

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.

Opciones de Reforma de la Seguridad Social

Norberto Treviño García Manzo
Porfirio Cervantes Pérez
Armando Valle González

Serie Estudios 13

CONFERENCIA
INTERAMERICANA
DE SEGURIDAD SOCIAL
CISS
SECRETARIA GENERAL

COMISION AMERICANA MEDICO SOCIAL



**CONFERENCIA
INTERAMERICANA
DE SEGURIDAD SOCIAL**

Lic. Genaro Borrego Estrada

Presidente

Lic. Roberto Ríos Ferrer

Secretario General

Dr. Alvaro Carranza Urriolagoitia

Director del CIESS

**Coordinación Técnica de la
Secretaría General**

Lic. María del Carmen Alvarez

Lic. Pedro Cervantes Campos

Act. Ana Luz Delgado Izazola

Lic. Antonio Espitia Ledesma

Ing. Francisco Martínez Narváez

Lic. Mario A. Rodríguez Malpica E.

Dr. Antonio Ruezga Barba

Comisión Editorial

Lic. Sergio Candelas Villalba

Coordinador

Lic. Gabriel del Río Remus

Este libro fue publicado por la Secretaría General
de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.
Su contenido es responsabilidad exclusiva de su(s) autor (es)
y no refleja necesariamente la posición del CIESS.
Está permitida la reproducción total o parcial de su contenido
sólo con mencionar la fuente.

Derechos reservados conforme a la ley

ISBN-968-7346-20-5

*Opciones de Reforma
de la Seguridad Social*

APOYO TECNICO
Virginia Reyes Muñoz

OPCIONES DE REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

**Norberto Treviño García Manzo
Porfirio Cervantes Pérez
Armando Valle González**

Serie Estudios 13

**CONFERENCIA INTERAMERICANA
DE SEGURIDAD SOCIAL
SECRETARIA GENERAL**

COMISION AMERICANA MEDICO SOCIAL

AUTORES

NORBERTO TREVIÑO GARCIA MANZO

SUBDIRECTOR GENERAL MEDICO DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL. PRESIDENTE DE LA COMISION
AMERICANA MEDICO SOCIAL.

ARMANDO VALLE GONZALEZ

TITULAR DE LA COORDINACION DE PLANEACION E
INFORMACION MEDICA. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

PORFIRIO CERVANTES PEREZ

TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE PLANEACION Y
PROGRAMACION, COORDINACION DE PLANEACION E
INFORMACION MEDICA. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

COAUTORES

ABURTO MUÑOZ, HILDA

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO (UNAM). MEXICO.

AGUIRRE BAYLEY, ADOLFO

SECRETARIO GENERAL LETRADO. CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES BANCARIAS. URUGUAY.

ALARCON NAVARRO, FRANCISCO

TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNO INFANTIL. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS). MEXICO.

BARBABOSA KUBLI, AGUSTIN

COORDINADOR GENERAL EJECUTIVO PARA LA MODERNIZACION DEL (IMSS). MEXICO.

BLANCO, FRANCISCO

JEFATURA DE SERVICIOS DE INVESTIGACION MEDICA. (IMSS). MEXICO.

BONILLA CASTAÑEDA, JAVIER

DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS INTERNACIONALES, SECRETARIA DE AGRICULTURA Y RECURSOS HIDRAULICOS. MEXICO.

BONILLA GARCIA, ALEJANDRO

ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO. GINEBRA, SUIZA.

CABALLEROS OTERO, ROMULO

DIRECTOR ADJUNTO. SUBSEDE DE LA COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL).

CABRAL SOTO, JAVIER

TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA. (IMSS). MEXICO.

CABRERA ACEVEDO, GUSTAVO

COLEGIO DE MEXICO. MEXICO.

CALDERON RAMIREZ DE AGUILAR, FERNANDO

TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO.
SUBDIRECCIÓN GENERAL MEDICA. (IMSS) MEXICO.

CARDOSO, MIRIAM

CENTRO DE INVESTIGACION Y DOCENCIA ECONOMICA DE MEXICO.
MEXICO.

CARRANZA URRIOLAGOITIA, ALVARO

DIRECTOR DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD
SOCIAL, (C.I.E.S.S.).

CARRERAS LOPEZ, JUAN MANUEL

SUBDIRECTOR GENERAL JURIDICO. INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO. (ISSSTE).
MEXICO.

CORDERA CAMPOS, ROLANDO

DIRECTOR NEXOS-TV. MEXICO.

CRUZ RIVERO, CARLOS

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA. MEXICO.

CHANES NIETO, JOSE

INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACION PUBLICA. MEXICO.

ENGLISH, MICHAEL J.

DEPARTAMENTO DE SALUD Y RECURSOS HUMANOS. E.U.A.

FLORES, ANGEL

PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD. MEXICO.

FRENK MORA, JULIO

FUNDACION MEXICANA PARA LA SALUD (FUNSALUD). MEXICO.

GARDUÑO, JUAN

JEFATURA DE SERVICIOS DE INVESTIGACION MEDICA. (IMSS). MEXICO.

GONZALEZ GONZALEZ, EDUARDO

SUBDIRECTOR GENERAL DE FINANZAS. (IMSS). MEXICO.

GONZALEZ TIBURCIO, ENRIQUE

FACULTAD DE ECONOMIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO (UNAM). MEXICO.

GUERRERO OROZCO, OMAR

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO (UNAM). MEXICO.

LASTIRI QUIROZ, SANTIAGO

ASESOR. DIRECCION GENERAL. (IMSS). MEXICO.

LIFSHITZ GUINZBERG, ALBERTO

TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE EDUCACION MEDICA. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA. (IMSS). MEXICO.

LONG VARANGOT, ROBERT

CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES DE PROFESIONALES UNIVERSITARIOS. URUGUAY.

MARQUET GUERRERO, PORFIRIO

SUBDIRECCION GENERAL ADMINISTRATIVA. (IMSS). MEXICO.

MERINO SCHEIHING, PATRICIO

GERENTE GENERAL DE LA CAJA DE COMPENSACION DE LA CAMARA CHILENA DE LA CONSTRUCCION. CHILE.

MORALES AGUILAR, LUIS

ASESOR ECONOMICO. DELEGACION DE LA COMISION EUROPEA EN MEXICO.

MUÑOZ HERNANDEZ, ONOFRE

TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE INVESTIGACION MEDICA. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA. (IMSS). MEXICO.

NARRO ROBLES, JOSE

SUBSECRETARIO. SECRETARIA DE GOBERNACION. MEXICO.

PACHECO ALVAREZ, ENRIQUE

DIRECTOR GENERAL DE CONCERTACION CON ENTIDADES FEDERATIVAS. DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL. MEXICO.

PACHECO MENA, MARIO

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURIDAD SOCIAL. COSTA RICA.

RODRIGUEZ GALLARDO, LORENZO

COORDINACION DE PLANEACION E INFORMACION MEDICA.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA. (IMSS). MEXICO.

RUIZ ESPARZA, GERARDO

SUBDIRECTOR GENERAL ADMINISTRATIVO. (IMSS). MEXICO.

SCHAFFER VAZQUEZ, CARLOS

COMISION PARA LA MODERNIZACION DEL (IMSS). MEXICO.

SOTO PEREZ, CARLOS JORGE

TITULAR DE LA UNIDAD DE SERVICIOS ACTUARIALES. SUBDIRECCION
GENERAL DE FINANZAS. (IMSS). MEXICO.

TAMAGNO, EDWARD

HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT. CANADA.

TORRE ESPINOZA, ROSA A.

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO. FACULTAD DE DERECHO.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO (UNAM). MEXICO.

VARELA RUEDA, CARLOS E.

TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA. (IMSS). MEXICO.

VAZQUEZ VALDES, MANUEL E.

COORDINADOR DE PROGRAMAS DE SALUD. SECRETARIA DE
DESARROLLO SOCIAL. MEXICO.

VELAZQUEZ DIAZ, GEORGINA

COORDINADORA GENERAL DEL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD.
MEXICO.

WOLPERT BARRAZA, ENRIQUE

SUBSECRETARIO DE SERVICIOS DE SALUD. SECRETARIA DE SALUD.
MEXICO.

ZORRILLA MARTINEZ, PEDRO

FACULTAD DE DERECHO. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO (UNAM). MEXICO.

COLABORADORES

GERMAN ARGÜELLES MEDINA

FELIPE CRUZ VEGA

HILARIO FIERRO HERNANDEZ

ARNOLDO DE LA LOZA SALDIVAR

JUAN CARLOS ORTEGA SAEZ

I N D I C E

	PAGINA
Presentación Genaro Borrego Estrada	XVII
Introducción Norberto Treviño García Manzo	XXI
CAPITULO I. EL ENTORNO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	1
1. Panorama General Adolfo Aguirre Bayley	2
2. El Entorno Económico de la Seguridad Social en México Enrique González Tiburcio	5
3. El Entorno Sociocultural Lorenzo Rodríguez Gallardo	15
4. El Entorno Demográfico Gustavo Cabrera Acevedo	22
5. El Entorno Político José Chanes Nieto	25
CAPITULO II. LA REFORMA DE LA ADMINISTRACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL.	29
1. Los Nuevos Retos de la Administración Alejandro Bonilla García	30
2. La Modernización Administrativa de la Seguridad Social Juan Manuel Carreras López	36
3. De la Administración Pública a la Gerencia Social Omar Guerrero Orozco	43
CAPITULO III. ECONOMIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL.	55
1. Economía y Seguridad Social. Principios y Objetivos Robert Long Varangot	56

2.	Economía Política de la Seguridad Social Rolando Cordera Campos	58
3.	Economía de la Salud Julio Frenk Mora, Carlos Cruz Rivero	63
4.	Costo Económico de Introducción de Nueva Tecnología en el Sector Salud Onofre Muñoz Hernández, Juan Garduño, Francisco Blanco	68
5.	Los Sistemas de Seguridad Social y la Economía. El Caso del Instituto Mexicano del Seguro Social Agustín Barbabosa Kubli	75
	CAPITULO IV. EL ESTADO Y LA SEGURIDAD SOCIAL.	79
1.	La Reforma del Estado y la Seguridad Social José Chanes Nieto	80
2.	Las Políticas Sociales como Compromiso del Estado Pedro Zorrilla Martínez	88
3.	Modernización de la Seguridad Social Gerardo Ruíz Esparza	90
4.	Evolución del Estado y Seguridad Social Hilda Aburto Muñoz	93
5.	Estado Moderno y Seguridad Social Carlos E. Varela Rueda	96
	CAPITULO V. SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.	99
1.	La Salud en el Contexto de la Seguridad Social. Retos y Perspectivas Norberto Treviño García Manzo	100
2.	Avances y Perspectivas del Sistema Nacional de Salud Enrique Wolpert Barraza	102
3.	Elementos de la Reforma en Salud y Seguridad Social Santiago Lastiri Quiroz	107

4.	Salud, Equidad y Transformación Productiva Rómulo Caballeros Otero	110
5.	El Modelo de Atención a la Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social Alberto Lifshitz Guinzberg	115
6.	Perspectivas de la Salud Laboral en la Seguridad Social Fernando Calderón Ramírez de Aguilar	118
7.	La Salud Reproductiva en la Seguridad Social Mexicana Francisco Alarcón Navarro	123
CAPITULO VI. PRESTACIONES ECONOMICAS Y SOCIALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL.		129
1.	Panorama General Alvaro Carranza Urriolagoitia	130
2.	Los Nuevos Desafíos de la Seguridad Social: Privatización. Competitividad y Libertad de Elección Patricio Merino Scheihing	140
3.	Situación Actual y Perspectivas de las Prestaciones Económicas y Sociales Eduardo González González	144
4.	El Sistema Pensionario Carlos J. Soto Pérez	148
CAPITULO VII. LA AMPLIACION DE LA COBERTURA A GRUPOS DESPROTEGIDOS.		157
1.	Panorama General José Narro Robles	158
2.	Marginación, Seguridad Social y Asistencia Social Enrique Pacheco Alvarez	160
3.	Fundamentos del Programa IMSS-Solidaridad Georgina Velázquez Díaz	163
4.	Atención a la Salud en Poblaciones Marginadas Javier Cabral Soto	166

CAPITULO VIII. LAS EXPERIENCIAS NACIONALES EN SEGURIDAD SOCIAL.	175
1. Papel de la Seguridad Social en la Integración Europea Luis J. Morales Aguilar	176
2. Desarrollos en la Seguridad Social: La Perspectiva Canadiense Edward Tamagno	194
3. La Reforma del Sistema de Salud en los Estados Unidos Michael J. English	201
4. El Caso Chileno Patricio Merino Scheihing	207
5. Salud y Seguridad Social en Suecia Embajada de Suecia en México	217
6. Salud y Seguridad Social en Japón Embajada de Japón en México	223
7. La Seguridad Social en Costa Rica Mario Pacheco Mena	229
8. La Seguridad Social Mexicana. Perspectivas Agustín Barbabosa Kubli	237
9. Tendencias Mundiales de la Seguridad Social Asociación Internacional de la Seguridad Social	255
CAPITULO IX. TEMAS GENERALES DE DEBATE.	259
CAPITULO X. REFLEXIONES GENERALES Norberto Treviño García Manzo, Porfirio Cervantes Pérez, Armando Valle González.	279

PRESENTACION

A 52 años de creada, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (C.I.S.S.) mantiene vivo el espíritu que inspiró su fundación: acercar a las instituciones de seguridad social de América para propiciar la colaboración y el intercambio de conocimientos y experiencias para beneficio de nuestros pueblos.

El propósito mencionado se ha visto fortalecido con la participación histórica de numerosos y destacados especialistas que con sus intervenciones en las múltiples reuniones de cada uno de los órganos de la Conferencia, han sembrado simientes lúcidas y fructíferas que sin duda han alentado logros significativos en la consecución de una meta común: una seguridad social más moderna y más accesible.

Precisamente este fue el objetivo que animó a la Comisión Americana Médico Social a realizar del 18 al 20 de julio pasado, en las instalaciones de la CISS de la ciudad de México, su más reciente reunión internacional: «Opciones para la Reforma de la Seguridad Social», cuyos resultados se recopilan en esta obra que demostró una vez más, la difícil dialéctica a que se enfrentan las instituciones de seguridad social: mayor calidad y cobertura que demanda un número cada vez mayor de derechohabientes, frente a esquemas de financiamiento y de organización cada vez más insuficientes.

El reto es claro: si bien es cierto que la seguridad social resulta inseparable para una sociedad en permanente búsqueda de una mayor justicia y bienestar para su habitantes, también lo es que para preservarla hay que vencer los continuos desafíos de dentro y de fuera; esto es, en un mundo económicamente más interdependiente, las fuentes de financiamiento deben ser razonables para competir comercialmente en los mejores términos posibles, lo cual obliga a las instituciones de seguridad social a emprender el análisis de opciones para reformar estructuras actuales que liberen fuertes cargas de gasto que se destinen a brindar servicios eficientemente, con suficiencia y oportunidad, con calidad y calidez.

Las tesis propuestas en los presentes textos tratan, entre otras cuestiones trascendentes, las perspectivas viables para un desarrollo más eficaz de la medicina social que responda, técnica y económicamente, a innovadores sistemas de atención a la salud para garantizar el derecho que a ella tienen todos los seres humanos. De ahí la importancia de publicarlas con este libro, ya que así podrán servir de referencia permanente para quienes participan en la honrosa tarea de la seguridad social: médicos, enfermeras, trabajadores, empleados administrativos y demás profesionales estudiosos de este tema apasionante, que de esta manera llegará a las sesenta instituciones de seguridad social de los treinta y tres países de América que integran la actual membresía de la CISS.

