PRIVATIZACIÓN COMO LA PRESIÓN DE CUMPLIR LAS CRECIENTES EXPECTATIVAS QUE LA POBLACIÓN TIENE DE UNA MEJOR Y MÁS AMPLIA PROTECCIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL. POR SUPUESTO QUE ES FÁCIL TERMINAR LA DISCUSIÓN AFIRMANDO QUE TODAS LAS POLÍTICAS DE SEGURIDAD SOCIAL ESTÁN SUJETAS A LA LIMITACIÓN FUNDAMENTAL QUE CONSISTE EN LA CANTIDAD DE RECURSOS DISPONIBLES; EN OTRAS PALABRAS, CADA PAÍS PUEDE TENER

SOLAMENTE EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL QUE SU CAPACIDAD FINANCIERA LE PERMITA.

SIN NEGAR LA VERDAD DE ESTA LIMITACIÓN FUNDAMENTAL LAS PREGUNTAS DIFÍCILES AÚN PERSISTEN. ¿CÓMO SE ORGANIZARÁ LA PROTECCIÓN SOCIAL? ¿CUÁLES SERÁN LAS OBLIGACIONES FINANCIERAS DEL ESTADO, DE LA EMPRESA PRIVADA Y DEL INDIVIDUO QUE GARANTICEN NIVELES ADECUADOS DE PROTECCIÓN? DENTRO DEL PRESUPUESTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL, ¿CÓMO SE REPARTIRÁN LOS RECURSOS ENTRE LAS DIFERENTES NECESIDADES: VEJEZ, REHABILITACIÓN, DESEMPLEO, ETCÉTERA?

EN EL ACTUAL AMBIENTE DE RESTRICCIÓN FISCAL DE PRÁCTICAMENTE TODOS LOS PAÍSES AMERICANOS NO ES ÉSTE EL MOMENTO DE INNOVAR Y EXPANDIR LA SEGURIDAD SOCIAL. HAY CLARA CONCIENCIA DE QUE ÉSTA NO PUEDE SATISFACER TODAS LAS EXPECTATIVAS, NO IMPORTANDO QUÉ TAN LEGÍTIMAS PAREZCAN A LOS INTERESADOS. POR LO TANTO, ES TIEMPO DE RECONSIDERAR Y REEXAMINAR.

EL PROBLEMA NO ES CUÁNTO DEBERÍA GASTARSE EN SEGURIDAD SOCIAL, SINO CÓMO DEBERÍA GASTARSE ESTE DINERO. ASÍ, LOS ASPECTOS PROBLEMÁTICOS

SON LA DISPONIBILIDAD Y LA EFICACIA, POR EJEMPLO, ¿ESTÁN LLEGANDO LAS PRESTACIONES A LA POBLACIÓN QUE MÁS LAS NECESITA? ¿ESTÁ EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL COMPENSANDO EN EXCESO A CIERTOS GRUPOS DE BENEFICIARIOS? ¿CUÁL SERÍA LA RELACIÓN APROPIADA ENTRE LAS PRESTACIONES DEL SEGURO SOCIAL BASADAS EN LOS DERECHOS ADQUIRIDOS Y LAS PRESTACIONES DE LA ASISTENCIA SOCIAL BASADAS EN LA NECESIDAD?

HAY CIERTA URGENCIA POR ENCONTRAR RESPUESTAS A ESTAS PREGUNTAS DEBIDO A QUE LOS RESPONSABLES DE LA SEGURIDAD SOCIAL, SABEN BIEN QUE A PRINCIPIOS DEL PRÓXIMO SIGLO EL NÚMERO DE TRABAJADORES ACTIVOS, EN COMPARACIÓN CON LOS BENEFICIARIOS, PUEDE ALCANZAR LA PROPORCIÓN DE 1 A 1. EL RETIRO DE LA GENERACIÓN JOVEN JUNTO CON UNA CANTIDAD MAYOR DE ANCIANOS OCTOGENARIOS IMPLICARÁ MÁS GASTOS PARA LOS SISTEMAS DE PENSIONES Y DE SERVICIO MÉDICO. POR LO TANTO, SE HA REPETIDO FRECUENTEMENTE QUE ESTA DÉCADA Y LOS PRIMEROS AÑOS DEL PRÓXIMO SIGLO REPRESENTAN UN ESCAPARATE DE LA OPORTUNIDAD PARA QUE LOS PLANIFICADORES DE LA SEGURIDAD SOCIAL CONTINENTAL EVALÚEN Y DECIDAN SOBRE LOS OBJETIVOS, LAS CAPACIDADES ADMINISTRATIVAS Y LAS POSIBILIDADES FINANCIERAS DE SUS PLANES.

## II PROCESOS DE REFORMA EN AMERICA LATINA

HEMOS MENCIONADO ANTERIORMENTE QUE LA CRISIS DEL MODELO ECONÓMICO Y DEL TIPO DE ESTADO QUE AFECTÓ A LOS PAÍSES LATINOAMERICANOS EN LA LLAMADA DÉCADA PERDIDA POR LA CEPAL, GENERÓ POLÍTICAS DE AJUSTE Y ESTABILIZACIÓN Y UNA REESTRUCTURACIÓN PROFUNDA DE LAS ECONOMÍAS, LAS SOCIEDADES Y EL ESTADO.

LAS POLÍTICAS DE AJUSTE Y DE ESTABILIZACIÓN OBLIGARON RECORTES EN EL GASTO ESTATAL Y RECESIÓN ECONÓMICA. AMBOS FENÓMENOS AFECTARON AL GASTO SOCIAL EN GENERAL Y A LA SEGURIDAD SOCIAL EN PARTICULAR.

DE ACUERDO CON EL CONTENIDO DE LAS REFORMAS INSTRUMENTADAS Y PROPUESTAS, LA DEBILIDAD FINANCIERA Y LA INVIABILIDAD DE MANTENER EN EL FUTURO A LA SEGURIDAD SOCIAL MEDIANTE SISTEMAS SOLIDARIOS Y DE REPARTO, SE CONSTITUYE EN LA RAZÓN DE SER DE LAS REFORMAS. LOS CAMBIOS DEMOGRÁFICOS Y EPIDEMIOLOGICOS PERO PRINCIPALMENTE EL CRECIMIENTO DEL DESEMPLEO Y DE LA OCUPACIÓN INFORMAL ASÍ COMO LA CAÍDA EN LOS INGRESOS REALES, DETERMINAN LA ORIENTACIÓN DE LAS MISMAS.

ES DE HACER NOTAR QUE EN LOS ÚLTIMOS DIECISIETE AÑOS SON OCHO PAÍSES - CHILE (1981), PERÚ (1993), ARGENTINA (1994), COLOMBIA (1994), URUGUAY (1996), BOLIVIA (1997), EL SALVADOR (1997) Y MÉXICO (1997)- LOS QUE, CON DIFERENTES VARIANTES, HAN EMPRENDIDO EN AMÉRICA ALGÚN TIPO DE REFORMA A LA SEGURIDAD SOCIAL, BASADA EN UN MODELO ECONÓMICO NEOLIBERAL, EN DONDE LA SEGURIDAD SOCIAL ASUME UNA ECONOMÍA DE MERCADO, BAJO CUATRO PRINCIPIOS DE OPERACIÓN: ADMINISTRACIÓN PRIVADA DE UNO O VARIOS DE LOS SERVICIOS, LIBERTAD DE ELECCIÓN DEL INDIVIDUO ENTRE ENTIDADES GESTORAS Y COBERTURA DE BENEFICIOS, DESCENTRALIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE OPERACIÓN Y ROL SUBSIDIARIO DEL ESTADO, YA QUE ES SUPERVISOR DEL SISTEMA Y ASUME SÓLO AQUELLAS FUNCIONES QUE LOS INDIVIDUOS NO SON CAPACES DE EMPRENDER POR SÍ MISMOS Y QUE SON NECESARIOS DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL.

EN LO QUE SE REFIERE A REFORMAS A LOS FONDOS DE PENSIONES, IMPLICAN UN CAMBIO DE UN SISTEMA DE BENEFICIOS DEFINIDOS A UN SISTEMA DE CONTRIBUCIONES DEFINIDAS, ESTO ES, EN EL ANTERIOR MODELO DE REPARTO SIMPLE EL INDIVIDUO RECIBE EL MISMO BENEFICIO DURANTE SU VIDA PASIVA, INDEPENDIENTEMENTE DE SUS CONTRIBUCIONES PREVIAS Y EN EL MODELO DE



CAPITALIZACIÓN INDIVIDUAL, EL COTIZANTE ACUMULA UNA CONTRIBUCIÓN DEFINIDA QUE LE DARÁ DERECHO A UNA PENSIÓN POR EL LAPSO QUE LE PERMITA EL FONDO ACUMULADO.