Deseo expresar el reconocimiento de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y el mío propio a todos los brillantes profesionales que

participaron en la conformación del valioso acervo multidisciplinario que contiene este libro y, en forma especial, a los integrantes de la Comisión Americana Médico Social, que con acierto preside el doctor Norberto Treviño García Manzo, por su contribución decidida al avance de la seguridad social en el continente americano.

Lic. Genaro Borrego Estrada
Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social y
Presidente de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social

INTRODUCCION

La Comisión Americana Médico Social (C.A.M.S.), como uno de los cinco órganos técnicos de apoyo a la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (C.I.S.S.), tiene, dentro de sus principales funciones las siguientes: Asesorar a los otros órganos de la Conferencia y realizar estudios, investigaciones y reuniones técnicas en materia médico social. La Comisión se integra con representantes de los países miembros, se gobierna por una Junta Directiva y organiza sus actividades en Programas de Trabajo cuatrienales. Su presidencia, misma que actualmente recae en el Subdirector General Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social se asigna mediante el voto de los representantes nacionales acreditados. Los vicepresidentes actuales son los representantes de instituciones de seguridad social de Colombia, Bolivia, Costa Rica, Honduras, y el secretario técnico es del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

En el seno de la XXXV Reunión del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y XIX Reunión Ordinaria de la Comisión Americana Médico Social que se llevó a cabo en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil, los días 4 y 5 de noviembre de 1991, se formuló con la participación de la mayoría de los representantes nacionales, la propuesta de Programa de Trabajo de la Comisión para el periodo 1992-1995, que incluyó los siguientes temas: «Desarrollo General y Operación de los Sistemas de Seguridad Social» que fue desahogado en la Reunión de la Subregión I de la C.I.S.S. en la Paz, Bolivia, en julio de 1992; «Desarrollo Estratégico de Recursos Humanos» realizado por la Coordinación de la Subregión II en Costa Rica; «Contención de Costos y Desarrollo Gerencial en las Instituciones de Seguridad Social» analizado en una reunión de la Subregión V en la ciudad de México en julio de 1992, y «Mejoramiento de los Programas de Salud Dirigidos a Grupos Prioritarios», elegido como tema central de la Reunión Subregional llevada a cabo en la ciudad de México en agosto de 1993, donde se incluyeron además por su importancia y actualidad los temas: «Tendencias de la Seguridad Social en los Países en Desarrollo» y «La Seguridad Social Mexicana y el Tratado de Libre Comercio». Las dos últimas reuniones realizadas en la ciudad de México, por la calidad de los ponentes, instituciones representadas y número de los asistentes, constituyeron cursos de gerencia social de alto nivel.

Tomando en consideración la preocupación existente a nivel mundial, pero particularmente en los países en desarrollo, por revisar los Sistemas de Seguridad Social, su relación con la reforma del Estado y la transición de la Administración Pública, así como con los factores cambiantes del entorno político, económico y social, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social organizó, a través de la Comisión Americana Médico Social, una Reunión Internacional para analizar el tema de «Opciones de Reforma de la Seguridad Social». Este evento se llevó a cabo en la ciudad de México en

julio de 1994, con la participación de 168 personas, entre conferencistas y asistentes, procedentes de Canadá, Estados Unidos de América, Costa Rica, Cuba, Chile, Uruguay y México, así como de la Comunidad Económica Europea. Estuvieron representados veinticuatro organismos nacionales e internacionales, relacionados con la Seguridad Social, el Trabajo y la Salud, instituciones educativas superiores, dependencias gubernamentales y medios de comunicación.

En dicha reunión se analizaron los siguientes tópicos: «El Entorno de la Seguridad Social», «La Seguridad Social y la Administración Pública Moderna», «Salud y Seguridad Social», «Economía de la Seguridad Social», «Futuro de las Prestaciones Económicas y Sociales», «La Protección de Seguridad Social para Grupos Marginados», «La Reforma del Estado y la Seguridad Social», así como las experiencias nacionales sobre Seguridad Social y Salud de Canadá, Estados Unidos de América, Comunidad Económica Europea y México.

Considerando las valiosas aportaciones de conferencistas y participantes, la Comisión Americana Médico Social decidió editar la presente obra que incluye ponencias seleccionadas de aquella reunión, y nuevas colaboraciones de autores invitados. Además se seleccionaron y sistematizaron a partir del rico material de los debates, las preguntas y respuestas de mayor contenido y trascendencia. El texto pretende reflejar con la mayor objetividad posible el pluralismo y la diversidad de criterios que prevalecieron en dicho evento. Obviamente, numerosas opiniones no son necesariamente las propias de los autores de este libro.

Esperamos que la obra «Opciones de Reforma de la Seguridad Social», cumpla con el objetivo de servir de punto de referencia para la reflexión y el análisis sobre este aspecto tan relevante de la política social de nuestros países.

Dr. Norberto Treviño García Manzo.

EL ENTORNO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El panorama que contempla la Seguridad Social en el orbe, es ciertamente diferente al entorno de hace apenas unas décadas. Los cambios en los aspectos económicos, políticos y sociales se han sucedido en una forma vertiginosa y han incidido profundamente en las bases conceptuales, financieras y estructurales de la Seguridad Social, colocándola en una encrucijada donde no sólo debe superar los viejos rezagos, sino también analizar con profundidad los cambios actuales para cumplir con éxito su misión en el futuro.

Por tanto, ninguna opción de reforma de la seguridad social será viable si no contempla precisamente las nuevas circunstancias del entorno, y en función de ellas las estrategias para afrontar los nuevos retos y delinear sus perspectivas de desarrollo.

En este primer capítulo se analizan los cambios más importantes acontecidos en el ámbito de la seguridad social y sus posibles repercusiones actuales y futuras.

1. PANORAMA GENERAL

ADOLFO AGUIRRE BAYLEY

ASPECTO ECONOMICO DEL PANORAMA

Desde hace algunos años, la sociedad se ve enfrentada a un constante hostigamiento por parte de concepciones que parecen ver en la Economía un fin en sí misma, olvidando que debe estar al servicio del ser humano.

Se procuró introducir criterios de reforma profunda en las estructuras, habiéndose optado por ajustes radicales que agudizaron aspectos negativos de inmediata repercusión en vastos sectores sociales. Pueden citarse en esa línea, el aumento del desempleo y del sector informal, y la caída de los salarios reales. En ese sentido es oportuno señalar que en 1992 en América Latina el salario mínimo estaba un 40% por debajo del nivel alcanzado en 1980, y la actividad informal absorbía el 52% de la fuerza de trabajo.

Asimismo, la reforma va exigiendo una economía cada vez más desregulada, privatizada y con efectiva reducción de la protección, y hace resurgir una integración regional abierta. La competitividad en el mercado libre demanda mayor productividad, y determina en definitiva la supervivencia de algunos y la desaparición de la mayoría, produciéndose una concentración que hace recaer sus consecuencias desfavorables en los más débiles.

Pero la economía está al servicio del ser humano, y su objetivo tiene que ser lograr un desarrollo social en cuanto atienda a los reconocimientos y exigencias de la población. El mejoramiento de los indicadores macroeconómicos, de por sí no significan mayor bienestar para la comunidad en su conjunto.

La realidad demuestra que el crecimiento por la vía del modelo definido en América Latina, en el corto y mediano plazos provoca un empeoramiento de las condiciones de vida en vastos sectores que encuentran cada vez mayores dificultades para satisfacer sus necesidades básicas. Parece indudable que el mercado libre no puede resolver todos los problemas que acosan a la sociedad.

Por ello algunos organismos financieros internacionales han comenzado a reclamar que se arbitren procedimientos para conciliar el crecimiento económico con un efectivo desarrollo social. Señalan que es imprescindible formular planes que preserven los efectos beneficiosos que pudiesen resultar de las reformas practicadas, y que se realicen ajustes políticos para atender a los reclamos de la población, sin mayores dilaciones. Esa urgencia proviene de comprobar un aumento sustancial en los niveles de pobreza y un creciente descontento popular que comienza a manifestarse mediante formas elementales de inconformidad y protesta social. Sostienen la imperiosa necesidad de consolidar una estabilidad política, por cuanto su debilitamiento amenaza con vulnerar uno de los pilares básicos del proceso reformista que es la seguridad para el inversor.

La implantación del nuevo orden económico que se pretende, requiere en forma inmediata que se complementen los ajustes con programas sociales, dentro de políticas nacionales. Asistimos así al surgimiento del concepto «crecimiento con equidad», el que consiste en lograr un desarrollo cuyos beneficios se distribuyan de manera equitativa. Se concretaría en programas sociales, solventados principalmente por vía tributaria mediante una reformulación del mal denominado «gasto público social». Es decir, con el aporte de toda la comunidad. Debería incluir inversiones en recursos humanos, procurando mejorar los índices de salud y educación.

El cambio introducido en el fuerte, férreo e impenetrable camino de las reformas económicas, si bien resulta de la creciente presión que el descontento provocara en la población, tiene por finalidad obtener un capital financiero que pueda contribuir a sustentar el crecimiento en el mediano y largo plazo. Se trata del «desarrollo sustentable» que garantice la permanencia del nuevo modelo, repensando el rol de la sociedad a esos efectos.

Es evidente que existe preocupación por las consecuencias negativas que provoca el ajuste, y se procura que los programas incluyan reformas de ciertos aspectos sociales en cuanto signifiquen fortalecer y hacer persistir los criterios económicos adoptados.

ROL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Una vez más cabe destacar que las crisis económicas derivan de los modelos seguidos y de su forma de implementación. Ellas conllevan, como lo enseña la historia, la transformación de las herramientas de progreso social en cuanto se adecuan para satisfacer las aspiraciones de la población.

En esta oportunidad, y después de muchos años de dura lucha por establecer un esquema económico determinado, sus impulsores constatan que no pueden prescindir de instrumentos sociales que habían desechado. Es la política adoptada la que crea las condiciones que replantean el rol de la seguridad social. Nuevamente, ante hechos negativos con repercusiones destructivas en amplios segmentos de la comunidad, se busca recurrir a medidas de desarrollo social.

El entorno ha obligado a reclamar la reimplantación y vigencia de elementos relegados en el Estado por entenderse como «no productivos», tales como la atención de la salud y la educación, y respecto de los cuales se recomendaran drásticas reducciones en los recursos asignados. Paradójicamente, resurgen entonces, dentro de los criterios económicos dominantes, aspectos básicos de la seguridad social concebida en sentido amplio.

Hasta hace poco tiempo, era un «gasto» a suprimir. Ahora, una necesidad inevitable para restablecer el equilibrio social que elimine la agitación y asegurar la estabilidad política indispensable para lograr el crecimiento que se transforme en progreso social.

Implícitamente se reconoce que el desarrollo sólo será sustentable en cuanto se logre la inclusión de programas sociales en las políticas nacionales. También se reivindica que sus costos deben afrontarse por el «gasto público», aspecto condenado poco tiempo atrás. La rectificación de rumbo en ese sentido, es altamente plausible y constituye un hecho a destacar, aunque su finalidad pueda ser cuestionable.

Es el momento en el cual la seguridad social debe redefinirse en función de las nuevas circunstancias y de la difícil misión que se le asigna. Queda claro que ya no podrá hablarse de dismantelar las estructuras, sino de adaptarlas convenientemente. La historia vuelve a repetirse. Frente a la insuficiencia del hombre para satisfacer sus necesidades básicas, ante los efectos negativos para la mayoría de modelos económicos adaptados, se recurre a la seguridad social aunque en forma disimulada.

La teoría resultó insuficiente para resolver los problemas sociales que con crudeza plantea la realidad, y que traen aparejada intranquilidad e inseguridades. La estabilidad política es esencial para el inversionista.

Se reclama atención de aspectos de salud y educación en forma prioritaria, para lograr el desarrollo sustentable a mediano y largo plazo. Posteriormente deberá admitirse que otras consecuencias del ajuste económico, también demandarán preferente solución.

El bienestar social se obtendrá con el aporte de todos, y por tanto los recursos para ellos nuevamente se buscarán en la comunidad. Para superar los problemas, se recurre al Estado al que se había marginado de su rol esencial.

CONCLUSION

El panorama actual de la situación en América Latina determina el resurgimiento de la seguridad social como instrumento que palia las consecuencias negativas de la reforma económica, destacando su papel gravitante en la estabilidad política y en el progreso de la población. El «crecimiento con equidad» reclama programas sociales que obligan a reforzar las soluciones que brinda la seguridad social en varios campos. La coyuntura exige reformularla en forma adecuada a las actuales circunstancias, teniendo en cuenta sus nuevas finalidades y recogiendo la experiencia de lo acontecido en el pasado reciente. Es necesario afianzarla como mecanismo de desarrollo, para lo cual se requiere el esfuerzo de todos.

Equipos multidisciplinarios podrán lograrlo en corto plazo, si desde ya se inician los trabajos con confianza y optimismo en que finalmente alcanzaremos el bienestar de todos por la convicción de todos.

2. EL ENTORNO ECONOMICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO

ENRIQUE GONZALEZ TIBURCIO

ESCENARIO DE LA POLITICA DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL PERIODO 1940 -1980

Durante más de cuarenta años la sociedad mexicana vivió una situación de elevado crecimiento económico y estabilidad basada en la estrategia de industrialización. El papel del Estado fue muy importante para generar las condiciones de crecimiento económico y de bienestar social.

Sin embargo, la estrategia de industrialización alentó un proceso de urbanización acelerada, generando nuevos grupos sociales que, frente a los límites impuestos por la existencia de un mercado nacional protegido, que no alentó la competencia y la innovación tecnológica, quedaban al margen de la dinámica económica y, por lo mismo, no se identificaban con las organizaciones sociales existentes, delineando movimientos sociales con demandas y formas de gestión distintas.

Ambito económico

Se apoyó a la naciente industria mediante una política proteccionista frente al exterior, a través de la aplicación de aranceles y elevadas tarifas a la importación, lo que garantizaba su desarrollo y consolidación en el mercado nacional.

El Estado era crecientemente intervencionista en la actividad económica, a fin de garantizar el crecimiento económico, a través de grandes inversiones públicas en áreas en las que la iniciativa privada dejaba de operar o que consideraban de alto riesgo.

El motor del crecimiento estaba determinado por el mercado interno, y por lo tanto de la capacidad de demanda de la población, ya que se trataba de una economía protegida. El proceso de industrialización se basaba en la sustitución de importaciones, lo que constituía un esquema de desarrollo hacia adentro.

La creciente industrialización ocasionó un importante movimiento de la población de las áreas rurales a las urbanas, lo que originó un crecimiento acelerado de las ciudades, principalmente de la ciudad de México.

Seguridad Social

Se creó un esquema de seguridad social para la población trabajadora que derivó en una infraestructura institucional (IMSS en 1943 e ISSSTE en 1959). La cobertura de seguridad social se otorgaba al empleo permanente y

formal de las áreas urbanas, sin que tuviera acceso la población ubicada en pequeñas comunidades.

Este patrón de seguridad social benefició a amplios grupos que conformaban las zonas urbano-industriales. Sin embargo, si bien respondió a exigencias de una mayor participación de este grupo en la producción y en la riqueza, se mantenía intacto el carácter corporativo en que se sustentaba el esquema.