DE ACUERDO A LA REALIDAD DE CADA UNO DE LOS PAÍSES, EXISTE ENTRE OTRAS VARIANTES LA EDAD DE RETIRO (QUE VA DE LOS 60 A 65 AÑOS), LOS CONTRIBUYENTES AL SISTEMA (POR EJEMPLO, EN EL CASO DE CHILE ES CON CARGO AL TRABAJADOR Y EN MÉXICO CONTINÚA SIENDO TRIPARTITA), TASAS DE COTIZACIÓN (EN CHILE ES EL 10.5% DEL SALARIO, EN COLOMBIA EL 13.5%); SUSTITUCIÓN DEL MODELO ANTERIOR (EN COLOMBIA EXISTEN AMBOS MODELOS EN PARALELO, DESDE LA IMPLANTACIÓN DE LA LEY 100 1994); EL FINANCIAMIENTO DE LA TRANSICIÓN Y LA ADMINISTRACIÓN DEL MODELO (ARGENTINA Y MÉXICO PERMITEN QUE EXISTA UNA ADMINISTRADORA CON CAPITAL PÚBLICO, EN TANTO QUE EN LOS DEMÁS EL 100% SON DE CAPITAL PRIVADO). ASIMISMO EN MÉXICO SE PERMITIÓ QUE LOS BANCOS SEAN ACCIONISTAS DE LAS AFORES, EN TANTO QUE EN CHILE QUEDARON EXCLUIDOS DE LAS AFP.

SI BIEN LA PRINCIPAL MOTIVACIÓN DE LAS REFORMAS A LOS FONDOS DE PENSIONES EN AMÉRICA TIENEN QUE VER CON LA VIABILIDAD FINANCIERA DE LOS

REGIMENES, SE HA ENFATIZADO SU POSIBLE CONTRIBUCIÓN AL FORTALECIMIENTO DEL AHORRO INTERNO, POR LO QUE PODEMOS SEÑALAR QUE REFLEJAN UNA CULTURA ECONÓMICA, GENERADA POR LA RECIENTE CRISIS, SIN UNA EVOLUCIÓN PREVIA DE ORDEN IDEOLÓGICO O CONCEPTUAL, CON UNA MAYOR PARTICIPACIÓN DEL SECTOR SOCIAL.

EN EL SISTEMA DE PENSIONES BASADO EN UN ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO DE REPARTO, LAS COTIZACIONES DE LOS TRABAJADORES ACTIVOS SE EMPLEAN PARA PAGAR LOS BENEFICIOS DE LOS PENSIONADOS, NO PRODUCIÉNDOSE ACUMULACIÓN DE FONDOS, EN TANTO QUE EN UN ESQUEMA DE CAPITALIZACIÓN INDIVIDUAL SE ACUMULAN LAS COTIZACIONES DEL TRABAJADOR MÁS LA RENTABILIDAD OBTENIDA POR LA INVERSIÓN DEL FONDO, REPRESENTANDO UN AHORRO FORZOSO POR PARTE DEL TRABAJADOR QUE SE PRETENDE INCREMENTE EL AHORRO INTERNO QUE SERÁ CANALIZADO A LA INVERSIÓN PRODUCTIVA, CON OBJETO DE LOGRAR EL CRECIMIENTO ECONÓMICO Y ABATIR EL DESEMPLEO.

LOS ARGUMENTOS A FAVOR DE LA EXPERIENCIA DE REFORMA CHILENA, PAÍS EN EL QUE COTIZAN TRES MILLONES DE TRABAJADORES, SE APOYA EN LA EXISTENCIA DE ALREDEDOR DE 30,000 MILLONES DE DÓLARES ACUMULADOS EN UN LAPSO DE 17

AÑOS. NO OBSTANTE LOS ESTUDIOS AL RESPECTO SON POCOS Y LIMITADOS. CABE MENCIONAR QUE DADA LA CANTIDAD DE VARIABLES QUE INTERVIENEN, A LA FECHA NO EXISTE UN ESTUDIO QUE CUANTIFIQUE LA CAPACIDAD DE LA REFORMA, A TRAVÉS DE LA GENERACIÓN DE AHORRO DE LARGO PLAZO, DE FOMENTAR EL AHORRO Y EL PRODUCTO INTERNO BRUTO.

SIN EMBARGO, AUNADA A LAS POLÍTICAS DE EQUIDAD, DE VIABILIDAD FINANCIERA Y DE HACER EXPLÍCITA LA DEUDA IMPLÍCITA DEL ESTADO POR LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN EL SISTEMA DE REPARTO, ÉSTA A SIDO UNA DE LAS PRINCIPALES MOTIVACIONES DE LOS PAÍSES QUE HASTA AHORA HAN REFORMADO Y QUE CON ELLO PRETENDEN FOMENTAR LA ACTIVIDAD PRODUCTIVA NACIONAL, EL EMPLEO, LA CONSTRUCCIÓN DE LA VIVIENDA, LA INFRAESTRUCTURA DE DESARROLLO Y EL DESARROLLO REGIONAL.

EN EL CASO DE LAS REFORMAS EN SALUD SE DEBE HACER NOTAR QUE SE CONNOTA DE MANERA DIFERENTE LAS "REFORMAS DEL SECTOR SALUD", CON LAS "REFORMAS DE SALUD EN LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL", LAS PRIMERAS ABARCAN A ESTAS ÚLTIMAS Y NO SE PUEDE ABORDAR EL TEMA, SIN INVOLUCRAR AMBAS REFORMAS EN EL ANÁLISIS.

LAS REFORMAS EN AMÉRICA LATINA EN FORMA GENERAL INICIAN EN LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y SE COMPLEMENTAN EN EL SECTOR SALUD.

DEBIDO A LOS DIFERENTES GRADOS DE DESARROLLO QUE HAN TENIDO LOS SISTEMAS DE SALUD EN LOS PAÍSES DE LA REGIÓN, ADEMÁS DE FACTORES POLÍTICOS, DEMOGRÁFICOS, CULTURALES Y DE ORGANIZACIÓN SOCIAL, SE REPERCUTE EN LA FILOSOFÍA DE LA REFORMA, SU PLANTEAMIENTO E IMPLEMENTACIÓN.<sup>5</sup>

EN AMÉRICA LATINA LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD SE HAN ESTABLECIDO CON BASE EN DOS PROCESOS "REFORMAS EXPLÍCITAS Y REFORMAS SILENCIOSAS". LAS REFORMAS EXPLÍCITAS TIENEN COMO PUNTO DE PARTIDA ACTOS LEGISLATIVOS, ESTO ES A TRAVÉS DE DISPOSITIVOS JURÍDICOS QUE MODIFICAN EN FORMA SISTÉMICA LA ORGANIZACIÓN Y EL FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD, ESTE ES EL CASO DE CHILE, COLOMBIA Y BOLIVIA. EL SEGUNDO TIPO TIENE MÁS BIEN UN ITINERARIO ZIGZAGUEANTE Y MARCHA COMO PROCESO DE RECONFIGURACIÓN DESREGULADA O SEMIREGULADA DE LOS

---

<sup>5</sup> Avarado Aguirre R. Reformas del Sector Salud en Costa Rica, Centroamérica y República Dominicana.  
<http://www.insp.mx/ichsri/rarra/a8.html>

SISTEMAS SANITARIOS. ESTE ES EL CASO DE PERÚ, EN DONDE SE TIENEN VARIOS AÑOS DE REFORMA SIN REFORMA, ORIGINANDO REFORMAS SUBSECTORIALES EN EL SECTOR SALUD.<sup>6</sup>

LAS INSTITUCIONES INTERNACIONALES QUE SE ENCUENTRAN IMPULSANDO, APOYANDO Y ASESORANDO ESTOS PROCESOS DE REFORMA SON LAS MISMAS PARA LA REGIÓN, Y SON ESPECÍFICAMENTE EL BANCO MUNDIAL, EL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO Y LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. SIN EMBARGO, LA ETAPA ACTUAL SE CARACTERIZA POR PROCESOS DE DEMOCRATIZACIÓN APERTURA Y AJUSTE EN DONDE SE CONSTATA LA AUSENCIA DE PROPUESTAS PROPIAS.

CON LA REFORMA DEL SECTOR SALUD SE PRETENDE ALCANZAR MAYOR EQUIDAD, EFICIENCIA Y EFICACIA EN LA FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD TALES COMO: REGULACIÓN, FINANCIAMIENTO, GESTIÓN Y PROVISIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Arroyo, Yepes, Valdivia y Peñarrieta. Modelos de Reforma de la Seguridad en Salud en América Latina: comparando Perú y Colombia.

<sup>7</sup> Sánchez-Viesca, A. Et-al. Las Reformas del Sector Salud en Centroamérica, <http://www.insp.mx/ichsri/narra/sl.html>

LA TRANSICIÓN PARA SITUACIONES MÁS EQUITATIVAS DEPENDE DE MAYOR DISPONIBILIDAD FINANCIERA Y DEL USO MÁS EFICIENTE DE LOS RECURSOS EXISTENTES, DE UNA POLÍTICA DE REDISTRIBUCIÓN DE RECURSOS ADEMÁS DE LA ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS PARA GARANTIZAR LA UNIVERSALIDAD EN EL ACCESO. 8

CON LAS MODIFICACIONES DEL SISTEMA DE SALUD SE PRETENDE MEJORAR LA DISPONIBILIDAD Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS, QUE CONTRIBUYA A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y EL PROCESO DE DESARROLLO NACIONAL, INSPIRADO EN LOS PRINCIPIOS DE LA UNIVERSALIDAD, EQUITAD Y SOLIDARIDAD. 9

### **III PROBLEMAS Y DIFICULTADES EN EL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD.**

EN FORMA GENERAL EN LATINOAMÉRICA SE TIENE LA SIGUIENTE PROBLEMÁTICA EN EL PROCESO DE REFORMA:

---

8 Almeida. C. Las Reformas Sanitarias en América Latina: En busca de la Equidad. <http://www.insp.mx/ichsri/narra/a3.html>

9 Aguinaga. Recuento. Reformas al Sistema de Salud de Perú. <http://www.insp.mx/ichsri/narra/a2.html>

1. - LA ELIMINACIÓN O TRANSFORMACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD HA SIDO UN TRABAJO EMPÍRICO DISEÑADO DESDE UN ESCRITORIO SIN BASES OBJETIVAS NI CIENTÍFICAS Y EJECUTADO MÁS PARA CUMPLIR CON REQUISITOS ESTIPULADOS EN LOS CONVENIOS ESTABLECIDOS ENTRE LOS GOBIERNOS Y LAS AGENCIAS INTERNACIONALES DE FINANCIAMIENTO, QUE COMO RESULTADO DE UN ANÁLISIS MINUCIOSO DE SU IMPACTO, SU EFICIENCIA Y SU EFICACIA.
2. - ALGUNAS VECES LAS PROPUESTAS REALIZADAS NO HAN TOMADO EN CONSIDERACIÓN LA EXPERIENCIA DE OTRAS INSTITUCIONES Y PAÍSES.
3. - EL PROCESO DE REFORMA REQUIERE DE MAYOR PARTICIPACIÓN DE FUNCIONARIOS ESPECIALIZADOS DEL SECTOR SALUD.
4. - DEFICIENCIA DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES EQUIPOS DE TRABAJO ENCARGADOS DEL PLANTEAMIENTO, EJECUCIÓN DEL PROCESO DE REFORMA Y DIVULGACIÓN A LA SOCIEDAD.
5. - DIVERGENCIA DE INTERESES ENTRE LAS INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN LA REFORMA.
6. - DIFICULTAD EN LA DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN CADA UNO DE LOS CAMPOS DE ACCIÓN.
7. - EL PROCESO DE REFORMA HA SIDO ORIENTADO CON GRAN FUERZA HACIA LA DISMINUCIÓN DEL TAMAÑO DEL ESTADO Y DEL GASTO Y CON MENOS FUERZA HACIA

MEJORAR LA EFICIENCIA, EFICACIA, EL IMPACTO Y LA EQUIDAD.

8. - LAS PROPUESTAS REDACTADAS TIENEN COMO DEFICIENCIA MÁS FRECUENTE LA AUSENCIA DE DEFINICIÓN DE METODOLOGÍA Y DE INDICADORES DE EVALUACIÓN DE IMPACTO, PROCESO, EFICIENCIA, EFICACIA, PERTINENCIA Y COSTO BENEFICIO DE LA REFORMA DEL SECTOR.<sup>10</sup>

#### IV CARACTERÍSTICAS DE LAS REFORMAS EN LATINOAMERICA

SE HA REPLANTEADO EL PAPEL DEL ESTADO EN LA PARTICIPACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD, EN GENERAL EXISTE LA TENDENCIA A LA DESCENTRALIZACIÓN Y LA PRIVATIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD.

LA DESCENTRALIZACIÓN SE VE FAVORECIDA POR EL PROCESO DE DEMOCRATIZACIÓN EFECTUADO EN LOS PAÍSES LATINOAMERICANOS.

POR OTRO LADO LAS REFORMAS A LA SEGURIDAD SOCIAL FUERON INTEGRADAS CON POLÍTICAS DE REFORMA ECONÓMICA LIBERAL COMO CONSECUENCIA A LA DEUDA EXTERNA CRECIENTE Y A LA CRISIS ECONÓMICA.

LAS POLÍTICAS O ESTRATEGIAS DONDE IMPLÍCITA O EXPLÍCITAMENTE SE

---

<sup>10</sup> Avarado Aguirre. R. Las Reformas del Sector Salud en Costa Rica, Centroamérica y República Dominicana.  
<http://www.insp.mx/a8.html>



PROMUEVE LA PRIVATIZACIÓN SON:

- ESTIMULACIÓN DE LA COMPETENCIA ENTRE PROVEEDORES DEBIDO A LA LIBRE ELECCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS.
- REDUCCIÓN O RESTRICCIÓN QUE LIMITEN EL LIBRE CONTRATO DE LOS SERVICIOS DE SALUD O SU REGULACIÓN.
- MANEJO AUTÓNOMO DE LOS HOSPITALES.
- INTRODUCCIÓN DE SEGUROS PRIVADOS EN ALGUNOS SECTORES DEL GOBIERNO SIN CARGO DIRECTO A LOS EMPLEADOS.
- ESTIMULACIÓN DE LA AFILIACIÓN A LOS SEGUROS PRIVADOS FAVORECIDO POR LA DEDUCCIÓN DE IMPUESTOS.

DETERIORO DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS LO QUE PROVOCO LA SALIDA DE UNA GRAN CANTIDAD DE PROVEEDORES Y BENEFICIARIOS DE LA MISMA MANERA QUE EN EL SECTOR DE SALUD PÚBLICA.

SIN EMBARGO ESTAS MEDIDAS NO PUEDEN SER IMPLEMENTADAS DE MANERA FÁCIL PUESTO QUE AFECTAN INTERESES DE INSTITUCIONES O PARTICULARES.<sup>11</sup>

LA HISTORIA DE UNA GRAN ESTRUCTURA DE CENTRALIZACIÓN GUBERNAMENTAL

---

<sup>11</sup> Einbenschütz, Fleury, et-al. Current Health Sector Reforms in Argentina, Brasil and Mexico  
<http://www.insp.mx/ichsri/narra/el.html>

CON BAJOS NIVELES DE PRODUCTIVIDAD Y EFICIENCIA DEL SECTOR PÚBLICO EN GENERAL, Y DE LA EDUCACIÓN Y SALUD EN PARTICULAR HAN FAVORECIDO EL DINAMISMO DEL SECTOR PRIVADO EN EL MERCADO ORIENTADO A PROVEER UN MEJOR SERVICIO Y MEJORAR LA CALIDAD DE UNA MANERA MÁS PRODUCTIVA Y EFICIENTE.

LA SEGMENTACIÓN O VARIABILIDAD DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD, CON UN MOSAICO EPIDEMIOLÓGICO Y UN PODER ADQUISITIVO DIFERENTE HAN FAVORECIDO LA IRRACIONALIDAD Y LA INEQUIDAD EN EL ACCESO Y USO DE LOS SERVICIOS, DEPENDIENTE DE LA CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA POBLACIÓN.