AJUSTE Y CAMBIO ESTRUCTURAL EN LOS OCHENTA Y LA TRANSICION A UN NUEVO ESQUEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

La década de los ochenta fue un periodo en el que se concretaron grandes cambios en el escenario mundial. En efecto, el proceso de internacionalización de los mercados financieros tiende a consolidarse, la globalización de los mercados y un acelerado cambio tecnológico, alteraron las formas y métodos de producir. En este contexto, se acentuó la competencia y los países más industrializados buscan aprovechar economías de escala a través de la integración de bloques económicos regionales.

Frente a ello, se reformó al Estado, impulsando un proceso de transformación mediante una serie de medidas dirigidas a cambiar el pacto político, a modificar la economía y la sociedad.

Ambito económico

Se pasó de una economía protegida hacia una economía abierta, sustentada por una mayor productividad, eficiencia y competitividad en los mercados. Ello supone un proceso de modernización del aparato productivo, de una mayor capacitación y de la incorporación de nueva tecnología.

Se redefinió el papel del Estado en las actividades económicas. Se llevó a cabo un proceso de desincorporación de empresas no estratégicas ni prioritarias, con lo que se liberó gasto público y se obtuvieron ingresos. Ello permitió aliviar parte del peso de la deuda externa y canalizar más recursos a los programas de bienestar social.

En los últimos cinco años se ha observado un proceso de estabilización económica basada en la corrección de los desequilibrios que afectaban el buen funcionamiento de la economía. Los resultados más importantes se resumen en: finanzas públicas sanas, control de la inflación y crecimiento económico.

Inflación

En 1987 el crecimiento vertiginoso de los precios alcanzó casi 160% anual, en cambio, en 1993, la inflación fue de sólo 8%.

Actividad económica

Entre 1988 y 1993 el Producto Interno Bruto creció en términos reales 2.9% en promedio anual.

Finanzas públicas

Se pasó de un déficit de casi 13% del Producto Interno Bruto en 1988, a finanzas superavitarias desde 1992 y para 1994 se espera un presupuesto balanceado.

Deuda

En 1989, el gobierno mexicano logró una exitosa reestructuración de la deuda pública externa. En 1988 la deuda pública externa representó el 47% del PIB, para 1993 significó el 19% de la producción nacional. Por su parte, la deuda interna del gobierno pasó del 28% del PIB en 1988, al 11% en 1993. Esta reducción fue posible principalmente por la desincorporación de empresas públicas no estratégicas ni prioritarias, ya que de 1,155 entidades públicas en diciembre de 1982, se contaba con 209 en abril de 1994.

Sector financiero

El proceso de apertura financiera continúa con la creación y entrada de nuevos bancos del país: En 1988 había un total de 19 bancos, en 1993 eran 30 y para finales de 1994 serán más de 50. Asimismo, el número de uniones de crédito se ha más que duplicado; durante la presente administración se han autorizado más de 300 instituciones financieras de otro tipo como casas de bolsa, aseguradoras, arrendadoras y casas de cambio. Ello tiende a reducir los créditos por la mayor competencia.

Desregulación

Se han eliminado trámites y se ha establecido un nuevo marco normativo, entre los que resaltan: la expedición de la Ley Federal de Puertos, y la expedición de la Ley Federal de Competencia Económica, destinada a combatir las prácticas monopólicas.

Empleo y salarios reales

Paralelamente a la estabilización de los precios y la reestructuración del aparato productivo nacional. El número de asegurados permanentes asalariados en el IMSS, creció 29% entre 1988 y 1993. Asimismo, los salarios reales han comenzado a recuperarse. Entre 1988 y 1993 las remuneraciones reales de la industria manufacturera aumentaron 36% y en el sector comercial 44%. La

productividad por trabajador en el sector manufacturero aumentó 29% y 27% en el sector comercial.

Esquema de seguridad social

El periodo de los setenta y principios de los ochenta evidenció rezagos sociales en amplios sectores de la población que no pertenecían al sector formal de la economía y que por lo tanto se les marginó de los beneficios del esquema de seguridad social.

«La década de los ochenta es testigo de un paulatino desgaste de las tradicionales políticas de bienestar social. Este deterioro se expresa en el ámbito económico a partir de una menor dinámica del empleo, en bajo gasto social y en la pérdida acentuada del poder adquisitivo del salario a partir de 1982. La base material de esa política de bienestar se viene abajo con la crisis de la deuda externa. Como consecuencia de ello, en el ámbito político el modelo de bienestar social basado en el esquema corporativo también da claras muestras de fatiga».⁽¹⁾

NUEVAS RELACIONES ECONOMICAS, DE POLITICA, DE SEGURIDAD SOCIAL Y DEL MERCADO LABORAL

Las transformaciones registradas en los últimos años, han modificado la forma de producir, las relaciones entre los actores sociales, el papel del Estado frente a la sociedad, los instrumentos para resolver los problemas, y en general, la manera de actuar de la sociedad en un escenario con mayor interdependencia y sistemas de comunicación. Se han creado nuevas bases de comportamiento de las instituciones y nuevos instrumentos para enfrentar distintas situaciones.

Ambito económico

En las actuales circunstancias, para mejorar las condiciones económicas y sociales es preciso consolidar las reformas emprendidas y lograr los siguientes objetivos:

1. El crecimiento de la economía a niveles superiores al incremento de la población, para que sea capaz de generar empleos mínimos para la población que se incorpora al mercado de trabajo. Para lograrlo, es necesario que la iniciativa privada invierta productivamente sobre nuevas bases, aterrizando la reforma microeconómica.
2. Recuperar la estabilidad macroeconómica perdida en el primer semestre del año de 1994, mediante el manejo cuidadoso de los instrumentos de política económica, aprovechando los beneficios de la apertura externa.
3. Impulsar una economía que esté sustentada en una mayor productividad, eficiencia y competitividad; pero que sea incluyente, es decir, que haga

partícipe de sus beneficios a los trabajadores mediante distintos esquemas como, incentivos a la productividad, capacitación, incentivos de dinero, especie o en recreación, y reconocimientos, entre otros.

Seguridad social

Necesariamente las transformaciones económicas repercuten en las relaciones y condiciones sociales de la población, por lo que se precisa modificar el sistema de seguridad social. Los principales retos que se deben resolver son:

En el corto plazo, la incorporación de nueva tecnología genera desempleo, por la automatización y sistematización de procesos. Frente a ello, es necesario crear puestos de trabajo alternativos o capacitar al trabajador para incorporarlo en otra etapa de la cadena productiva.

Aumento de los trabajadores ubicados en la economía informal. Para evitar esta tendencia es necesario que se generen nuevos empleos productivos bien remunerados, a fin de que el propio trabajador decida abandonar actividades no productivas.

La política de seguridad social en el contexto de la globalización

El nuevo escenario de globalización en el que nos encontramos, representa oportunidades, pero también retos que se deben asimilar y resolver. Trae repercusiones sobre la economía, la política y sobre la seguridad social.

A partir de la integración de la región de libre comercio en Norteamérica, las asimetrías en términos de bienestar social, son cada vez mayores. En este sentido, existen importantes diferencias que nos muestran un México con condiciones de vida heterogéneas, de millones de personas que viven por debajo de la línea de pobreza. Es necesario reducir las asimetrías, mejorando en el mediano plazo, los niveles de bienestar.

Al respecto, en un estudio publicado recientemente sobre los sistemas de bienestar⁽²⁾ se señala que la discusión sobre seguridad social debe considerar:

- Un diagnóstico de la situación del bienestar social entre los países socios.
- Recoger las demandas de la sociedad para llegar a una agenda de discusión sobre bienestar social animada por la idea básica de que es necesario entrar a un proceso de reformas institucionales que garanticen niveles de bienestar social adecuadas para toda la población a lo largo del ciclo de vida, combinados con una estructura productiva eficiente y competitiva a nivel nacional.
- Establecer un sistema con mecanismos de compensación que complementen los bajos ingresos, con una visión de hacer efectivos los derechos específicos, consagradas en la legislación mexicana y en la práctica de la política social.
- El bienestar social debe apoyarse en un subsistema de transferencias directas y transparentes para la población pobre.

- Establecer una norma operativa a partir de la situación social de las familias mexicanas para compensar su ingreso insuficiente.
- También se deben crear programas que ataquen las diferencias entre regiones.

Reforma laboral

En el marco del proceso de globalización y de apertura comercial, se necesita promover una mayor movilidad de la fuerza de trabajo para garantizar mayor flexibilidad laboral, pero protegiendo sus derechos e ingresos. Esto posiblemente llevaría a modificar la legislación laboral. Incluso, algunos han propuesto establecer un seguro para el desempleo temporal, acompañado de programas de capacitación.

Márquez Padilla propone impulsar una reforma laboral, que incorpore lo siguiente⁽³⁾:

- Establecimiento de un salario mínimo legal que propicie el aprovechamiento de la economía de escala y las innovaciones tecnológicas.
- La creación de instituciones para incrementar la confianza entre empresas y trabajadores y así, lograr niveles de competitividad que posibiliten una inserción eficiente de nuestra economía en el mercado internacional.
- La creación de instituciones que faciliten la libre movilidad entre empresas de los trabajadores no calificados o con calificaciones generales, para que puedan aprovechar las mejores oportunidades de empleo.
- Satisfacer desde el Estado las necesidades básicas del ciudadano, como forma de promover la igualdad, hacer más eficiente el funcionamiento del mercado de trabajo y enfrentar los problemas sociales de los ocupados en la economía informal.
- Apoyar el desarrollo de trabajos no remunerados de tipo comunitario y ampliar las posibilidades de educación y capacitación.

DEMOGRAFIA Y DESARROLLO REGIONAL

La evolución demográfica ha mostrado una tendencia decreciente en los últimos veinticinco años, de 3.2% en 1970 a 1.8% en 1994; pasando de una población de 50.6 a 89.6 millones de personas. Así, mientras hace veinte años casi la mitad de la población eran niños menores de quince años, actualmente 6 de cada 10 habitantes está en edad de trabajar, es decir, conforman la población económicamente activa (cuadro 1).

CUADRO N° 1

POBLACION POR GRANDES GRUPOS DE EDAD

	1970	1980	1994 e/
< de 15 años	46.1%	44.4%	36.1%
15 a 64 años	50.2%	51.5%	59.7%
> de 65 años	3.7%	4.1%	4.2%
TOTAL	50.6 MILLONES	66.8 MILLONES	89.6 MILLONES

FUENTE: CONAPO, 1994.

Este cambio en el dinamismo y la estructura de la población ha significado, que mientras en los años 70 y 80 se ejerció una demanda creciente para cubrir las necesidades de salud y educación infantil, actualmente se presenta una mayor presión para generar empleos, en razón a que debe incorporarse la creciente población en edad de trabajar a los procesos productivos. Debe tomarse en cuenta que la edad promedio de la población es hoy de 21.6 años.

La actual situación demográfica de nuestro país enfrenta un gran reto, pero al mismo tiempo constituye una gran oportunidad para mejorar su situación socioeconómica:

El reto, es generar los empleos necesarios para atender la población que se incorpora al mercado laboral, mediante un crecimiento económico tal, que sea capaz de absorber anualmente por lo menos un millón de nuevos trabajadores. Además, se debe atender la demanda adicional de seguridad social. Para ello, es preciso instrumentar una política económica integral que contemple la participación de toda la sociedad, que invierta, que capacite y adiestre a los trabajadores, pero sobre todo, que impulse una educación vinculada a los requerimientos de los nuevos procesos productivos.

La oportunidad, está en el pleno aprovechamiento del potencial humano en edad productiva, lo cual permitiría no sólo el despegue económico sino también el desarrollo integral de la población, mejorando su nivel de ingreso, sus condiciones de vida y en general, elevando el bienestar de la sociedad.

Distribución espacial y desarrollo regional

Otro de los problemas que hoy en día se tienen que atender es la distribución espacial de la población en el territorio nacional, con sus respectivos efectos económicos, sociales y políticos.

Por un lado, la excesiva concentración de gran parte de la población en el centro y norte del país (Ciudad de México, Guadalajara, Monterrey, Puebla, Tijuana y Ciudad Juárez); y por otro, la gran dispersión de la

población en extensas superficies del territorio. Esta situación ha provocado una desigual distribución de los recursos y del acceso a beneficios, y generado contradicciones en la organización económica y social entre las distintas regiones.

Esta urbanización del país es clara si observamos que en 1970, cuatro de cada diez habitantes vivía en alguna ciudad; actualmente seis de cada diez viven en el área urbana. En 1990 sólo el Estado de México y el Distrito Federal concentraban el 22% de la población total.

La política demográfica impulsa la desconcentración de las grandes ciudades, a través de la aplicación de políticas regionales que propician la generación de ciudades intermedias, con características tales que permitan crear nuevos empleos y al mismo tiempo aprovechar el potencial de desarrollo económico y los recursos naturales disponibles localmente para su explotación racional.

En el quinquenio 1985-1990 los flujos migratorios están cambiando de dirección, del centro hacia la periferia; de las grandes ciudades hacia las ciudades medias, cuyo dinamismo económico, les ha permitido absorber mayor población. Esta tendencia deberá reforzarse para aliviar a las grandes metrópolis del enorme gasto que significa atender las demandas crecientes de la población.

Perspectivas

La población de México en el ocaso del siglo XX e inicio del próximo milenio si bien seguirá aumentando, lo hará a un menor ritmo, por lo que gradualmente irá envejeciendo. Ello significa que el peso socioeconómico para las personas que trabajan, de sostener a las personas muy jóvenes y a las que están en edad de retiro, será proporcionalmente menor. (Cuadro N° 2).

CUADRO N° 2

INDICADOR / AÑO	2000 e/	2010 e/
Población total de México	98.9	112.9
Tasa de crecimiento de la población	1.5%	1.2%
Edad promedio de la población mexicana	23.3%	27.0
Población de 0-14 años (% total)	33.2%	28.4%
Población de 15-64 años (% total)	62.1%	65.6%
Población de 65 años y más (% total)	4.7%	5.9%
Ciudades entre 100 mil y un millón hab. (% de la población total)	39%	44%
Población urbana (% de población total)	66%	71%

FUENTE: CONAPO, 1994.

El mayor reto será dotar de empleo a la población en edad de trabajar, y procurar una mayor seguridad social a la población de más de 65 años que será proporcionalmente mayor en los próximos años.

LOS DESAFIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO

Las actuales condiciones caracterizadas por vertiginosos avances en la ciencia, la tecnología y la investigación, por la intercomunicación mundial y por la globalización de las relaciones comerciales, financieras y políticas, surgen planteamientos y problemas que obligan a renovar las acciones de la política, la economía y la seguridad social.

México enfrenta enormes retos en materia de seguridad social, derivados del crecimiento demográfico, de la estructura poblacional, y de las características laborales, de empleo, salariales y educativa. Las condiciones laborales presentan nuevos riesgos para la salud y el bienestar de los trabajadores, que son distintos a los que antes se tenían. La sociedad, por su parte, cuenta con un mayor nivel de conciencia y de participación política, lo que le permite exigir un mejor trato y atención, a sus empleadores y a las dependencias y organizaciones de la administración pública.

Los servicios de atención a la salud constituyen la parte fundamental del sistema de seguridad social de la población mexicana. No obstante, aún

existen deficiencias y rezagos que obligan a transformar el modelo e instrumentar un esquema que sea flexible e integral; que promueva la calidad y la productividad; que limite el incremento de los costos y haga uso óptimo de los recursos disponibles.

Retos de la política de seguridad social

Los esquemas de los servicios, prestaciones y la propia cobertura de las instituciones de seguridad social deben transformarse y redefinirse, adecuándose a los cambios en las relaciones laborales, tendientes a establecer un modelo de atención integral.

La seguridad social debe concebirse como un elemento redistribuidor de la riqueza, como factor de justicia social y como mecanismo de solidaridad y concertación entre los diversos sectores de la sociedad.