POR OTRO LADO LA COBERTURA SE HA VISTO AMENAZADA CON LA REDUCCIÓN DEL MERCADO DE TRABAJO FORMAL (HA INCREMENTADO EL DESEMPLEO Y EL TRABAJO INFORMAL) Y LAS EMPRESAS (COMO RESPONSABLES DE LA FUERZA LABORAL) HAN DISMINUIDO LA AFILIACIÓN A LOS SEGUROS TANTO PRIVADOS COMO PÚBLICOS. ÉSTO HA FAVORECIDO EL INCREMENTO DE LA DEMANDA DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS CON UNA MENOR CAPTACIÓN FISCAL DE RECURSOS Y SE HA OCASIONADO UNA MAYOR SEGMENTACIÓN DE LA CONDICIÓN DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.

## VI COMENTARIOS FINALES

EL PROCESO DE LA REFORMA HA ESTADO SUJETO A DIVERSAS CONTINGENCIAS, TALES COMO SON LA PRESIÓN PERMANENTE DE LAS AGENCIAS INTERNACIONALES - BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO, FONDO MONETARIO INTERNACIONAL, BANCO MUNDIAL- EN ESTABLECER EL MODELO CHILENO EN EL RESTO DE LOS PAÍSES LATINOAMERICANOS, EL DEBATE ENCONADO Y LA PUGNA DE GRUPOS POLÍTICOS EN LOS PAÍSES CON SISTEMAS DEMOCRÁTICOS, LA RESISTENCIA AL CAMBIO DE LAS AGRUPACIONES OBRERAS, LA DESINFORMACIÓN Y FALTA DE CONOCIMIENTO PREVIO DE DIVERSOS GRUPOS SOCIALES, LA PRESIÓN DE LOS GRANDES PRESTATARIOS DE SERVICIOS PRIVADOS EN LA COMPETENCIA POR LOS NUEVOS MERCADOS, EL DIVORCIO ENTRE LAS LEYES DICTADAS POR LOS GOBIERNOS EN MATERIA DE REFORMAS EN SALUD, LA CURRÍCULA DE LAS FACULTADES DE MEDICINA DE LAS UNIVERSIDADES Y LAS NECESIDADES REALES DE LOS PAÍSES, POR MENCIONAR ALGUNAS.

LO SEÑALADO ANTERIORMENTE IMPONE LA REFLEXIÓN SOBRE LA GRAN DIFERENCIA ENTRE EL DEBATE AMERICANO Y EL EUROPEO, ESTE ÚLTIMO CENTRADO EN ENCONTRAR ESTRATEGIAS PARA MANTENER LAS ALTAS TASAS DEL

PRODUCTO INTERNO BRUTO DESTINADAS A LA SEGURIDAD SOCIAL (EN 1992 EN ALEMANIA 27.2%, ESPAÑA 25.5%, FRANCIA 29.2%, GRAN BRETAÑA 27.2%, ITALIA 29.6%, SUECIA 40%).

COMO PODEMOS OBSERVAR, LOS RETOS A ENFRENTAR EN MATERIA DE POLÍTICA SOCIAL SON MUCHOS Y DE MUY DIVERSAS ORIENTACIONES, LOS CUALES VAN DESDE LA PROTECCIÓN INTEGRAL A LA SALUD, LA INCORPORACIÓN DE LOS GRUPOS SIN COBERTURA, LA EQUIDAD EN LA DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO, LA CALIDAD, EFICACIA Y OPORTUNIDAD EN LOS SERVICIOS, EL IMPULSO A LA PEQUEÑA Y MEDIANA EMPRESA COMO ESTRATEGIA PARA ELEVAR EL BIENESTAR; HASTA EL INCREMENTO EN CAPITAL HUMANO DE LOS PAÍSES LATINOAMERICANOS VÍA PROGRAMAS DE SALUD Y EDUCACIÓN, BAJO LA RECTORÍA IRREMPLAZABLE DEL ESTADO.

ASIMISMO EXISTEN GRANDES INCERTIDUMBRES DE DIFÍCIL PRONÓSTICO COMO SON EL COSTO REAL DE LA TRANSICIÓN DE MODELOS DE SEGURIDAD SOCIAL, EL IMPACTO DE LOS FONDOS DE PENSIONES EN EL AHORRO INTERNO, EL IMPACTO DE LA CRISIS FINANCIERA ASIÁTICA OCURRIDA A FINES DE 1997 EN LAS ECONOMÍAS LATINOAMERICANAS Y LA DISPONIBILIDAD DE FONDOS EN EL LARGO PLAZO PARA EL

## PAGO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS CON LOS TRABAJADORES.

ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE EL IMPACTO DE LA REFORMA A LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA ECONOMÍA DEPENDE DE VARIOS ASPECTOS FUNDAMENTALES:

- A) COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL. A MAYOR NÚMERO DE COTIZANTES AL SISTEMA, MAYOR SERÁ LA ACUMULACIÓN DE FONDOS.
- B) LA EFICIENCIA DEL MERCADO FINANCIERO. EN CUANTO A LOS NIVELES DE RENTABILIDAD Y RIESGO QUE OFRECE Y EN CUANTO A SU CAPACIDAD DE CANALIZAR LA ACUMULACIÓN DE FONDOS AL SECTOR PRODUCTIVO DEL PAÍS.
- C) EL COSTO DE LA TRANSICIÓN. EN LOS PAÍSES CON MAYOR POBLACIÓN PRÓXIMA A LA JUBILACIÓN O RETIRO EL COSTO SERÁ MAYOR. POR ELLO ESTE TIPO DE REFORMA NO RESULTA ATRACTIVO PARA LOS PAÍSES EUROPEOS, CUYA PIRÁMIDE POBLACIONAL ES INVERSA A LA DE LOS PAÍSES LATINOAMERICANOS.
- D) CRECIMIENTO DE LA PRODUCTIVIDAD. ESTE CRECIMIENTO ES MAYOR QUE EL PORCENTAJE DEL PIB QUE REPRESENTA EL COSTO DE TRANSICIÓN Y ADEMÁS, SI ES PRODUCTO DE LA ACUMULACIÓN DE LOS FONDOS DE PENSIONES, LA REFORMA ES AUTOFINANCIABLE.

e) DEL MONTO QUE EL ESTADO DECIDA DESTINAR A SALUD Y EDUCACIÓN.

FINALMENTE, HAY QUE RECALCAR QUE LA REFORMA ES PARTE DE UN PROCESO DE CAMBIO INTEGRAL, EL CUAL INCLUYE MODIFICACIONES A LA LEGISLACIÓN, DEL SECTOR FINANCIERO, AL RÉGIMEN TRIBUTARIO, A LA POLÍTICA INDUSTRIAL Y A LA ORGANIZACIÓN DEL ESTADO. NATURALMENTE, LA DECISIÓN DE ORGANIZAR LOS PROGRAMAS DE SALUD SOBRE ESTA BASE TIENE UN ALTO COSTO, POR LO QUE EXISTE LA RESPONSABILIDAD POR PARTE DE LOS ACTORES DE LA REFORMA DE HACER FACTIBLE EL DESARROLLO ECONÓMICO DE LOS PAÍSES DEL CONTINENTE, DE TAL SUERTE QUE EL BENEFICIO DE LA MISMA SUPERE SUS COSTOS E IMPACTE POSITIVAMENTE A LA SOCIEDAD AMERICANA EN SU CONJUNTO.

EN LA DIVERSIDAD DE MODELOS EXISTENTES EN LATINOAMÉRICA DESDE EL MODELO PÚBLICO CUBANO HASTA EL MODELO PRIVADO CHILENO, EXISTE UNA GRAN VARIEDAD DE MODELOS MIXTOS, ALGUNOS YA REFORMADOS Y OTROS CON LA INTENCIÓN DE REFORMAR. ESTO NOS LLEVA A LA REFLEXIÓN DE QUE LA REFORMA NO ES UN ACTO DE MODA, DE LA INUTILIDAD DE LA REFORMA SI ESTÁ SUSTENTADA EN MODELOS AJENOS A LAS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE CADA PAÍS, DE LA NECESIDAD QUE LOS ACTORES DE LA REFORMA SEAN

CAPACITADOS Y A QUE EL DEBATE DEBE ESTAR TÉCNICAMENTE SUSTENTADO.

EN MI CALIDAD DE DIRECTOR DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL, ORGANISMO INTERNACIONAL QUE AGRUPA A 62 INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL DE 32 PAÍSES, ES MI INTERÉS CONTRIBUIR AL DEBATE EN LA PLURALIDAD DE IDEAS Y ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN, CON EL OBJETO DE FORTALECER LA SEGURIDAD SOCIAL AMERICANA, EN BENEFICIO DE LAS NACIONES Y DE LOS INDIVIDUOS PARA ASEGURAR LA PAZ Y LA JUSTICIA SOCIAL, YA QUE PERMANECE VIGENTE EL COMPROMISO DE LA DECLARACIÓN DE SANTIAGO DE CHILE QUE EN 1942 DIERA ORIGEN A LA CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL, LA CUAL PROCLAMA QUE "CADA PAÍS" DEBE CREAR, MANTENER Y ACRECENTAR EL VALOR INTELECTUAL, MORAL Y FÍSICO DE SUS GENERACIONES ACTIVAS, PREPARAR EL CAMINO DE LAS GENERACIONES VENIDERAS Y SOSTENER A LAS GENERACIONES ELIMINADAS DE LA VIDA PRODUCTIVA. ESTE ES EL SENTIDO DE UNA SEGURIDAD SOCIAL CONCEBIDA COMO UNA ECONOMÍA AUTÉNTICA Y NACIONAL DE LOS VALORES HUMANOS".

PAIS	FINANCIADORA	PRESTAMO	MOTIVO	FECHA
BELICE	<ul style="list-style-type: none"> <li>BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO LOCAL</li> </ul>	US\$1.8 MILLONES  US\$0.2 MILLONES	DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE REFORMAS DE POLÍTICAS DE SALUD (ATN/SF-4686-BL)	26/OCT/94
BRASIL	<ul style="list-style-type: none"> <li>BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO</li> <li>IBRD</li> <li>OTROS</li> <li>GOBIERNO DE BRASIL</li> </ul>	US\$350 MILLONES US\$300 MILLONES US\$200 MILLONES  US\$150 MILLONES	PROGRAMA PARA LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD (BR-0199)	3/NOV/95
BRASIL	<ul style="list-style-type: none"> <li>BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO</li> </ul>	APRUEBA DOS PRESTAMOS POR UN TOTAL US\$450 MILLONES	PRESTAMO HISTORICO PARA REFORMA DE SALUD Y US\$100 MILLONES PARA EDUCACIÓN	19/SEP/96
GUAYANA	<ul style="list-style-type: none"> <li>BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO</li> </ul>	APRUEBA PRESTAMO US\$2.5 MILLONES	PARA FORTALECER EL SISTEMA DE SALUD	7/ENERO/98
JAMAICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO</li> </ul>	APRUEBA PRESTAMO US\$1.650 MILLONES	PARA EL APOYO DE REFORMAS DE SALUD	30/AGO/95
NICARAGUA	<ul style="list-style-type: none"> <li>BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO</li> <li>OTRAS</li> </ul>	US\$36 MILLONES US\$4 MILLONES	PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DEL SECTOR SALUD (NI-0024)	16/MAR/95
PARAGUAY	<ul style="list-style-type: none"> <li>GOBIERNO DE PARAGUAY</li> <li>BANCO</li> </ul>	US\$5 MILLONES US\$50 MILLONES	REFORMAS A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (PR-0028)	21/JUN/95
PARAGUAY	<ul style="list-style-type: none"> <li>BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO</li> </ul>	US\$39 MILLONES	REFORMA DE SALUD (PRIORIDAD EN REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA)	30/ABR/97
REPUBLICA DOMINICANA	<ul style="list-style-type: none"> <li>BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO</li> </ul>	SE APRUEBA US\$0.900 MILLONES	PARA LA REFORMA DE SALUD	11/SEP/95



PAIS	FINANCIADORA	PRESTAMO	MOTIVO	FECHA
REPUBLICA DOMINICANA	• BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO	SE FIRMA US\$0.900 MILLONES	PARA LA REFORMA DE SALUD	2/OCT/95
REPUBLICA DOMINICANA	• BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO	SE APRUEBA US\$61.2 MILLONES	MODERNIZACIÓN DE MEJOR CALIDAD Y COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD	8/OCT/97
REPUBLICA DOMINICANA	• BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO	FIRMAN US\$61.2 MILLONES	SE FINANCIARA REFORMAS EN SISTEMA DE SALUD Y JUSTICIA	20/FEB/98
TRINIDAD Y TOBAGO	• BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO	SE APRUEBA US\$134 MILLONES	PARA REFORMAS DE SALUD	10/JUN/96
VENEZUELA	• BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO	SE APRUEBA US\$395 MILLONES	APOYARA REFORMAS DE SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA MEJORAR PENSIONES Y SALUD	25/MAR/98

12

## V PANORAMA DE REFORMAS DE SALUD EN ALGUNOS PAISES DE AMERICA

### REFORMA DE SALUD EN ARGENTINA

EN 1993 SE INSTITUYE UN SISTEMA MIXTO INTEGRADO POR:

- UN RÉGIMEN PÚBLICO DE REPARTO DE CARÁCTER SOLIDARIO Y UN RÉGIMEN DE CAPITALIZACIÓN INDIVIDUAL, ADMINISTRADOS Y CONTROLADOS POR INSTANCIAS PÚBLICAS DE DECISIÓN.
- UNA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIÓN.
- ELIMINACIÓN DE CRITERIOS DE MERCADO PARA LA DETERMINACIÓN DE LAS PENSIONES DE JUBILACIÓN.
- RIGUROSIDAD EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA OTORGAR BENEFICIOS.
- EVALUACIÓN PROGRESIVA DEL REQUISITO DE EDAD PARA ACCEDER A LOS BENEFICIOS DE LA JUBILACIÓN.
- MOVILIDAD DE LOS FONDOS A CARGO DEL LEGISLADOR EN ESPERA DE SANCIONARSE LA LEY DE PRESUPUESTO.

- TOPES MÁXIMOS PARA LA PENSIÓN DE JUBILACIÓN.
- TOPES MÁXIMOS DE REMUNERACIÓN PARA APORTES Y CONTRIBUCIONES.
- DEROGACIÓN DE REGÍMENES PREFERENCIALES.
- RIGUROSOS PROCEDIMIENTOS PARA OTORGAR JUBILACIONES DE INVALIDEZ

LA DESREGULACIÓN DEL SISTEMA DE OBRAS SOCIALES TIENE COMO OBJETIVO ESTIMULAR UNA MAYOR EFICIENCIA EN LA ADMINISTRACIÓN DE LOS APORTES OBLIGATORIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL MÉDICA PERMITIENDO A SUS BENEFICIARIOS LA ELECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN FINANCIADORA DE SU PREFERENCIA, HACIA LA CUAL SE CANALIZARA EL DESCUENTO OBLIGATORIO REALIZADO SOBRE SU SALARIO. LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTA NORMATIVA SE HA VISTO DIFICULTADA POR LA OPOSICIÓN DEL MOVIMIENTO SINDICAL.

EL TRASPASO DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS NACIONALES A LAS ADMINISTRACIONES PROVINCIALES SE REALIZÓ PARA PROCURAR UNA MAYOR EFICIENCIA, RESPALDADA POR UNA MAYOR CAPACIDAD DE GESTIÓN ADJUDICADA A LAS INSTITUCIONES DESCENTRALIZADAS.

EN ESTE SENTIDO SE CREO EL "HOSPITAL DE AUTOGESTIÓN" ENCAMINADO A ESTIMULAR EL CONTROL DE COSTOS. .13

## REFORMAS DE SALUD EN BRASIL

LA CONSTITUCIÓN DE 1988 Y SUS LEYES COMPLEMENTARIAS (LEIÁN 8080-90Y LEIÁN 8142-90) ESTABLECIERON LAS BASES LEGALES DEL LLAMADO SISTEMA TÉCNICO DE SALUD (SUS). SUS OBJETIVOS SON LA PRESTACIÓN UNIVERSAL DE UNA ASISTENCIA INTEGRAL A LA SALUD A TRAVÉS DE UNA RED REGIONALIZADA Y JERARQUIZADA DE SERVICIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS, BAJO LA REGULACIÓN ESTATAL. EL CONTROL SOCIAL FUE PREVISTO CON EL ESTABLECIMIENTO DE LOS CONSEJOS DE SALUD A NIVEL MUNICIPAL, ESTATAL Y NACIONAL. LA DESCENTRALIZACIÓN, A TRAVÉS DE LA MUNICIPALIZACIÓN DE LAS ACCIONES E IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS LOCALES DE SALUD (SILOS), SE HA CONSTITUIDO EN LA ESTRATEGIA MÁS RECIENTE, A FIN DE IMPLEMENTAR EL SUS Y CONSOLIDAR LAS PROPUESTAS DE LA REFORMA.