Condiciones para la seguridad social

Contar con un marco jurídico y normativo que responda de mejor manera al entorno político, económico y social.

Establecer un sistema de planeación participativa que se realice a partir de una clara definición de objetivos, que haga posible una adecuada y oportuna asignación de los recursos.

Utilizar óptimamente sus recursos e instrumentar mecanismos que permitan contar con la opinión de los usuarios.

Contar con sistemas de comunicación que orienten e informen adecuadamente a la sociedad, y otorgar servicios oportunos cada vez con mayor calidad.

REFERENCIAS

1. Cordera C.R., González T.E., «Economía política y seguridad social en México: una aproximación». La seguridad social y el Estado Moderno. México, IMSS, ISSSTE, FCE, 1992,:204.
2. Ruíz D., Carrasco L., Provencio D., «*Sistemas de Bienestar en Norteamérica. Análisis comparado*». México, SEDESOL, El Nacional, 1994.
3. Márquez P.C., «*La reforma laboral en un mundo globalizado*». Mimeo, marzo 1994.

3. EL ENTORNO SOCIOCULTURAL

LORENZO RODRIGUEZ GALLARDO

En el mundo contemporáneo ha surgido una serie de transformaciones que han mellado el ideal de igualdad proclamado hace 200 años por la Revolución Francesa, ya que el acceso a los servicios básicos considerados en la Declaración de los Derechos del hombre y del Ciudadano, entre ellos la seguridad social, es parcial y discriminatorio.

En las décadas de los 50 y 60, se buscó por todos los medios como única vía para el desarrollo, el incremento en el ritmo de crecimiento de la producción por habitante, se pensó —y los gobernantes de algunos países lo siguen pensando—, que elevar la productividad traería el progreso y acabaría con la pobreza. A finales de 1960 este enfoque fue puesto en tela de duda dado que no se había logrado la producción de empleos que se esperaba y los efectos del desarrollismo no llegaban a grandes grupos de población que por el contrario empobrecían cada vez más. Tal parecía que estaban empeñados en seguir desarrollando el subdesarrollo¹ según palabras de Dumont y Mottin. En la segunda mitad del decenio de 1970 la satisfacción de las necesidades esenciales cobró importancia en las ideas de moda sobre el desarrollo.

En una sociedad cambiante, aumentar la producción sólo tiene por objeto aumentar el consumo, el cual es un medio de conseguir la felicidad sintética imaginada por Huxley² en su Mundo Feliz. El consumismo tienta a la humanidad a elegir los bienes materiales sobre los valores morales y excluye a la seguridad social del catálogo de bienes de acceso generalizado. Para Havel,³ es la cúspide de la desintegración moral de la civilización moderna, que ha llevado al mundo a «vivir en la mentira», por lo que propone como alternativa «vivir en la verdad» mediante una dimensión existencial que contemple la libre expresión del ser, un elemento que revele la realidad, una dimensión moral y una dimensión política.

En el análisis del entorno sociocultural de la seguridad social, se reconoce que la visión de sociedades y gobiernos que buscaban mantener el orden, se ha desgastado por efecto de la entropía. En su negativa a la uniformidad, se rompieron muros, se crearon nuevas fronteras con viejos nacionalismos y hay casos en que las pugnas religiosas y étnicas siguen destruyendo el pasado material que se había construido. Hubo algunas en las que se alcanzó el orden, pagando con la inhibición del espíritu, el endurecimiento del corazón y la devastación de la vida. Todavía hoy, en un mundo cambiante tiene vigencia la advertencia de Havel: «no sabemos poner la moral sobre la política, la ciencia y la economía. Todavía no somos capaces de entender que la única espina dorsal verídica de nuestra obra -si ésta debe ser moral- es la responsabilidad»⁴.

El mundo contemporáneo atestigua como una de las mayores paradojas de la transición, la coexistencia de estados que han logrado la seguridad social total, como Suecia, Canadá, Suiza y Japón, con otros países en los que ni siquiera existe la total seguridad de estar muerto al ser enterrado, como en el caso de los refugiados de Ruanda en Zaire.

Otra de las paradojas es el fenómeno de la globalización económica frente a la particularización sociocultural, el derecho que algunos pueblos quieren ejercer para conservar su identidad cultural. Entre algunos ejemplos de lo anterior son las nuevas formas de racismo en Alemania; la guerra civil en la Ex-Yugoslavia; y los conflictos tribales y genocidas de Africa. En la reunión del Instituto Internacional de Ciencias Administrativas, en Toluca, México en 1993, algunos participantes del continente africano mencionaron que ciertas tribus prefieren internarse en la selva antes que acceder a incorporarse al mundo civilizado que propugnan sus gobiernos; y en América frente a la globalización comercial que utiliza sofisticada tecnología, existe entre grupos indígenas el trueque como forma ancestral de comercio.

Los indicadores económicos no fueron suficientes para cuantificar los cambios socioculturales del mundo, en consecuencia, en 1990 se estableció por expertos de las Naciones Unidas, una nueva forma de medir el progreso, el Índice de Desarrollo Humano, que correlaciona variables económicas, con variables sociales y culturales, (Ingreso per cápita, esperanza de vida y educación). En el informe respectivo de 1993, se hizo hincapié en que el verdadero objetivo del desarrollo «debería ser, ampliar las opciones del público»⁵.

La visión optimista del cambio social, considera a los ciudadanos como sujetos participativos, responsables y dispuestos a construir su destino. La participación social ha sido definida por Tomis⁶ como un derecho humano y una necesidad apremiante del cambio: «la necesidad de participar en el desarrollo es sinónimo de reconocer el derecho que posee todo ciudadano, en su doble calidad de individuo y de miembro de grupos de interés». Esto también significa que la sociedad le garantice a los ciudadanos, simultáneamente dos cosas: primero la existencia de canales institucionales que le permitan intervenir en las decisiones y acciones que afectan sus condiciones sociales, y segundo, el acceso a los medios y recursos indispensables para aprovechar plenamente tales oportunidades institucionales.

Mills⁷ no es tan optimista y establece una clara separación entre público y masas como explicación de la acción social. En el primer caso existe intercambio de opiniones entre las personas y sectores sociales con la autoridad y entre estos mismos; en consecuencia se derivan acciones. El hombre que pertenece al público es un individuo consciente que convierte sus preocupaciones personales en cuestiones sociales, desafortunadamente este tipo de individuo parece ser minoritario. Por el contrario, en una sociedad de masas, la realidad de los demás no puede manifestarse, no se puede trascender de lo rutinario ni expresar preocupaciones personales, el individuo pierde su

independencia y su deseo de ser independiente. Los signos característicos de este tipo de sociedad son: la inseguridad y la desorientación.

El público por su parte, se ha organizado para defender sus causas, la tendencia tradicional de canalizar sus demandas en la agenda de los partidos políticos está quedando en el pasado por la ineficacia de éstos para su resolución; su capacidad resolutoria y de convocatoria pierde terreno cada día. En su lugar, parece tomar vigencia la propuesta de Havel en el sentido de crear: «Partidos No Políticos»⁸. En todo el mundo han surgido organizaciones civiles con fines diversos como un signo de la dinámica social de las naciones, han tomado el nombre de organizaciones no gubernamentales. Aunque algunas vertientes de su acción tienen mucho que ver con la acción gubernamental o los servicios públicos, no son parte del gobierno.

En la XLVI Conferencia Anual para Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) organizada por la ONU, Boutros-Ghali⁹, señaló varias de las virtudes de estas organizaciones, entre ellas sus estructuras más flexibles e informales, su acceso a fondos privados, su habilidad para superar los obstáculos burocráticos y su personal sumamente motivado. Aclaró, que, sin embargo «... estas organizaciones pueden complementar, pero no pueden reemplazar las actividades de los gobiernos. Las ONGs tienen un impacto considerable, pero una escala de operaciones limitadas. Alcanzan a sólo un 20% de los 1,300 millones de personas que viven en absoluta pobreza en países del tercer mundo...».

La pobreza se ha convertido en otro signo del cambio social del mundo. Es tal la magnitud del fenómeno que en el seno de la ONU se ha hecho el planteamiento de una Cumbre Mundial para el Desarrollo Social, que parte del reconocimiento de que «durante la guerra fría la confrontación ideológica marcó el debate en lo económico social. Sin la guerra fría, al tranquilizar la bomba nuclear, los hechos nos hacen ver que hay una bomba social que crece y crece. La principal tensión que tenemos es el desempleo y otras formas de desintegración social como la pobreza»¹⁰.

El Informe sobre Desarrollo Humano 1993, de la ONU¹¹, concluye entre otras cosas- que: no existe un vínculo automático entre ingreso y desarrollo humano. Llama particularmente la atención, que en ningún país del mundo por mayor o menor avance que haya logrado, se observe la igualdad en el trato a las mujeres. Existe una ancestral discriminación contra el sexo femenino.

El desarrollo humano en los países del tercer mundo, enfrenta como problemática vigente, 800 millones de personas sin alimentos suficientes, 1,300 millones de pobres y 35 millones de refugiados o desplazados por conflictos internos en 60 países.

Los países industrializados, enfrentan el costo de atender a 2 millones de enfermos de SIDA, 100 millones que viven por debajo del umbral de pobreza, más del 5% de hogares monoparentales, un número de divorcios

que equivale a una tercera parte de los matrimonios y tasas de 15 suicidios, 15 muertes por accidentes en carretera y más de 100 delitos relacionados con el uso de drogas, por cada 100 mil habitantes.

En el Informe sobre Desarrollo Humano 1994¹², se enfatiza el objetivo de colocar al ser humano en el centro de las preocupaciones sociales y de las políticas públicas. Frente a la violencia que prevalece en el mundo, se propone ubicar el desarrollo social en términos de seguridad, que para los expertos de la ONU, tiene dos componentes esenciales: seguridad contra amenazas crónicas como el hambre, la enfermedad y la represión y; protección contra alteraciones súbitas y dolorosas de la vida cotidiana.

La situación de América Latina es una historia común de explotación e injusticia «banalmente cotidiana que relata la marginalidad sistemática de decenas de millones de personas, que permanecen excluidas de su propia historia. Estos damnificados no llaman mucho la atención salvo cuando la prensa los califica como terroristas»¹³. La experiencia latinoamericana destaca que los grupos más directamente afectados por la pobreza son los indígenas, el sector tradicional rural y el sector informal urbano.

El narcotráfico es un asunto prioritario en la agenda de cambio sociocultural en América Latina en que las opciones de seguridad social no puede tener una participación directa. Para los gobiernos es un asunto de seguridad nacional y para muchas comunidades de difícil acceso geográfico y marginadas de los servicios sociales, el cultivo de estupefacientes es su principal fuente de ingreso económico.

Los trabajadores migrantes, fenómeno social que va en aumento en todo el mundo, han quedado por lo general al margen de la seguridad social. Un caso especial es el de la Comunidad Económica Europea, en donde cualquier ciudadano de los 12 países que la integran, goza de ella dentro de la comunidad en el país en que se encuentre. Sin embargo los trabajadores migrantes de países árabes principalmente, no tienen derecho a este tipo de servicios. En Latinoamérica la situación escapa del control de las autoridades porque la necesidad de trabajo y el deseo de mejorar sus niveles de vida, hace que los migrantes desarrollen formas legales e ilegales de ingreso a países como Canadá y los Estados Unidos de América, quedando en la mayoría de los casos, sin cobertura de seguridad social.

Recientemente, Osorio¹⁴ ha definido el proceso de cambios de América Latina como la recreación de América y en él se incluye la urbanización y concentración poblacional, que han hecho de las ciudades los puntos clave de los conflictos sociales y políticos; una mayor presencia social y política de los jóvenes que reclaman 50 millones de empleos y oportunidades educativas; la terciarización de la fuerza de trabajo que pasó de 21.7 millones de personas que en 1960 trabajaban en el sector servicios, a 51.8 millones en 1980.

El entorno sociocultural en el que se desenvuelve la seguridad social mexicana está marcado por el cambio. Desde 1988, Aguilar Camín¹⁵, ha señalado

la transformación del Estado mexicano, de acuerdo con ocho tendencias que la resumen; cuatro son de orden superestructural en tanto que aluden a las transformaciones del sistema de dominación política; las otras cuatro son de orden estructural, en tanto se refieren a cambios más lentos que implican tránsitos civilizatorios de más amplio horizonte histórico: El tránsito definitivo de un país rural a uno urbano; el ingreso a una fase de integración mundial; reconcentración de la desigualdad y la constitución de un pueblo nuevo —una nueva mayoría nacional, social, mental, política— que suple, aunque en parte repite a la anterior.

En México, la dispersión geográfica de la población rural se constituye como una limitante para el otorgamiento de servicios de salud y seguridad social, esta situación presenta dificultades socioculturales para revertirse. En opinión de Luis González y González¹⁶, los mexicanos son habitantes de tres círculos concéntricos: la familia, el terruño y la nación mexicana. Por lo general se sienten muy a gusto dentro de la cápsula de la familia tradicional, pero lo que realmente hace que México sobreviva y avance es el matriotismo: el apego a veces morboso a la patria chica, la patria. Comparativamente, el patriotismo de los mexicanos, es flojo y se manifiesta como una actividad nacionalista cautelosa. «El nacionalismo mexicano es un tanto aguado y tibio, pero el matriotismo goza de cabal salud».

La reforma de la seguridad en México es también parte de la reforma del Estado en dos de sus tres componentes (territorio, población y gobierno). Es un proceso de cambio social y cultural en donde cada uno tiene una tarea y una misión por cumplir. El Secretario de Desarrollo Social de México en 1992¹⁷, Luis Donaldo Colosio, expresaba de la siguiente manera la responsabilidad y participación de los sectores público y privado para la construcción y fortalecimiento del Estado:

Un gobierno responsable es, ante todo un gobierno que hace cumplir la ley, eficaz en la gestión de los servicios públicos (entre ellos la seguridad social); un gobierno que tiene definidos los criterios del desarrollo; que tiene claras y respeta las competencias federales, la capacidad de los gobiernos estatales y la autonomía municipal; un gobierno que se muestra sensible a la naturaleza plural y regional de nuestro país.

Al hablar de la responsabilidad que compete a la sociedad, mencionó por separado a dos protagonistas esenciales: los partidos y los individuos. Una sociedad es responsable en la observancia de la ley; es la sociedad que propicia empresas eficientes, ahorro, y productividad en el trabajo; aquella que cifra sus expectativas de progreso en la calidad e intensidad de su esfuerzo. Partidos políticos responsables son aquellos que tienen la capacidad para integrar y representar los intereses diferenciados de la sociedad. Son aquellos que ejercen la democracia como un fin en sí mismo y un bien público. Individuos responsables son los que desarrollan su capacidad para enfrentar sus problemas y los de su familia, darles solución, decidir su destino. Promueven sus intereses y los concilian con los de la sociedad; en el ejercicio de una ética de la libertad y la justicia, asumen

plenamente su condición de ciudadanos. Por lo cual se debe señalar, que el fortalecimiento de la seguridad social requiere un cambio cultural en las actitudes de los ciudadanos y una mayor participación de los sectores sociales, no sólo del gobierno.