LAS PRINCIPALES FUENTES DE INSPIRACIÓN PARA ESTE PROYECTO FUERON LAS PROPUESTAS DE LA OMS/OPS EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DE SALUD PARA TODOS. 14 15 16

---

Social, Serie Americana. AISS. Argentina. 1997.

14 Anais da IX Conferencia Nacional de Saúde. 1992. Brasil. 1993.

15 Rodriguez Neto E. La Reforma al Sistema de Salud en Brasil. <http://www.insp.mx/ichsri/narra/r1.html>

16 Almeida S. Sanitary Reforms in Brazil: The Challenges of Decentralization and Municipalization <http://www.insp.mx/ichsri/narra/a4.html>

CONSIDERANDO LA EXTENSIÓN Y COMPLEJIDAD DE LA FORMACIÓN SOCIAL BRASILEÑA, ES PROBABLE QUE EXISTAN DIVERSOS PADRONES DE MEZCLA PÚBLICO-PRIVADO RESULTANTES DE LAS ESPECIFICACIONES LOCALES, EN LAS MACRO-REGIONES DEL PAÍS, CUYA TIPOLOGÍA NECESITARÍA SER DETERMINADA. 17

## REFORMAS DE SALUD EN CHILE

CHILE TIENE UN SISTEMA DUAL DE SALUD QUE SE CARACTERIZA POR LA EXISTENCIA DE MERCADOS SEGMENTADOS EN LA PROVISIÓN DE SEGUROS Y DE SERVICIOS DE SALUD. EN ESTE SISTEMA COEXISTEN DOS TIPOS DE SEGUROS: UNO PÚBLICO (FONASA) DE TIPO SOLIDARIO Y DE REPARTO Y QUE OFRECE UN PLAN ÚNICO CON DOS MODALIDADES DE ATENCIÓN (INSTITUCIONAL Y LIBRE ELECCIÓN), EL OTRO (ISAPRE) CON UN ENFOQUE CURATIVO, ES UN SEGURO PRIVADO INDIVIDUAL EN QUE LA PRIMA EN GENERAL, SE AJUSTA POR NIVEL DE INGRESO, DA LA TASA DE COTIZACIÓN, LO QUE DETERMINA UN CIERTO NIVEL DE COBERTURA EN FUNCIÓN DEL RIESGO, NO OBSTANTE EL SISTEMA PERMITE LA ADQUISICIÓN DE PROTECCIÓN ADICIONAL, EN CUYO CASO LA PRIMA ES FUNCIÓN DEL RIESGO Y LA

COBERTURA. EL FINANCIAMIENTO SE DA EN DOS FUENTES UNO POR LAS PERSONAS A TRAVÉS DE UNA COTIZACIÓN OBLIGATORIO PARA SALUD EQUIVALENTE A UN 7% DE LAS REMUNERACIONES, ADEMÁS DEL COPAGO DIRECTO QUE EFECTÚAN CUANDO HACEN USO DE LAS PRESTACIONES QUE LES CUBRE EL SISTEMA, POR OTRA PARTE, RECURSOS QUE PROVEE EL ESTADO A TRAVÉS DEL APORTE FISCAL, PROVENIENTE DE LOS TRIBUTOS GENERALES DE LA NACIÓN.

DURANTE LOS AÑOS 90 CHILE HA INTRODUCIDO UNA SERIE DE INICIATIVAS ORIENTADAS A MEJORAR EL ACCESO A LA SALUD DE LA POBLACIÓN, FORTALECER LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD Y A MEJORAR LA GESTIÓN DEL SECTOR PÚBLICO DE LA SALUD. ENTRE ELLAS PUEDEN CITARSE EL CAMBIO EN LOS MECANISMOS DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS, LOS INTENTOS DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, PROCESO QUE DIO ORIGEN, ENTRE OTRAS MEDIDAS, AL ESTABLECIMIENTO DE COMPROMISOS DE GESTIÓN ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD Y ESTOS SERVICIOS.

EL ANÁLISIS FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD INDICABA QUE, SI BIEN LEGALMENTE AL MINISTERIO DE SALUD SE LE ASIGNABA UN ROL NORMATIVO Y SUPERVISOR, EN REALIDAD CUMPLÍA TAMBIÉN CON UN ROL

EJECUTOR CON UN ALTO GRADO DE CENTRALIZACIÓN EN LA GESTIÓN. 18

EL MODELO DE ATENCIÓN PRETENDE READECUAR EL SISTEMA DE REFERENCIA Y DE CONTRAREFERENCIA DE PACIENTE, ELEVAR LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA, SATISFACER LAS DEMANDAS DE TECNOLOGÍA Y DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y RECONOCER EL ÁMBITO DE COMPETENCIA DE LA INTERSECTORIALIDAD, DEL PARASECTOR Y DE LA CAPACIDAD DE DECISIÓN DE LAS PERSONAS. CREA DOS NUEVOS TIPOS DE ESTABLECIMIENTOS, LOS CENTROS DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICOS Y LOS CENTROS DE REFERENCIA DE SALUD.

EN LA REFORMA SE TOCAN LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- REESTRUCTURACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD
- DESCENTRALIZACIÓN PROGRAMÁTICA
- FORTALECIMIENTO DEL CONTROL SANITARIO
- REFORMA FINANCIERA
- MODERNIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE ABASTECIMIENTOS
- MODERNIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN
- PROGRAMA DE CAPACITACIÓN. 19

---

18 Celedon Carmen, Guzmán Marcela. Evaluación de los compromisos de gestión entre el ministerio de salud y los servicios de salud en Chile. <http://www.insp.mx/ichsri/narra/c5.html>

19 Molina, C. La Reforma a la Salud en Chile y su comparación con Colombia y México. <http://www.insp.mx/ichsri/narra/m7.html>

## REFORMA DE SALUD EN COLOMBIA

EXISTEN DOS REGÍMENES DE FILIACIÓN A SABER EL CONTRIBUTIVO Y EL SUBSIDIADO. EL DISEÑO DEL SISTEMA ES COMPLEJO ALTERNANDO EL FINANCIAMIENTO CON LA MEZCLA PUBLICO/PRIVADA Y SU FUNCIONAMIENTO.

LA LEY CONSAGRA LA EXISTENCIA DE UNA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN, CUYO MONTO SE DEFINE ESTABLECIENDO LOS COSTOS ESTÁNDAR DE ATENDER A UNA PERSONA DURANTE UN AÑO OFRECIENDO LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD. ESTE PAQUETE DE SERVICIOS SE CONOCE COMO PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) Y DEBE SER OFRECIDO POR LAS EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD (EPS).

EL MODELO COLOMBIANO ADMITE LA LIBRE ELECCIÓN POR PARTE DEL USUARIO FRENTE A LOS PROMOTORES Y PRESTADORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD, CONSIDERADO COMO SISTEMA CONTRIBUTIVO, DE TAL SUERTE QUE TODOS LOS AFILIADOS APORTAN EN PROPORCIÓN A SUS INGRESOS Y RECIBEN LOS MISMOS BENEFICIOS.

LA REFORMA COLOMBIANA PUEDE RESUMIRSE ESQUEMÁTICAMENTE EN 7



PUNTOS:

1. SEPARACIÓN ENTRE LA PROVISIÓN Y EL FINANCIAMIENTO.
2. ESTÍMULO A LA COBERTURA UNIVERSAL.
3. LA CREACIÓN DE UN PLAN OBLIGATORIO INTEGRAL AL CUAL ACCEDERÁN AFILIADOS Y BENEFICIARIOS
4. LA CREACIÓN DE MECANISMOS DE COMPENSACIÓN Y SOLIDARIDAD A TRAVÉS DE LAS TRANSFERENCIAS ENTRE LAS EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD (EPS).
5. LA CREACIÓN DE MECANISMOS QUE PERMITEN CONTROLAR LOS COSTOS.
6. LA INCORPORACIÓN DEL CAPITAL PRIVADO PERMITE QUE LOS INVERSIONISTAS CONSTITUYAN EMPRESAS PROMOTORAS O CREEN CENTROS DE ATENCIÓN COMO CLÍNICAS Y HOSPITALES.
7. LA SUSTITUCIÓN DE LA "ASISTENCIA PÚBLICA" A LOS POBRES PARA PERMITIR, MEDIANTE SUBSIDIOS FISCALES A LA DEMANDA, QUE LOS GRUPOS MARGINADOS SE INCORPOREN AL SISTEMA DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) Y ACCEDAN GRADUALMENTE A SUS BENEFICIOS. 20