Especial atención merecen en las actuales circunstancias sociales de nuestro país, los grupos indígenas, un asunto que por cerca de 500 años se ha mantenido en niveles de prioridad gubernamental secundaria. En 1986, se publicó un decreto en el que se establecían mecanismos de participación de las comunidades indígenas¹⁸ en la elaboración, aplicación y evaluación de la política indigenista. En el presente sexenio se adicionó un párrafo al artículo 4º constitucional en el que se reconoce la composición pluricultural de la nación y el respeto a las etnias del país. Sin embargo los grupos indígenas constituyen un asunto de gran complejidad en materia de seguridad social, porque exigen respeto y libertad, no caridad, piden autonomía en sus formas de gobierno, en la elección de sus gobernantes y en sus formas de impartición de justicia. Si durante muchos años lograron una vida ecológica en la que armonizaban con su entorno, nacían, vivían y morían de acuerdo a sus posibilidades, cabe preguntarse si ellos quieren la salud y seguridad social de la civilización moderna. Por el contrario, tal parece que la modernización les fue impuesta, su ambiente fue alterado con un proyecto ajeno caracterizado por la explotación y la injusticia. Nadie hasta hoy parece haberles tomado parecer en cuanto a incorporarlos a la vida moderna por lo que respondieron con violencia en los inicios de 1994 como lo habían hecho en otras épocas y lugares de México.

Finalmente, se debe reconocer que el desarrollo humano como proceso por el cual se amplían las oportunidades del ser humano, se refiere no solamente a la satisfacción de necesidades básicas, sino también al proceso dinámico de participación...

Villarreal¹⁹ postula que se trata de construir efectivamente una ética de la acción social integral que pueda articular propuestas sociales, partiendo de los sujetos concretos y con la participación de técnicos capaces, sabiendo combinar equidad, eficiencia, eficacia, calidad e información para resolver los problemas sociales reales de una sociedad conflictiva.

Una nueva forma de participar en el desarrollo y evolución sociocultural para el fortalecimiento de la seguridad social en cualquier país del mundo, debe considerar la actitud para el cambio que tiene la sociedad. Cuando se respetan sus valores fundamentales como son la libertad, la justicia y la participación, se obtendrán resultados más firmes.

REFERENCIAS

1. Dumont R., Mottin M.F., *El Mal Desarrollo en América Latina*, México, Editorial Panorama, 1982:12.
2. Huxley A. *Un Mundo Feliz*, México, Editorial Editores Mexicanos Unidos, sexta reimpresión, 1992.
3. Aviezer T., *El Heideggerianismo de Václav Havel*. México, Ensayo (Diario El Nacional), mayo 19 de 1992.
4. *Ibíd.*
5. Organización de las Naciones Unidas, PNUD, *Informe sobre Desarrollo Humano 1993*. Washington, D.C., E.U.A., 1993.
6. Tomis B. *Participación Popular y Desarrollo en la Base*. Chile. Organización Internacional del Trabajo, 1987:159.
7. Mills C.W., *La Elite del Poder*, México, Fondo de Cultura Económica, 1991.
8. Václav H. *La Responsabilidad como Destino*, México, Fondo de Cultura Económica, 1991.
9. Organización de las Naciones Unidas, CEPAL, *Boletín de información de la Comisión Económica para América Latina*. Santiago de Chile, septiembre de 1993.
10. El Nacional (Diario), México, enero 11 de 1993:9.
11. Organización de las Naciones Unidas, PNUD, *Informe sobre Desarrollo Humano 1993*. Washington, D.C., E.U.A., 1993.
12. La Jornada (Diario), México, junio 20 de 1994.
13. Dumont R., Mottin M.F., *El Mal Desarrollo en América Latina... Op. cit.* 1, p.13.
14. Osorio J., *América Latina: Nueva Economía Pobreza y Democracia*, Comercio Exterior, México, (44), Núm. 7, julio de 1994:633-639.
15. Aguilar C.H., *Después del Milagro*. México, Editorial Cal y Arena, 1988.
16. González y G.L., *Libertad y Justicia en las Sociedades Modernas*. (Seminario), SEDESOL, UNAM, UAM, IPN, COLMEX, México, junio de 1993.
17. Colosio L.D. *Libertad y Justicia en las Sociedades Modernas*, Discurso inaugural, (Seminario), SEDESOL, UNAM, UAM, IPN, COLMEX, México, junio de 1993.
18. Diario Oficial de la Federación, México, 18 de junio de 1986.
19. Villarreal J., *Conocimiento, Exclusión y Acción Social*. México, World Bank, Segunda Conferencia del Instituto Internacional de Ciencias Administrativas TOLUCA 93, 1993:21-22.

4. EL ENTORNO DEMOGRAFICO

GUSTAVO CABRERA ACEVEDO

En el curso de vida de las personas y de las familias se corren siempre riesgos de enfermedad, accidente, invalidez y también de muerte. Hubo un tiempo, antes de la seguridad social, en que las víctimas que los sufrían quedaban al amparo único de sus propios recursos, situación particularmente severa para las clases más pobres y necesitadas. Con fines de auxilio surgieron organizaciones caritativas, algunas de carácter religioso, y se establecieron asociaciones gremiales de protección, que finalmente resultaban insuficientes y limitadas. En busca de soluciones institucionalizadas y generalizadas se llegó al concepto de la seguridad social.

Con la seguridad social se intenta pasar de la incertidumbre, la beneficencia pública, la caridad privada o los servicios meramente asistenciales, a esquemas de derechos adquiridos, pactados y legislados, así como administrados por instituciones. Los fines específicos son los de otorgar asistencia médica en caso de enfermedad, subsidios ante la incapacidad para el trabajo, jubilaciones al llegar a la vejez y pensiones para los dependientes sobrevivientes en caso de fallecimiento del sostén de la familia.

Si bien la idea de la seguridad social ha venido cambiando y evolucionando con el tiempo, creándose nuevos conceptos que establecieron directrices y orientaciones, desde un principio se ha reconocido la obligatoriedad para la aplicación de su cobertura a la población, a fin de protegerla de los riesgos tanto económicos como físicos a los que están expuestos los trabajadores y sus familias. Asimismo, se consideró que era de utilidad pública y de interés nacional el garantizar a los trabajadores y sus familias los medios de ingreso necesarios, mediante el otorgamiento de las prestaciones que permitan superar las consecuencias que producen los citados riesgos de la vida laboral, concepto que ha venido evolucionando con el tiempo, hasta constituirse en un importante medio redistributivo del ingreso. De hecho, las acciones de seguridad social además de procurar el bienestar y la salud de la población a través de programas específicos, abarcan otros campos que han contribuido a modificar fenómenos sociales relacionados con el mismo bienestar y la salud, a nivel nacional, familiar e individual como es la dinámica demográfica del país.

En un primer tiempo, la importante disminución de la mortalidad dio lugar a la gran expansión demográfica que tuvo lugar en México durante los años de 1940 a 1970. Posteriormente, desde hace más de veinte años, los servicios de planificación familiar que apelan a la libertad, dignidad y responsabilidad de las parejas frente al número de hijos que desean han contribuido a la notable reducción en los índices de crecimiento poblacional de nuestro país. De esta manera, la seguridad social ha sido un elemento activo y relevante de la política de población que México ha adoptado en diferentes etapas y fines.

Algunos elementos del entorno demográfico que de alguna manera causarán impacto en la seguridad social de nuestro país y plantearán interrogantes respecto al futuro, son los siguientes:

1. La principal característica demográfica de México hacia el futuro seguirá siendo su crecimiento poblacional. Si bien como ya se ha señalado, se ha logrado en el pasado una importante disminución en la tasa de crecimiento, que continuará, aunque en menor grado, en el futuro (se espera una tasa de 1% hacia la segunda mitad del primer decenio del siglo XXI), se estima que la población del país llegue a 100 millones al año 2000; a 114 millones al 2010, y a 137 millones en el 2030.

2. La baja de la fecundidad, que ya viene ocurriendo, tendrá como consecuencia un cambio en la estructura por edad. La población menor de 15 años, que en 1970 concentraba el 46% de la población total, se redujo a 38% en 1990, y se estima que para el año 2010 será de 28% y para el 2030 de 23%.

En el extremo opuesto de la estructura por edad, es decir la población de 65 y más años, seguirá en aumento tanto en número absolutos como relativos. En 1990 se tenían 3.4 millones de personas en este grupo de edades, que representaban el 4.2% del total de la población; en el año 2030, se estima que será de 8.4%, con una población de 11.6 millones.

3. La gran mayoría de la población estará constituida por lo que se denomina los sectores «adultos», de 15 a 64 años de edad, que se asume son la parte productiva y proveedora de servicios y de cuidados a sí misma y a los otros dos sectores de niños y jóvenes y de viejos. En 1990 eran poco más de 45 millones, el 55% del total de la población, estimándose que sea el 64%, con más de 88 millones de pensiones para el año 2030.

4. Otro elemento del entorno sociodemográfico en el futuro es la forma en que ha evolucionado la esperanza de vida al nacimiento, que es un indicador que resume la interacción de elementos sociales, económicos, culturales y de salud. En México, la esperanza de vida al nacimiento se ha incrementado en las últimas dos décadas: en 1970 fue de 62 años y para 1990 se alcanzó un poco más de 68 años. Se estima para el año 2000 que la población de México tendrá una esperanza de vida de 73 años y para el año 2030 será de alrededor de 77 años, es decir, 10 años más en relación a 1990.

Aún dentro de su generalidad, estas perspectivas demográficas de México permiten identificar algunos retos importantes para la seguridad social.

1. Uno de los más evidentes será la necesaria transformación de sus servicios para adaptarse a las nuevas estructuras. La población envejecida tendrá una demanda más en la forma de enfermedades crónico-degenerativas e incapacitantes propias de ese sector de la población. Estas causas se extienden en el tiempo y en los costos, aspectos que demandan atención y previsión.

2. Los seguros sociales, desde su nacimiento en México, adoptaron principalmente una filosofía reparativa e indemnizatoria de los riesgos que ocurren o se realizan. Esto da lugar a mayores costos y a un cierto

desvirtuamiento de la utilidad y destino social de las prestaciones. Esta filosofía parecería no ser la más adecuada, o por lo menos para el futuro, ya que quizá lo más importante no es sólo el que se indemnicen los riesgos, restituyendo el daño causado, sino sobre todo, evitar que los riesgos ocurran o que su frecuencia de presentación se reduzca lo más posible.

Desde un punto de vista social, esta segunda finalidad de la seguridad social adquiere una condición de carácter básico no sólo para una mejora notable de las condiciones de vida y los indicadores sociales de la población, sino también para que los costos de los seguros sociales no alcancen niveles elevados y puedan seguir una tendencia hacia la disminución. Las aplicaciones de la medicina preventiva, hasta ahora, han sido relativamente limitadas. En términos generales, consisten en la aplicación de antígenos y vacunas, y en la detección temprana de algunos padecimientos. En el futuro, deberá desarrollarse un nuevo tipo de medicina que se oriente más hacia la preservación y mejoramiento de la salud de la población. Ello debe implicar otro tipo de filosofía, otro tipo de técnica y otro tipo de medicina, acompañados con educación para la salud, que actualmente sólo en escasa medida se ha desarrollado. En fin, dar mayor importancia a la conservación de la salud, más que a la curación de la enfermedad.

3. Se puede afirmar que hay una correspondencia directa entre el mejoramiento de la salud y la capacidad del aporte económico de la población al bienestar común. La mayor duración de la vida total y de la vida activa; la menor incidencia de la invalidez, de la morbilidad y de la mortalidad, tienen consecuencias en la mayor y mejor vida formativa y en el mayor tiempo de ocupación en el trabajo. Sin embargo, el mayor bien que representa es la vida misma, su mayor duración y que ésta se realice en condiciones de salud y de capacidad creativa y productiva.

4. Debido al incremento de la esperanza de vida al nacimiento y también de la esperanza de vida activa, el establecimiento de edades fijas de jubilación requiere de una nueva reflexión. En estos días, cada vez es más incierto y lo será más en el futuro, el determinar exactamente en qué edad una persona deberá retirarse de la actividad, e implica también mayores costos económicos para el otorgamiento de las prestaciones de los seguros de vejez o de retiro.

El problema reside fundamentalmente en que las edades fijas de jubilación han permitido o propiciado el retiro artificial de la actividad de una gran parte de la población que todavía está en capacidad de desarrollar una actividad productiva y remunerada, convirtiéndolos en elementos pasivos de la sociedad. Esto produce una gran carga económica para la población activa y la población en general, por los costos elevados de los sistemas de pensiones, que al aumentarse significativamente en los años por venir, implicarán importantes gravámenes para las futuras generaciones y para la economía de los países. Esto no quiere decir que cuando las condiciones de salud mental o física impidan desarrollar un trabajo productivo, remunerado y suficiente, no sea completamente justificable que la sociedad y la

seguridad social entren en funciones para apoyar a los individuos y garantizarles una subsistencia digna. Para esto es necesario reflexionar sobre la idea muy difundida de que mientras más baja sea la edad de la jubilación, mayor beneficio para los trabajadores. Diversas experiencias estadísticas muestran, invariablemente, que los trabajadores que se retiran definitivamente de la actividad presentan mayores tasas de mortalidad que las que corresponden a los trabajadores de las mismas edades y ocupaciones, que permanecen dentro de la actividad. (Es posible pensar que actúa una selección en cuanto a las condiciones de salud entre los dos universos).

Los problemas en materia de desempleo, que podrían ser un argumento en contra de la ampliación de la vida activa, no sólo son un problema de estructura demográfica de las poblaciones, sino principalmente del crecimiento y estructuras económicas. Otros factores económicos, sociales y culturales también deben ser estudiados.

En la actualidad se hacen esfuerzos por visualizar salidas a nuestra crisis económica, entre otras, nuestra participación en el concierto internacional, que seguramente impondrá modificaciones a las prácticas y políticas de seguridad social.

5. EL ENTORNO POLITICO

JOSE CHANES NIETO

La crisis que agobia a la mayoría de los habitantes de nuestro planeta ha provocado cada día mayores inconformidades. Para paliarlas se ha enarbolado como panacea la reforma del Estado mediante la reducción del aparato de gobierno. Empequeñecer a la administración pública y engrandecer al sector privado, transferir tareas a los ciudadanos, sustituir las decisiones fundamentales por otras, se convierten en la solución mágica para todo.

En 1847 un fantasma recorría el mundo: el del comunismo. Actualmente un verdadero fantasma lo recorre: el del liberalismo. En la historia de la humanidad a menudo se realizan entierros prematuros y hay resurrecciones inesperadas. Ideas, doctrinas, opiniones, sistemas o regímenes dados por muertos y enterrados han resurgido, muchas veces con mayor fuerza que antes de su sepelio prematuro.

El liberalismo dado por fenecido hace tiempo ha retornado sin adjetivos o con éstos: neoliberalismo o liberalismo social. No obstante perduran las tendencias antiliberales. El debate está abierto para determinar el papel del gobierno, como representante del Estado, en el desenvolvimiento de la sociedad.

El liberalismo se desarrolló en Inglaterra entre la revolución de 1688 y la Reform Act de 1867. Primero fue una reivindicación de derechos individuales y garantías constitucionales. Después incluyó a la organización política y a la vida económica. En un principio el liberalismo se propuso proteger a los individuos y a los grupos frente al gobierno, particularmente frente a las

prerrogativas de los monarcas. Sus objetivos eran preponderantemente políticos: el derecho de oposición, el imperio del derecho, la separación del poder público para su ejercicio y el reconocimiento de derechos civiles, por ejemplo la tolerancia religiosa en 1688 y la libertad de prensa en 1695.

Para el liberalismo político el individuo debe ser autónomo para determinarse y para realizarse. Autonomía para construir su propio mundo y participación como garantía de la libertad, de la autonomía frente a los otros individuos y el poder organizado. De la autonomía surgen las libertades civiles, los derechos individuales, y de la participación las libertades políticas.