LOS AVANCES Y LIMITACIONES SE PUEDEN DESCRIBIR COMO SIGUE:

---

20 Gutiérrez, L.A. "Aclimatación" de la Reforma de la Seguridad Social en Colombia.  
<http://www.insp.mx/ichsri/narra/g3.html>

1. DESDE EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, EXISTE LA NECESIDAD DE REEQUILIBRAR EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA.
2. LAS EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD NO ADELANTAN UN ADECUADO MERCADEO PARA AUMENTAR LA COBERTURA DE AFILIADOS.
3. ES NECESARIO DISEÑAR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LOGRAR UN REGISTRO ESTADÍSTICO PROPIO Y CONFIABLE, INTEGRADO CON LOS DISTINTOS OBJETIVOS DE LA REFORMA.
4. FIJAR EL SISTEMA DE PRESUNCIONES DE INGRESOS PARA RESOLVER EL PROBLEMA DE LA AFILIACIÓN DE LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES Y COADYUVAR AL FORTALECIMIENTO FINANCIERO DEL SISTEMA.
5. FORTALECER LAS ACCIONES DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD PARA REDUCIR LA EVASIÓN.
6. CONSTRUIR UNA RED NACIONAL DE CONTROLADORES.
7. ASEGURAR LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA.
8. ALCANZAR UNA COHERENCIA LEGISLATIVA ENTORNO A LA LEY 100 Y BUSCAR LA DEROGATORIA DE LOS DERECHOS DE LA "CONTRA-REFORMA".
9. DEFINIR TÉCNICAMENTE MECANISMOS DE CONTRATACIÓN Y PAGO QUE ESTIMULEN LA CREACIÓN DE UN AUMENTO DE OFERTA EN ZONAS APARTADAS.

10. ESTABLECER MODALIDADES DE CONTROL DE CALIDAD Y CERTIFICACIÓN, PARA LA PRESTACIÓN ÓPTIMA DE SERVICIOS.
11. DEFINIR LAS MODALIDADES DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS, CON LA INCLUSIÓN PARA LAS ÚLTIMAS DE INDICADORES DE FRECUENCIA.
12. ESTABLECER MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN PARA LA UNIDAD DE PAGO POR CAPACITACIÓN (PAGO ÚNICO ANUAL POR AFILIADO AL AÑO) Y PARA LOS DIFERENTES PLANES DE BENEFICIOS<sup>21</sup> EN ESTE NUEVO ESQUEMA LOS HOSPITALES PÚBLICOS SE CONVIERTEN EN EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO (ESES), ENTIDADES AUTÓNOMAS Y AUTOFINANCIADAS QUE CONTRATAN CON LAS EPS (EMPRESA PROMOTORAS DE SALUD). LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS.

## REFORMAS DE SALUD EN COSTA RICA

- FUNDAMENTALMENTE TIENE LOS SIGUIENTES COMPONENTES:
- FUNCIONES RECTORAS
- NUEVO MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD
- PROGRAMAS PRIORITARIOS

---

<sup>21</sup> Molina, A.E. Rojas, Celia. Ariza. Plutarco. La Reforma al Sistema de Salud Colombiano.  
<http://www.insp.mx/ichrsw/parra/m6.html>

- TRASPASO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN Y POR ENDE DE LOS FUNCIONARIOS, DEL MINISTERIO DE SALUD A LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL (CCSS).

DE ESTA MANERA EL MINISTERIO DE SALUD SE DEDICA A EJECUTAR SU FUNCIÓN RECTORA DEL SECTOR Y CONSERVA LOS PROGRAMAS PRIORITARIOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, CENTROS INFANTILES DE NUTRICIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL Y SANEAMIENTO AMBIENTAL.

EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN SE ESTRUCTURA A PARTIR DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE ATENCIÓN INTEGRAL (EBAIS) INTEGRADO POR UN MÉDICO GENERAL, UN AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y UN TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.<sup>22</sup>

## REFORMA DE SALUD EN PERU

LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. , CONSOLIDÓ HASTA LA RECIÉN EMISIÓN DEL GOBIERNO DEL DECRETO LEGISLATIVO 887 DE MODERNIZACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD QUE DISPONE LA CREACIÓN DE ENTIDADES

---

<sup>22</sup> Avarado Aguirre. R. Las Reformas del Sector Salud en Costa Rica. Centroamérica y República Dominicana.  
<http://www.insp.mx/a8.html>

PRESTADORAS DE SALUD PARA BRINDAR PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD COMPLEMENTARIOS A LOS DEL IPSS Y FACULTA A LAS ENTIDADES EMPLEADORAS A CONTRATARLAS UTILIZANDO EL 25% DE LOS APORTES DE LOS TRABAJADORES AL IPSS, DEBIENDO CUBRIR ESTE ÚLTIMO LAS ATENCIONES DE ALTA COMPLEJIDAD Y ENFERMEDADES CRÓNICAS<sup>23</sup>

EL ESTADO SE HARÁ CARGO DEL FINANCIAMIENTO DE LA POBLACIÓN QUE CORRESPONDE A DEMANDA DE LOS NO PUDIENTES Y DEBERÁ DISEÑARSE UN "PAQUETE DE PRESTACIONES BÁSICAS OBLIGATORIAS" A CUBRIR CON EL SEGURO.<sup>24</sup>

CON ESTA RECIENTE LEY DE MODERNIZACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SSS), DLN No. 887, SE ESPERA ESTABLECER PROGRESIVAMENTE UN NUEVO RÉGIMEN INTEGRAL. ESTA REFORMA ESTABLECERÍA UNA DOBLE MODALIDAD: EL PREPAGO Y SUBSIDIO DEL AFILIADO. LA CONCURRENCIA DE PROVEEDORES PÚBLICOS Y PRIVADOS Y UN PLAN MÍNIMO DE ATENCIÓN. AUN NO POSEE REGLAMENTACIÓN. <sup>25</sup>

---

23 Arroyo Juan, Yepes Francisco J., Valdivia Pedro F., Peñarrieta María I. Modelos de Reforma de la Seguridad en Salud en América Latina: comparando Perú y Colombia.

24 Aguinaga, Recuento.Reformas al Sistema de Salud de Perú.

25 Garavito Miguel, Pajuelo José, Li Dina, Manrique Luis, Ramos Virgilio y Fukumoto Mary. Investigaciones para la reforma de salud en el Perú. <http://www.insp.mx/ichsri/narra/g7.html>

## REFORMAS DE SALUD EN MEXICO

EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL CON BASE EN LAS MODIFICACIONES DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL APLICADA A PARTIR DEL 1º DE JULIO DE 1997, INICIÓ CON UNA REESTRUCTURACIÓN ADMINISTRATIVA, PRINCIPALMENTE DE DESCENTRALIZACIÓN Y REESTRUCTURACIÓN NORMATIVA CON DISMINUCIÓN DEL PERSONAL DE NIVEL CENTRAL Y FORTALECIMIENTO DE LAS ÁREAS OPERATIVAS.

EN LA NUEVA LEY DEL SEGURO SOCIAL RESALTA LA SUBROGACIÓN DE SERVICIOS Y REVERSIÓN DE CUOTAS (QUE AÚN NO SE HA DADO A CONOCER SU REGLAMENTACIÓN A TRAVÉS DEL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN) Y EL NUEVO SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA.

LAS REFORMAS EN MATERIA DE SALUD, SE TRADUCEN EN APLICACIONES PILOTO DE MODELOS COMO EL DE MEDICINA DE FAMILIA, DONDE AL MEDICO Y SU EQUIPO SE LE PAGARA CONFORME A UN PROGRAMA DE ESTÍMULOS Y DE CUMPLIMIENTO CON METAS DE SALUD ACORDES A LA CALIDAD DEL SERVICIO A LOS BENEFICIARIOS, QUIENES PODRÁN SELECCIONAR A SU MÉDICO FAMILIAR.