Las concepciones liberales tienen como punto de partida a un individuo abstracto, siempre racional, teóricamente concebido, sin situarlo en un ámbito político, social y económico determinado. Tal individuo, lo quiera o no, hará coincidir su interés personal con el interés general de la sociedad.

En la realidad las libertades sólo eran para aquellos individuos que podían ejercerlas al disponer de mayores recursos económicos o de una mejor cultura. La aristocracia y la burguesía disfrutaban los derechos. Los trabajadores del campo y de la ciudad requerían para hacerlo de la acción gubernamental. El ejercicio de las libertades por los poderosos llevaron a la opresión de los demás. El liberalismo favoreció y se identificó con una clase social: la burguesa.

Para asegurar el efectivo disfrute de las libertades por todos se hizo necesaria la intervención del Estado. Los órganos públicos deben garantizar las mismas libertades a todos los miembros de la comunidad, estableciendo las condiciones materiales para su ejercicio. La igualdad ante la ley condujo a la desigualdad real. Consecuentemente el ser humano debe ser considerado como persona concreta, situado en su tiempo y circunstancias particulares.

Ante la exigencia de dar respuesta al ser humano situado surgieron los derechos sociales y el llamado Estado social de derecho. Con él se pretende asegurar el constante mejoramiento económico, social y cultural de los habitantes del país. Nuestra Constitución para ello ha incorporado en sus preceptos los derechos al trabajo, a la protección de la salud, a una vivienda digna y decorosa, a la propiedad con función social, a la seguridad jurídica, a disfrutar de las libertades civiles y políticas. La seguridad social establece condiciones favorecedoras de la igualdad efectiva entre los individuos.

Los impugnadores del Estado social de derecho atacan su existencia misma, oponiéndose también a la de la seguridad social. En consecuencia realmente demandan el imperio del interés individual sobre el general, la apropiación de los beneficios sociales por los menos y la distribución de las cargas entre la mayoría. La participación estatal es reprobada cuando cumple una función social y aceptada en los casos favorecedores de la denominada iniciativa privada.

Las ideas en boga únicamente consideran el liberalismo de carácter económico, al dejar hacer y al dejar pasar en este ámbito. El liberalismo político se invoca para construir una democracia formal, electoral, sin adjetivos. Los años ochenta y los que han transcurrido de la década actual han sido del imperio

del liberalismo económico. Sus panegiristas afirman que llegó esta vez para quedarse, sin reparar en sus efectos: separatismos, inestabilidades, luchas fratricidas, fundamentalismos, pobreza para la mayoría, concentración de las riquezas, destrucción del ambiente y del patrimonio cultural.

El liberalismo político combatió el absolutismo monárquico. El liberalismo económico entronizó al mercado libre y lo convirtió en un nuevo absolutismo.

Como consecuencia mientras unos países se unen, otros son escenario de movimientos separatistas. Mientras la guerra fría se da por terminada y en todos los frentes se aboga por la paz, cada día aumentan los lugares en que se dirimen conflictos con las armas vendidas por los abanderados de su solución pacífica. A las disputas antiguas no resueltas se unen las nuevas. La organización de las Naciones Unidas no ha solucionado pacíficamente ni grandes ni pequeñas disputas. Mientras se consolidan las uniones de estados se agudizan los problemas étnicos e irrumpen los nacionalismos avasalladores. Mientras que la ciencia y la técnica cotidianamente sorprenden con sus descubrimientos y aplicaciones, el satanismo, la brujería, el esoterismo, la magia, los milagros son, además de redituables negocios, la esperanza para resolver los problemas individuales y sociales. Mientras que se invoca la razón, la libertad y la justicia, la riqueza se concentra en pocos países y en todos en un pequeño número de personas; así la desigualdad, la ignorancia, la enfermedad, la pobreza, la incultura, el deterioro ambiental, la violencia, la conculcación de los derechos humanos, se perpetúan y acrecientan.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 se apartó del concepto individualista liberal de la vida política y social; configuró órganos públicos con atribuciones para alcanzar una sociedad igualitaria en cuanto a las personas, grupos y regiones. Por ello no sólo consagra las libertades, también exige la creación de condiciones para su ejercicio.

Las libertades abstractas del liberalismo, concebidas a partir de un ser humano genérico y teórico, fueron sustituidas por libertades concretas, en beneficio de cada uno de los individuos situados en su ámbito social y económico.

Estas libertades concretas están fundadas en una justicia social, tanto cultural como material, para ser efectivamente disfrutadas; la dignidad de la persona debe respetarse no únicamente en el texto legal, sino en su circunstancia cotidiana, en las relaciones sociales y económicas.

La libertad abstracta se conforma con la mera definición de un espacio de autonomía individual, impenetrable a la acción estatal; puede ser gozada tan sólo por unos pocos, por quienes tienen medios para ello. Las libertades concretas constituyen exigencias para los órganos públicos; respetando autonomías deben crear, tanto en las realidades sociales como en las económicas, las condiciones necesarias para, en forma realista, asegurar las libertades, no para unos cuantos, sino para todos. Para garantizar sea así, no bastaría el acotamiento de una esfera de autonomía del hombre frente al poder público y el establecimiento de condiciones materiales, se precisa una participación de individuos y de grupos en los órganos públicos y en la toma

de las decisiones fundamentales. El seguro social en México desde su fundación es ejemplo de tal participación.

Dentro de esta nueva visión social, la participación de los ciudadanos no podría limitarse a los procesos de decisión, de programación y de asignación de recursos para la inversión. La participación también debe ser para asegurar a los individuos y a los grupos sociales satisfacciones efectivas como resultado de sus esfuerzos y un lugar en la distribución de los frutos, culturales o materiales, de las tareas sociales.

La existencia, la razón de ser, las tareas, los procesos, los instrumentos y los fines de las instituciones de seguridad social encuentran su fundamento en tal concepción.

Las acciones emprendidas por medio de estas instituciones coadyuvan a regular el comportamiento de los agentes económicos y a corregir deficiencias de los mecanismos del mercado, a fin de propiciar el fortalecimiento del aparato productivo, elevar la calidad de vida de los habitantes del país, con justicia y en la paz.

LA REFORMA DE LA ADMINISTRACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El escenario en el cual se desarrolla la seguridad social en el momento actual, caracterizado por una situación del entorno compleja, cambiante e incierta, impone la necesidad de rediseñar los caminos tradicionales de la administración, proponer cambios conceptuales y aplicar acciones innovadoras que permitan a la seguridad social adaptarse a las nuevas circunstancias.

Las organizaciones y prácticas administrativas de la seguridad social inspiradas en el modelo clásico de dominación burocrática, cumplieron seguramente con éxito sus propósitos en una etapa histórica caracterizada por la estabilidad y certidumbre del futuro. Fue la época de oro de la planeación estratégica. En el momento actual, es necesario considerar un enfoque diferente al de las estructuras y métodos tradicionales y transitar hacia formas más flexibles y dinámicas de administración pública hoy denominadas gerencia pública y gerencia social, cambio de nombre que no es banal. Este tránsito incluye un nuevo perfil del gerente de la seguridad social, quien debe reunir características diferentes de liderazgo y habilidades directivas que le permiten responder adecuadamente a situaciones complejas, multifactoriales, inestables y frecuentemente difíciles de predecir.

1. LOS NUEVOS RETOS DE LA ADMINISTRACION

ALEJANDRO BONILLA GARCIA

La década de los 80 fue muy difícil para la mayoría de los países y la década de los 90 los enfrenta con nuevos y urgentes retos en un contexto global de competencia y de transformación de las estructuras mundiales en el ámbito económico.

Los 80 estuvieron marcados por una combinación de recesión, inflación, desbalances externos y por una consolidación de la transformación demográfica. Las consecuencias fueron la caída en el ingreso per cápita, aumento del desempleo, aumento del sector informal de la economía y aumento de la pobreza.

La exacerbación de todos estos problemas ha conducido inevitablemente a un sano cuestionamiento de las estructuras y estrategias económicas. La mayoría de los países han sentido la necesidad de seguir procesos de ajuste económico que, después de una fase de transición, deberían de corregir o mitigar los desequilibrios y las distorsiones existentes en los sistemas económicos actuales.

El contexto macro-económico desfavorable, la transformación demográfica y sus propios errores han originado igualmente un cuestionamiento de los sistemas de seguridad social, el cual se ha visto acompañado por una crisis de confianza en la capacidad del Estado en este campo y una decepción general al contrastar las expectativas que se habían fincado en estos programas y las realidades.

La mayoría de los países enfrentan el dilema de una urgente necesidad de transformación de la economía sin contar con sistemas de seguridad social y de protección social suficientemente desarrollados para proveer a la mayoría de los habitantes de una adecuada cobertura. Por otro lado, parecería que el tener al menos una «red de seguridad» social es uno de los prerequisites para obtener el apoyo y el consenso necesarios para llevar a cabo las transformaciones económicas dentro de un marco de paz social. Las políticas económicas y las políticas sociales deben ser armonizadas para encontrar medidas adecuadas y oportunas que den respuesta al nuevo y cambiante entorno económico, político y social.

Los Estados enfrentan el reto de llevar a cabo la transformación económica con equidad y en lapsos políticos razonables, considerando no sólo las estructuras económicas actuales, sino también una gran serie de elementos que solamente pueden ser modificados en el largo plazo y que constituyen puntos de partida inevitables para todo proceso de reforma: bajos niveles de vida con una proporción considerable de la población alcanzado a duras penas a cubrir sus necesidades básicas, la estructura demográfica actual todavía con una alta proporción de población infantil y juvenil, tasas relativamente altas de fertilidad, aumento de la esperanza de vida, bajos

niveles educativos y un persistente flujo migratorio de las poblaciones rurales hacia los centros urbanos.

Las tendencias que muestran las variables antes mencionadas reflejan el desarrollo de factores externos, los cuales en su mayoría, no se encuentran bajo el control inmediato de los tomadores de decisiones. Sin embargo, estas tendencias y estos puntos de partida ineludibles, son la consecuencia de políticas económicas inadecuadas que prevalecieron por muchos años. La mayoría de los procesos de reestructuración económica tienen, de una forma o de otra, como objetivo el eliminar, en particular, las distorsiones introducidas en la economía por una excesiva e inadecuada intervención estatal en varios campos.

Las medidas adoptadas dentro de los programas de ajuste económico incluye, entre otras, la liberalización de la tasa de cambio y de los mecanismos vinculados a la determinación del nivel de la tasa de interés, la eliminación de controles de precios y de subsidios, la reducción de tarifas y controles, la eliminación de subsidios a la exportación, la privatización de empresas paraestatales, la desregulación de mercados y la reasignación del gasto público.

A pesar de que los programas de reajuste económico tienen por objetivo el sentar las bases para asegurar la viabilidad de un desarrollo económico sostenido y una mejor asignación de los recursos, sus objetivos principales también se encuentran ubicados en el largo plazo: establecer las condiciones necesarias, aunque no suficientes, para un crecimiento económico sostenido con equidad a través de mayores niveles de productividad, de producción, de empleo y de niveles de vida.

Sin embargo, en el corto plazo, los programas de reajuste económico han tenido en la mayoría de los países, consecuencias económicas adversas, particularmente para las poblaciones pobres y para aquellas de menores salarios, lo que se ha visto agravado por una disminución sin precedente del sector formal de la economía. En virtud de la escasez de recursos y de la creciente proporción de la población que vive por debajo del «nivel de pobreza», la mayoría de los países han iniciado programas para atender a la población en condiciones de «extrema pobreza».

Cabe señalar que la mayoría de los sistemas de seguridad social se basan en el concepto de seguro social y que por lo tanto, su objetivo no ha sido el proveer protección a las poblaciones que viven en extrema pobreza y mucho menos mitigar los aspectos desfavorables derivados de los procesos de ajuste estructural. La contribución favorable de los sistemas de seguridad social depende inevitablemente de la proporción de la población que cubren, de la calidad de sus servicios y de la indización de sus prestaciones.

La evolución pasada de la mayoría de las instituciones de seguridad social en la región Latinoamericana ha sido muy diversa al igual que su eficacia y eficiencia y varios países cuentan con sistemas que funcionan relativamente bien considerando el contexto general en el que se han

desarrollado. Sin embargo, el análisis de la experiencia por país, ilustra claramente la recurrencia de la siguiente «sintomatología»: limitada cobertura, orientada básicamente a los trabajadores en el sector formal de la economía; bajos niveles de las prestaciones, acceso ineficiente o de baja calidad a los servicios; administración burocrática, corrupción, evasión y falta de cumplimiento por parte de los cotizantes así como falta de mecanismos adecuados de control y supervisión.

Es generalmente aceptado que existe mucho margen para mejorar las instituciones de seguridad social y que bajo las condiciones actuales de operación, estas instituciones no cuentan con la capacidad de responder a los nuevos y cambiantes retos. En muchos casos, el manejo administrativo de las instituciones de seguridad social ha decaído a tal punto que son incapaces de alcanzar los estándares mínimos que la situación exige. Altos costos administrativos y muy frecuentemente privilegios excesivos para su propio personal han estado en el origen de los problemas.

Los sistemas de seguridad social enfrentan el reto de no sólo sobreponerse a sus resultados pasados más o menos satisfactorios, sino de evolucionar de acuerdo a la nueva fase de transición de los programas de ajuste económico y de acuerdo al escenario económico y social que se espera resulte del proceso de ajuste económico.

El cuestionamiento de los sistemas de seguridad social en la región Latinoamericana se ha centrado fundamentalmente en los aspectos administrativos de la seguridad social: en segunda instancia en sus vinculaciones e interacciones con el resto de la economía, tercera instancia en el sustento técnico y actuarial intrínseco y en su viabilidad a largo plazo y por último en sus repercusiones sociales.

Por lo anterior, el debate en torno a la reforma de la seguridad social ha mostrado con frecuencia un alto grado de polarización e incluso de incompreensión entre los copartícipes sociales que defienden con frecuencia posiciones extremas y frecuentemente mal entendidas. En un extremo, la inmediata y completa privatización de los sistemas y en otro, la voluntad de mantener los sistemas públicos de seguridad social.

Esto es un falso debate ya que la experiencia internacional demuestra que todo sistema de seguridad social requiere de una combinación de elementos como sólidas bases actuariales, correcta gerencia y buena administración para alcanzar sus objetivos.

Sería sin duda un error tratar de luchar contra la ineficiencia administrativa o contra la corrupción mediante el cambio de las bases actuariales. Uno puede cambiar indefinidamente los sistemas actuariales y, si las causas de la ineficiencia administrativa o de la corrupción no son atacadas directamente, la ineficiencia y la corrupción simplemente buscarán otros caminos y tomarán otras formas, seguramente más sofisticadas. Por el otro lado, no parecería razonable que la buena administración y gerencia substituyan por ellas solas a las bases actuariales.

La experiencia internacional demuestra que el éxito o el fracaso de un sistema de seguridad social se basan en el desarrollo y el mejoramiento de sus técnicas actuariales y de su apoyo administrativo el cual les debe de proporcionar la necesaria flexibilidad para evolucionar en un contexto de economías, demografías y sociedades en transformación.

La gran diversidad de sistemas de seguridad social de los países industrializados con economías de mercado y de un creciente número de países en vías de desarrollo, indican que el sistema único y universal de seguridad social no existe. Los sistemas de seguridad social, como todo instrumento de política social que depende del desarrollo económico y de factores demográficos son sistemas dinámicos, se espera que evolucionen en el presente y que tengan la capacidad de seguir evolucionando en el futuro. Cualquier sistema dinámico que no evoluciona o que no tiene la capacidad de evolucionar está destinado inevitablemente al fracaso.