POR OTRO LADO SE ENCUENTRA EN PROCESO DE APROBACIÓN UN PRÉSTAMO POR EL BANCO MUNDIAL DE 700 MILLONES DE DÓLARES, PARA UN PROYECTO DE

MODERNIZACIÓN INSTITUCIONAL CON APOYO A LA GESTIÓN Y FONDO INNOVATIVO CONFORMADO POR LOS SUBPROYECTOS MÉDICO - FINANCIERO Y DE ASISTENCIA TÉCNICA DENTRO DEL QUE DESTACA COMO OBJETIVO ESPECÍFICO EL AMPLIAR LA COBERTURA, PROPORCIONAR SERVICIOS RESOLUTIVOS COMPETITIVOS CON CALIDAD Y EFICIENCIA, EL PROYECTO SE ENCUENTRA EN LA FASE DE NEGOCIACIÓN Y APROBACIÓN DE ACUERDO AL PERÍODO DE MARZO A JUNIO DE 98.

EN ESTE PRÉSTAMO SE FAVORECERÁ AL PROYECTO "MODELO DE ZONAS MÉDICAS", EN EL CUAL LOS HOSPITALES GENERALES DE ZONA CON LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR CORRESPONDIENTES INTEGRARAN UNA ZONA MÉDICA, CONFORMANDO 139 QUE SERÁN AUTÓNOMAS FINANCIERAMENTE YA QUE TENDRÁN UN PRESUPUESTO CAPITADO DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE SU POBLACIÓN. ADEMÁS LA INSTITUCIÓN PREOCUPADA POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN CREA UNA DIRECCIÓN PARA ESTOS FINES.

ESTE TIPO DE REFORMA IMPLICA UN CAMBIO DE ENFOQUE DE LOS PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL, GENERÁNDOSE EL MAYOR DEBATE EN LO REFERENTE A LA SOLIDARIDAD INTRA E INTERGENERACIONAL, LA CUAL EN LOS MODELOS ACTUALES SE VISUALIZA COMO UNA SOLIDARIDAD GLOBAL DE LA SOCIEDAD, SUJETA AL BENEFICIO ECONÓMICO QUE PRESUMIBLEMENTE ESTOS MODELOS CONLLEVAN.

## BIBLIOGRAFIA

ASA CRISTINA LAURELL. Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo. México, FCE, 1992.

ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. Problemas Actuales de la Financiación y la Gestión de la Seguridad Social en las Américas. Novena Conferencia Regional Americana de la AISS. Ottawa 1997. (Documentación de la Seguridad Social Americana. AISS México 1998.

ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. I Informe. XXIV Asamblea General. Nuevos Desafíos-Nuevas Respuestas. Evolución y Tendencias en la Seguridad Social en el Mundo, 1990-1992. AISS: Acapulco 1992.

ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. Quantitative Analysis and the Planning of Social Protection. Geneve: AISS, 1996.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. Progreso Económico y Seguridad Social en América Latina. Informe 1993.

CARRANZA A. Y TREVIÑO L. "Desigualdad y pobreza en América y repercusión en la política Social de Salud, una mirada al futuro. CIESS, México, 1996.

BEVERIDGE, WILLIAM. El Seguro Social en Inglaterra. Plan Beveridge. Traducción del texto oficial de inglés. Editorial Minerva, 1942.

CENTRO PERUANO DE ESTUDIOS INTERNACIONALES. El Sistema Internacional en sus Textos. Hugo Palma Baderrama. Lima, CEPEI. 1990.

CIEDESS, Estrategias para el desarrollo de un modelo integrado de Seguridad Social, Chile, 1993.

CIEDESS, Modernización de la Seguridad Social en Chile - resultados y tendencias, Chile, 1994.

CIEDESS, Impacto de la Reforma Previsional en el Mercado de Capitales, Chile, 1995.

CISS y CEDESS "Reflexiones sobre las Reformas en Seguridad Social", Publicación colectiva, México, 1997.

CISS y CEDESS, Publicación Colectiva, Reflexiones Sobre las Reformas en la Seguridad



Social, Mexico, 1997.

CONSAR, Ley de Sistemas de Ahorro para el Retiro. México, Mayo de 1996.

CONSAR, Reglamento de la Ley de Sistemas de Ahorro para el Retiro, México, Noviembre de 1996.

CORPORACION DE INVESTIGACIONES, ESTUDIO Y DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (CIEDESS). Doce años de Modernización de la Seguridad Social en Chile. Santiago de Chile, 1992

DESENTIS ADOLFO. Historia de la Inseguridad, la Seguridad Social y los Seguros Sociales. IMSS. 1a Edición. México, 1951

DRUMMOND, MICHAEL. Principles of Economic Appraisal in Health Care. Institute of Social and Economics Research, University of York, England, 1983.

FLORES HERNANDEZ, JOSE MANUEL. El Seguro Social en México 50 Años de Historia de la Ley del Seguro Social 1943-1993. Cuestión Social, enero 1993.

FUNDACION FRIEDRICH EBERT DE COLOMBIA. La política Social en Colombia, los casos de Salud y de Pensiones. Santa Fe de Bogotá, D.C. Colombia, 1993.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, FONDO DE CULTURA ECONOMICA, INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO. La Seguridad Social y el Estado Moderno. Narro Robles, José Moctezuma Barragán, José. Primera Edición 1992.

IMSS, Ley del Seguro Social, México, 1995.

LABRA, MARIA ELIANA Y MEDICI, ANDRE CESAR. Seminario Revisión de los Sistemas de Seguridad Social en América Latina. Participación del Sector Privado y Rol del Estado. Reunión Santiago de Chile, 1993. El Sistema de Servicios de Salud en Brasil. Santiago de Chile: SRSSAL, 1993.

LOPEZ, AMANCIO C. El Impacto de la Crisis Económica en los Regimenes de la Seguridad Social. En: Estudios de la Seguridad Social. Argentina. No. 52-53, 1985. pp. 64-70.

LOPEZ V. JAVIER. Nuevas Tendencias de la Seguridad Social en América México. U.N.A.M. 1995.

Mansell C. Las finanzas populares en México, ITAM, México, 1995.

Márquez R. La Reforma al Sistema de Pensiones en México, Bancomer, México, 1996.

MESA LAGO, CARMELO. Estudio Comparativo del Desarrollo de la Seguridad Social en Latinoamérica. En: Revista Internacional de Seguridad Social No. 2/86.

MESA LAGO, CARMELO. La Crisis de la Seguridad Social y la Atención a la Salud. Experiencias y Lecciones Latinoamericanas. México, F.C.E., 1986.

MONTEIRO, VICTOR. del IVSS. Seminario "Revisión de los Sistemas de Seguridad Social en América Latina. Participación del Sector privado y Rol del Estado". Reunión Santiago de Chile, 1993. Ley del Instituto Venezolano de la Seguridad Social. Planeamiento Estratégico de Tecnología de Información. Santiago de Chile: IVSS, 1993.

MOULY, JEAN. La Protección Social y la Economía, ¿Conflicto o Convergencia?. Revista Internacional del Trabajo. Vol. 105 No. 103. julio-septiembre, 1985. pp. 417-424.

MUSGROVE, PHILIP. Reflexiones sobre la Demanda por Salud en América Latina. Taller Internacional de Economía de la Salud. Bogotá, Colombia. Pontificia Universidad Javeriana, 1994.

NETTER, FRANCIS. La Seguridad Social y sus Principios. (Librairie Sirye, Paris, 1959).

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Introducción a la Seguridad Social. Ginebra, OIT, 1984.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. CONFERENCIA INTERNACIONAL. Situación Económica y Seguridad Social en las Américas. Reunión México 1992. Documento Base.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Las Condiciones de Salud en las Américas. Publicación Científica No. 524. Edición 1990. Washington, D.C. OPS/OMS, 1990.

O.I.T. La Seguridad Social en la Perspectiva del Año 2000. 1984.

Presidencia de la República, Iniciativa de la Nueva Ley del Seguro Social - Exposición de Motivos, México, 1995.

Ruiz Durán C. "Sistemas de Seguridad Social en el Siglo XXI", Fundación Luis Donaldo Colosio, México, 1997.

SEPULVEDA, CESAR. La Cooperación Internacional en Materia de Seguridad Social en las Américas. México. UNAM, 1980.

TORRES, MARCO AURELIO. IMSS. Seminario Revisión de los Sistema de Seguridad Social en América Latina. Participación del Sector Privado y Rol del Estado. Reunión Santiago de Chile. 1993. La Seguridad Social en México. Participación del Estado y Areas de Acción del Sector Privado: Estado Actual y Perspectivas. Santiago de Chile: IMSS, 1993.

Treviño L. El papel de las AFORES en el Desarrollo Económico en Seguridad ó Inseguridad Social: los Riesgos de la Reforma. Ed. Saúl Osorio y Berenice Ramirez, Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM y Triana Editores, México, 1997.