Otra causa del fracaso o de los logros truncados de algunos sistemas de seguridad social es la falta de estrategias nacionales. En la mayoría de los países de la región Latinoamericana subsiste un rompecabezas impresionante constituido por diferentes sistemas federales, gubernamentales, estatales, municipales y privados; para empleados públicos, para empleados del sector privado, para militares o bancarios, etcétera. Cada uno de estos sistemas trata de maximizar su beneficio sin que por lo tanto se garantice la maximización del beneficio nacional.

Por lo general, no ha existido un plan estratégico nacional para el menos armonizar los diferentes componentes del rompecabezas y para identificar, en el largo plazo, objetivos de protección social viables dentro del contexto económico y social. La mayoría de las reformas del pasado han resultado en «parches» que no hacen más que reflejar los diferentes orígenes o intereses de los promotores de las reformas.

Por lo anterior, una de las principales características del actual cuestionamiento de los sistemas de seguridad social, es la voluntad expresa de efectuar reformas de gran escala, mismas que inevitablemente tendrán un impacto considerable y durable en la estructura de la economía y de la sociedad.

Otra característica del proceso de reforma es la velocidad a la que ésta se quiere llevar a cabo. Esta situación ha resultado en una gran presión, no sólo para los técnicos encargados de analizar las diferentes alternativas para la reforma, sino también en los políticos que desean hacer aprobar o promover las reformas y en los trabajadores quienes deben muchas veces pronunciarse con gran celeridad sobre aspectos complejos de repercusiones en el corto, mediano y largo plazos. Frecuentemente se asume que las críticas condiciones sociales impiden destinar los recursos y el tiempo necesarios para efectuar estudios integrales profundos. Esto no es correcto, por el contrario, las condiciones económicas y sociales no dejan margen alguno para improvisaciones o para buscar burdos trasplantes de soluciones fáciles y definitivas que no han sido cabalmente analizadas.

Una característica adicional del proceso actual de reforma en la mayoría de los países Latinoamericanos es la internacionalización de los procesos de reforma.

La reconstrucción o el rediseño de sistemas de seguridad social no es algo que se realice con gran frecuencia en ningún país y consecuentemente pocos gobiernos o sus asesores cuentan con experiencia nacional previa en estos menesteres. La situación es paradójica en muchos países, ya que aquellos profesionales que han efectuado toda su carrera en las instituciones vinculadas con la protección social o con la seguridad social son percibidos como «emisarios del pasado» y frecuentemente excluidos de los procesos de reforma. Por el otro lado, han surgido nuevos grupos de especialistas que tienen la ventaja de no encontrarse «viciados» pero que por el otro lado no cuentan con experiencia práctica. Por lo anterior, los procesos de reforma se han trasladado en frecuentes ocasiones de los sectores «sociales» de la administración pública hacia los sectores financieros y se han buscado experiencias de otros países en vías de desarrollo o en países desarrollados.

El análisis de la experiencia internacional es útil y necesaria, sin embargo la reforma de la seguridad social en cada país dependerá de sus propias particularidades. No debe confundirse reestructuración con trasplantes de otras realidades económicas, políticas o sociales.

Un sistema eficiente de protección social requiere la identificación de prioridades nacionales y de asignación de recursos de acuerdo a las posibilidades y la voluntad de cada país. Amén que esto se efectúe en el contexto de una estrategia nacional que defina claramente objetivos y etapas realistas de desarrollo, la experiencia muestra que las prioridades serán fijadas de acuerdo a criterios restringidos, que las inequidades de los sistemas actuales pueden ser amplificadas en lugar de ser eliminadas y que los recursos gastados menos eficientemente.

Si la identificación de dichas prioridades nacionales y de la infraestructura necesaria para asegurar su adecuada conducción, puede resultar que una parte de la población sea capaz de alcanzar niveles adecuados de protección social y que otros, los sectores más vulnerables, carezcan de los recursos, la organización e inclusive la influencia para alcanzarlos.

En este contexto, el papel del Estado debe de ser el de promover medidas que de acuerdo con la realidad nacional, equilibren la iniciativa personal e individual con la necesidad de proveer con medidas de protección social a la mayoría de la población.

No sólo es importante alcanzar el justo equilibrio entre responsabilidad individual y colectiva, sino también entre participación pública y privada de tal suerte que se establezcan bases sólidas para que dicho equilibrio pueda ser mantenido en el futuro.

Parece existir un consenso en la región Latinoamericana en el sentido de que los sistemas actuales deben evolucionar hacia estructuras más flexibles que fomentan la iniciativa individual, garanticen el interés de la

comunidad y que optimicen la participación del sector público y del privado. Una estructura de este tipo es de hecho común en la mayoría de los países desarrollados con economías de mercado que se componen de varios «pilares» de protección, con la participación de los copartícipes sociales y bajo un estricto mecanismo de supervisión y control.

Por lo anterior y en términos generales, es recomendable que:

- El gobierno, en consulta con los copartícipes sociales formule una estrategia nacional para el desarrollo armónico de la protección social.
- Esta política se base en una adecuada combinación de responsabilidad individual y requerimientos colectivos en un sistemas de varios pilares con la participación complementaria de los sectores público y privado.

La estructura y la composición adecuada de los pilares de protección para un país determinado puede no ser lo más indicado para otro, porque generalmente se recomienda que el diseño final sea el resultado y no un dato preestablecido de un análisis integral de factibilidad.

Como cualquier otro proyecto, es sumamente recomendable que la reforma de los sistemas de seguridad social o de protección social sean sometidos al filtro de un profundo estudio de factibilidad que incluya todos los aspectos económicos, financieros, demográficos, actuariales, administrativos y legales.

El estudio de factibilidad y sus múltiples análisis de sensibilidad son los únicos que pueden proveer las bases a los copartícipes sociales para adoptar medidas viables y consensadas. El estudio de factibilidad debe sentar las bases para reconciliar las diferentes posiciones y parapromover el diálogo que llevan a una reestructuración viable y creíble y debe de producir al menos los siguientes resultados:

Para el Estado:

- El costo de la transición del sistema actual a cada uno de los propuestos.
- Las garantías y pasivos actuariales contingentes vinculados a cada alternativa.
- Los costos una vez superada la etapa de transición.
- El plan de incremento de cobertura.

Para el contribuyente:

- Las fuentes de financiamiento para los costos de transición y para la etapa posterior así como para cubrir los pasivos contingentes.
- El sacrificio fiscal en otros rubros.

Para el beneficiario:

- Los mecanismos para el reconocimiento de derechos adquiridos (en su caso).
- Los elementos que determinan el cálculo de los beneficios o el acceso a los servicios.
- Los elementos que se incluyen en la actualización de los beneficios o en la continuidad de los servicios.
- Los riesgos de cada alternativa en particular en el caso de prestaciones a largo plazo.

Evidentemente esta lista es exhaustiva y es claro que la tarea de reformar un sistema de seguridad social o de protección social es sumamente complicada con un infinito número de «frentes» que es necesario atacar, lo que en ocasiones la hace confusa y conflictiva.

Es mucho más fácil criticar que construir y más fácil identificar problemas que resolverlos.

2. LA MODERNIZACION ADMINISTRATIVA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

JUAN MANUEL CARRERAS LOPEZ

Modernizar la administración de la seguridad social es el punto de partida de la reforma profunda que en la materia exige la crisis económica de los años ochenta y el deterioro real de los servicios de seguridad social. Sin embargo, esta modernización no es un proceso aislado, ajeno al funcionamiento y racionalidad del aparato estatal en su conjunto, sino que es una de las consecuencias de la manifiesta voluntad política de hacer un Estado menos extenso, pero con mayor presencia social y fuerza política.

Las instituciones de seguridad social en México, debido a que su presupuesto representa el 8% PIB del sector público, son piezas esenciales en la modernización de la administración pública y pivotes del cambio integral que la sociedad demanda en cuanto a mayor eficiencia y eficacia administrativa y más participación ciudadana en la resolución de los problemas que le incumben.

En este contexto, al referirse a la modernización de la administración se debe abarcar un fenómeno político-jurídico más complejo, en el que lo primero es darle un sentido ideológico a lo que se debe entender por modernidad.

En la elaboración de este concepto, la seguridad social desempeña un papel trascendental, por ser uno de los principales instrumentos del Estado contemporáneo para lograr la igualdad, la democracia y la justicia social, que son los valores que subyacen en todo desarrollo sustentable. De esta forma, la seguridad social se convierte en uno de los elementos insustituibles en el proyecto de Nación, porque es inconcebible pugnar por un bienestar colectivo fundado exclusivamente en el aumento del PIB.

La mejoría sustancial en las condiciones de vida de un pueblo necesariamente debe partir del respeto a los derechos humanos, pues en la medida que una sociedad logre que a todos sus miembros se les hagan efectivos los derechos humanos de la tercera generación o de solidaridad, entre los que se encuentran la seguridad social, ésta será más justa y equitativa.

MODERNIDAD

En una interpretación economicista y técnica, modernizar es sinónimo de adecuar la administración pública a las exigencias de los procesos económicos, en los que la competitividad es el mejor de la acción humana.

Este concepto generalmente va unido al de libre concurrencia de los factores de la producción, de tal forma que se funda en el supuesto de que mediante la acción de las leyes del mercado, de la oferta y la demanda -la mano invisible de Adam Smith- es posible llegar a la maximización de los recursos. Una organización moderna para esta visión, sería aquella que dentro de las reglas de la libre concurrencia logra poner a disposición de su grupo poblacional objetivo bienes y servicios con calidad, oportunidad y bajo costo, es decir, hacer más con menos y, por ende, es eficiente.

Una simplificación de este enfoque, tiende a reducir cualquier estrategia de modernización a la desregulación, la privatización de las empresas y servicios públicos y la limitación de la intervención estatal en los diversos aspectos de la vida social, especialmente el económico.

Aquí hay que recordar la añeja discusión sobre la relación que existe entre los medios y los fines. Maquiavelo justifica los medios por los fines, que en política es la gloria del príncipe y la felicidad de la república, en tanto, Montesquieu señala que el bienestar de la sociedad radica en que los medios deben considerar los derechos del gobernado.

En cambio, al ampliar el concepto se puede afirmar que modernizar es, en primera instancia, ese afán por hacer a las organizaciones más eficaces, pero además es darle un contenido político, una orientación axiológica que trascienda lo cuantitativo. Una vocación de crear sociedades más justas e igualitarias.

Esto es así debido a que un proceso de modernización es insostenible sin cohesión social, la cual a su vez requiere de equidad, es decir, el complemento indispensable de las políticas de eficiencia y mayor crecimiento económico son aquellas que tienen como meta elevar el bienestar y distribuir el ingreso. Disociar las políticas económicas de las sociales es renunciar a un desarrollo sustentable, ya que a las primeras les corresponde orientar el crecimiento y a las segundas el aspecto distributivo. Sólo así habrá una política pública que apoye a la vez la transformación productiva de la comunidad y la equidad social.

La modernización, en este sentido, es construir organizaciones más eficientes en una sociedad -como la mexicana- abierta y plural, cada vez más crítica y demandante.

En México, la transformación profunda por la que pasa la administración pública y la redefinición de sus funciones con respecto al todo nacional hace que se fije la atención en sectores sensibles para la población como lo es la seguridad social. De ahí que la estrategia de reforma del Estado, en general, tenga un reflejo inmediato en la necesidad de modernizar la administración de la seguridad social.

Ahora bien un cambio de las instituciones competentes en esta materia debe referirse al concepto más amplio de modernidad que ya se había esbozado, por lo que tiene que incluir tanto los aspectos de tecnología y capacitación; de renovación de equipo; de aprovechamiento al máximo de los recursos materiales, humanos y financieros; de redefinición de competencias y funciones; de racionalización de la normatividad, reducción y simplificación de trámites burocráticos como los aspectos de mayor participación de la comunidad en la delineación de las políticas de prestación de los servicios que se le brindan; de más democracia en la definición de los fines y metas del sistema nacional de seguridad social; de mayor intervención en la determinación de los objetivos y prioridades de los agentes interesados en la materia, menores obstáculos y privilegios en el otorgamiento de los seguros sociales; en síntesis, de más democracia, igualdad y justicia social como resultado de la acción gubernamental en el ámbito de la seguridad social.

MODERNIZACION DE LA ADMINISTRACION DE SEGURIDAD SOCIAL

En lo relativo a la eficiencia y eficacia, modernizar significa hacer cambios sustantivos en la planeación, dirección, organización administrativa y jurídica, control y evaluación, bajo la perspectiva de que la seguridad social no es un compartimiento estanco, aislado y autosuficiente, sino que se desarrolla en un ambiente económico y social que le exige ser cada día más flexible y adaptable al surgimiento de nuevas necesidades y avances tecnológicos. Además, debe perseguir el desarrollo equitativo y sustentable, que propicie una acción integral de las instituciones involucradas.

La modernización exige, en esta perspectiva:

- Una planeación que cuente con los elementos estadísticos y cuantitativos suficientes para proyectar las acciones al futuro inmediato y lejano, de tal forma que se puedan anticipar los problemas, prever soluciones a los mismos, identificar los principales derroteros que pudieran presentarse como opciones ante diversas eventualidades y establecer objetivos mesurables, lo cual resulta particularmente importante en materia de pensiones, ya que disponer de datos demográficos y económicos confiables es indispensable para integrar fondos financieros suficientes para atender las necesidades futuras.

- Una dirección especializada y con un mayor grado de profesionalización y capacitación. Esto implica, por ejemplo, impulsar la formación de profesionales en la administración de hospitales, que independientemente de sus conocimientos médicos, conozcan la ciencia administrativa aplicada al funcionamiento de clínicas y hospitales.

- Unas organizaciones más pequeñas y cercanas a su población objetivo (desconcentración y regionalización), jerárquicamente dependientes de un centro que establezca las políticas generales, pero con autonomía de gestión

y técnica. En este punto hay que recalcar que pareciera ser que para algunos autores, el concepto de modernización tiende a circunscribirse a la definición de la naturaleza de las organizaciones, es decir, que lo eficiente y eficaz es aquello que se aleja de la propiedad estatal, lo que tiene relación con el repliegue de la actividad estatal.

La organización eficiente, en este enfoque, es aquella privatizada, cuya lógica primordial es el lucro y que somete su actuación a las reglas del mercado. La modernidad, entonces, la identifican con las políticas de privatización y de reducción de la intervención estatal. Este concepto tiene tintes ideologizantes y soslaya el hecho que lo que puede ser eficiente para una empresa, maximizar utilidades, puede no serlo para la sociedad en su conjunto, que busca maximizar los recursos escasos en un territorio determinado, es decir, que la privatización sólo garantiza que el precio sea superior al costo, pero no que los recursos se empleen mejor o que se de el servicio a un mayor número de personas.

Por otro lado, en este aspecto de la organización, se tiende a reducir la modernización a la necesidad de «desburocratizar», es decir, reducir los trámites y procedimientos, así como racionalizar la normatividad que regula la prestación de los seguros sociales. Es un hecho que la proliferación de regulaciones más que contribuir a imponer un orden en la administración, logran el efecto contrario, la de crear una maraña de reglas que nadie conoce y mucho menos respetan, con lo que se generan graves deficiencias en la administración de la seguridad social.

Sin embargo, conviene puntualizar el peligro de reducir la modernización de la administración a programas de «desregulación» o simplificación administrativa. Estas acciones son importantes, pero con ellas no se agota la tarea de hacer cada día más eficientes y eficaces a las organizaciones.

· Los sistemas de control de la acción de las administraciones destinadas a la seguridad social deben contemplar procedimientos que aprovechen las experiencias del derechohabiente y éstos participen en la revisión permanente de la calidad de los servicios prestados.

En la medida que se aumente la intervención de los beneficiados por los seguros sociales en la definición de la forma de hacerlos efectivos, mayor capacidad de respuesta tendrán los institutos ante las nuevas demandas que se presenten en la realidad, serán más dinámicos y flexibles para dar una respuesta oportuna a las necesidades de sus grupos poblacionales objetivos.

La modernización, como ya se había señalado, requiere que la autoridad tenga una disposición al diálogo y al intercambio permanente de experiencias con la ciudadanía a la que sirve y, en el caso, de las instituciones de seguridad social con su derechohabiente. De ahí que una de las estrategias de la actual administración del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado -ISSSTE- sea la creación en cada una de sus delegaciones de los comités de participación.

La sociedad tiende a ser más crítica y a exigir mejores servicios. Por ello, el concepto de modernización de la administración pública tiene una íntima relación con la incorporación creciente de la experiencia del derechohabiente en las políticas institucionales.

En cuanto a la evaluación de la acción institucional, además de necesariamente deberse enriquecer con la opinión de quienes son los beneficiarios del servicios, ésta debe enfocarse a ser reactiva, es decir, a capacitar a las organizaciones de seguridad social para adecuarse a los cambios y corregir con prontitud y rapidez, las posibles deficiencias que pudieran detectarse.

La calificación del funcionamiento y de la oportunidad del otorgamiento de los servicios de seguridad social se debe, en primer lugar, hacer en términos globales, es decir, considerar a las instituciones como parte de un todo y evitar así las duplicidades y carencias en la cobertura de los servicios.

Además, debe ser permanente y ser mucho más amplia que la simple auditoría al empleo honesto de los recursos. La evaluación debe incluir formas de medir el esfuerzo real de las organizaciones y su impacto en la comunidad en la que pretenden servir y debe fundamentarse en la formulación previa de objetivos y metas concretas que permitan conocer el avance en la materia con precisión.

La modernización cambia el enfoque con que se mide la eficiencia y eficacia de las organizaciones, de tal forma que importa más cual es el impacto de las mismas en su entorno social y menos las relaciones internas de sus estructuras. Una institución ensimismada, preocupada por sus propios problemas organizacionales, tiende a ser inefectiva, pues paulatinamente se va alejando de los intereses de sus derechohabientes y pierde su razón de ser y existir.

En lo que concierne a la **modernización en la seguridad social como concepto ampliado**, hay que señalar que surge como consecuencia de la redefinición de las relaciones estatales, del cambio en las formas de concebir la política, el gobierno y la intervención de éste en la economía. Este concepto atiende a dos factores.

Primero, a la renovación del compromiso estatal de combatir la pobreza y mejorar la distribución del ingreso vía una presencia permanente del sector público en el ámbito de la seguridad social.

Segundo, hay un replanteamiento del papel que debe desempeñar el sector público y cuál debe ser su participación en este campo, si de vigilancia y control, exclusivamente, o de operación directa de los servicios como actualmente acontece. La reciente discusión de la privatización de los servicios de seguridad social se inscribe dentro de los problemas de financiamiento que afrontan los seguros y de la necesidad de incorporar la creatividad individual y colectiva a las tareas de esta materia. También se ha puesto en la palestra la conveniencia de mantener los llamados «servicios complementarios» como parte de la seguridad social.

Para quienes modernizar es adelgazar el Estado, las instituciones de seguridad social eficientes serán aquellas que reduzcan su acción a otorgar los servicios de salud y prestaciones económicas, eliminando las guarderías, tiendas, farmacias, teatros, centros deportivos y recreativos, entre otros.

No es absolutamente aceptada la conveniencia de su separación de las instituciones del sector público, sin embargo, sí hay una urgencia de revisar sus fuentes de financiamiento y medir su impacto positivo en la comunidad, en la que operan, teniendo presente en todo momento que los criterios para decretar su desaparición no necesariamente deben ser los que establezcan las leyes de la oferta y la demanda.

En esta discusión sobre la modernización, que es más amplia y compleja a la que nos propone la visión economicista, se corre el riesgo de caer en el discurso ideologizante, que ve al sector público como sinónimo de ineficiencia y al mecanismo del mercado como la panacea de todos los problemas administrativos o en el discurso autoritario que niega la validez de la experiencia ciudadana, sofoca la creatividad colectiva y supone que los únicos autorizados para intervenir en la definición de las políticas y estrategia son los «especialistas».

Por otro lado, en el proceso de modernización persiste el peligro de querer compararse con los países llamados desarrollados y pretender reducir el avance, en el caso de la seguridad social, a garantizarle a los derechohabientes el mínimo de oportunidades con que se cuentan en otras latitudes.

Si bien el ideal de toda sociedad es lograr la cobertura universal de seguridad social, el problema de la modernización no se circunscribe a cómo hacerle para tener más, sino cómo aprovechar mejor lo que tenemos y cómo eliminar privilegios y desigualdades de los ciudadanos frente a la administración de los seguros sociales.

También, conviene recalcar que la existencia de la modernización requiere de la concurrencia de todos los actores sociales, a fin de evaluar necesidades, limitaciones y medidas a adoptar de modo tal que el beneficio sea común. Con ello el concepto no únicamente se limita a las actitudes políticas de los gobernantes, sino a una nueva actitud de la sociedad para hacer frente a los problemas y carencias.

Hay que puntualizar que el proceso de modernización es integral y que necesita de que haya una comunidad de valores entre quienes prestan y quienes reciben el servicio. Esto es especialmente importante en materia de seguridad social, ya que una gran proporción de las políticas de reducción de costos, por ejemplo, se basan en las campañas de prevención en las cuales la participación comunitaria es esencial.

CONCLUSIONES

La transformación del Estado mexicano que se inició hace dos décadas con una reforma administrativa ha rebasado esta etapa. En la profundización de este cambio la seguridad social ha sido fundamental no sólo por su importancia relativa en cuestión de gasto y su esencialidad en las políticas de redistribución del ingreso y combate a la pobreza, sino porque este sector fue uno de los más afectados por el abandono del concepto de Estado benefactor.

De ahí que uno de los principales campos de la administración pública que son objeto de una revisión profunda de estructuras, procedimientos y actitudes sea el relacionado con la prestación de los seguros sociales. Su transformación, junto con el sector educativo y de salud, es útil para conocer el grado de avance de la modernización.

Además, por su relación con la justicia social y la igualdad, dotar de una mayor y mejor seguridad social a los mexicanos se convierte en un requisito indispensable para transitar hacia un estadio superior de desarrollo social y económico, lo que implica no reducir los servicios y prestaciones ya garantizados, sino consolidarlos. No puede concebirse una administración pública moderna que sólo cumpla labores de policía y guardián del orden, pues la modernidad radica en verse a sí misma como el eje de materias importantes para la sociedad como lo es la seguridad social, que al incorporarse dentro de los derechos humanos de la tercera generación, los de solidaridad, requiere para su efectiva consecución de un esfuerzo concertado del Estado y la sociedad.

El desarrollo sustentable es imposible sin una distribución equitativa del ingreso y esto es imposible sin una política estatal extensa y efectiva de seguridad social, lo que convierte a la acción gubernamental en esta área en un requisito indispensable para poder realizar una modernización profunda de la administración pública.

Aunque los procesos de modernización tienden a identificarse con el «adelgazamiento de los aparatos estatales», la «desburocratización» y los programas de «privatización» estas acciones solamente son una de otras tantas que se pueden emprender para hacer más eficiente y eficaz a las organizaciones públicas.

Las acciones mencionadas sólo atienden a una de las maneras de lograr la asignación óptima de los recursos, que son importantes en los procesos de cambio que se viven en el mundo, pero insuficientes. La modernización, especialmente en materia de seguridad social, es crear organizaciones capaces de reaccionar oportunamente al dinamismo del cambio de la economía, la política y la sociedad, atendiendo no sólo a las estructuras internas de la propia administración, sino también a los destinatarios directos de su actuación.

3. DE LA ADMINISTRACION PUBLICA A LA GERENCIA SOCIAL

OMAR GUERRERO OROZCO

Introducción

La invitación a desarrollar el tema anteriormente enunciado se hace en una época extraordinariamente peculiar de la historia moderna, principalmente por las reconcepciones del mundo de nuestros días.¹

Uno de los conceptos de la vida humana que ha sido objeto de mayores pensamientos, es el Estado, cuyos deberes sociales han sido significativamente analizados.² Hoy en día, el Estado se encuentra en una de sus etapas más radicales de transformación, por motivo del cambio internacional de las relaciones entre las naciones, la propensión hacia la globalización de la economía, la formación de bloques comerciales interestatales, la disolución de varios sistemas políticos en Europa y el declive generalizado de los regímenes socialistas en este Continente. Por su parte, América Latina sufre la más grande crisis del siglo, manifiesta por una pérdida muy sensible en los niveles de vida, el incremento de la pobreza y el declive de los programas y las instituciones de bienestar, principalmente los dedicados a la educación, salud, asistencia social, trabajo y seguridad social.³

Dentro de estos cambios, destacan aquellos que han incidido principalmente en la Administración Pública, que se encuentra en una fase de transformación, que exige un replanteamiento de su perfil, función y objeto. Una de las opciones más serias, y debidamente fundada, es aquella que se refiere a la **Gerencia Social**, como un prospecto de reformulación del uso actual y futuro de los programas sociales masivos.

Así pues, la Administración Pública moderna se encuentra inmersa en condiciones sociales mutantes, inherentes a la actualidad, especialmente caracterizadas por los siguientes rasgos: tipo del cambio social, tendencia a la integración planetaria, aumento de la tasa de innovación tecnológica, expansión de las comunicaciones y explosión de complejidad.

EL HORIZONTE DE DESEMPEÑO CAMBIANTE DE LA ADMINISTRACION PUBLICA

“Las tendencias al cambio son inherentes a todas las sociedades humanas, en la medida en que éstas han de enfrentarse a problemas esenciales para los cuales no existe globalmente una solución constante», dijo Samuel

(1) Originalmente, este artículo consistió en una breve ponencia introductoria, titulada: «De la Administración Pública a la Gerencia Social». Fue destinada a la mesa «La Seguridad Social en la Transición de la Administración Pública», coordinada por el suscrito y, que se llevó a cabo en julio 18 de 1994 en la Reunión Internacional: «Opciones para la Reforma de la Seguridad Social», organizada por la Comisión Americana Médico Social de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México, D.F.

(2) Kliksberg, Bernardo. «Rediseñando el Estado en América Latina». Caracas, CLAD. 1992.

(3) Kliksberg, Bernardo (ed.). ¿Cómo enfrentar la pobreza?. Caracas, CLAD. 1989.

Eisenstadt, hace más de un cuarto de siglo.⁴ Y sin embargo, el cambio en la época actual está determinado por ingredientes peculiares, principalmente el grado de aceleración del cambio y la turbulencia social que provoca, principalmente, por efecto de la movilización social, que transforma rápidamente las condiciones de vida de pueblos enteros. Asimismo, no debe soslayarse el efecto que, hoy en día, provoca la incertidumbre para las faenas de planeación, programación y presupuestación de los gobiernos, y en general, para la hechura de las políticas públicas.⁵

Los países que integran al planeta son cada día más interdependientes y están formando lo que se llama una Aldea Global, cuyo signo más visible es la interdependencia universal. Sucesos de gran trascendencia impactan la vida entera de millones de seres humanos, que habitan en países distintos y distantes. Sin embargo, el entramado de la vida cotidiana no está menos ligado, pues los hábitos sociales tienden a uniformarse por el impulso de modos de vida cada vez más similares y formas de consumo también iguales.

Uno de los sucesos más significativos y de elevada repercusión, es la alta tasa de innovación científica y tecnológica, que ha aumentado como nunca en la historia de la humanidad. La actividad científica es patente en la electrónica, biotecnología, robótica, genética, ecología, informática, telemática e ingeniería espacial. Tal como ha sido expuesto por una diversidad de científicos, hoy en día existen más investigadores trabajando, que en todas las etapas de la humanidad precedentes. Al mismo tiempo, existe una gran multiplicación de las comunicaciones humanas, que han facilitado el correo electrónico, las telesecciones de trabajo, el fax, la transferencia de información y la información instantánea. Se trata de una red de información que, de manera inmediata, comunica a los seres humanos del planeta y los hace ser copartícipes de los sucesos de sus vidas, desde los más trascendentales, a los más sencillos y cotidianos, como lo advertimos.

El mundo actual representa un horizonte de desempeño de la Administración Pública, que está constituido como un conjunto de factores cuyo número se ha multiplicado, y se enlazan de manera múltiple y bajo nuevas combinaciones. Este horizonte de desempeño se caracteriza por la reducción de la escala del tiempo de previsión de los acontecimientos, provocando que el futuro se transforme rápidamente en presente, y el presente se haga pasado de inmediato. Por consiguiente, cada vez más, es difícil el ejercicio de la planeación a largo plazo, e incluso a mediano plazo, y hasta la programación y la presupuestación están reduciendo sus horizontes de certidumbre. Esto ha traído consigo el colapso del modelo de política pública racional, basado en la formalidad y la jerarquía, paralizándose los procesos de trabajo de muchos gobiernos, incapaces de introducir innovaciones en ellos. Al mismo tiempo, la explosión de complejidad, refleja condiciones de desempeño gubernamental signadas por la incertidumbre, la inestabilidad, el riesgo y las contingencias.

Aquel modelo tradicional de política pública, vigente hasta hace poco en la

(4) Eisenstadt, S.N. Ensayos sobre el Cambio Social y la Modernización. Madrid, Editorial Tecnós. 1972. p. 45.

(5) Kliksberg, Bernardo. Gerencia Pública en Tiempos de Incertidumbre. Madrid, Instituto Nacional de Administración Pública. 1989.

Administración Pública, significaba el desempeño gubernamental por agregación de experiencia, mediante el derecho administrativo vigente; ahora es insuficiente. Las leyes de los ministerios y las secretarías de Estado, sus reglamentos interiores y manuales de organización, así como los de procedimientos y los instructivos, que plasman esa experiencia, funcionan como patrones prescriptivos por los que fluye la actividad de gobierno, cuyo prospecto confiable es actuar con base en la experiencia. Esto evoca el mencionado comportamiento gubernativo incremental, útil para acciones en época de paz de larga vigencia, de quietud social que reclama insumos de cambio por renovación. El efecto de estas condiciones en la capacidad de desempeño en la Administración Pública, se ha hecho patente en el esquema de gestión tradicional, caracterizado por la jerarquía, el procesalismo ritualista, la uniformidad, la idolatría de la planeación y la estructura, el concepto incremental del funcionamiento administrativo y la idea de renovación. Sin embargo, las condiciones actuales demandan un enfoque distinto de los problemas del desempeño de la Administración Pública.

En la medida en que el tiempo y los recursos se hacen más angostos, el desperdicio, las dilaciones e interrupciones, y las deficiencias en general, se hacen intolerables para pueblos demandantes de calidad en los servicios y los bienes públicos. Hay, pues, un desafío de capacidad de Implementación de la Administración Pública.

EL DESAFIO DE LOS PROBLEMAS DE IMPLEMENTACION DE POLITICAS

Las deficiencias de la Administración Pública son sabidas, de antiguo, como fuentes de problemas políticos. Pero fue hasta hace muy poco, que se iniciaron las indagaciones de las causas de estas deficiencias y de las consecuencias que entrañan. Estas investigaciones se han centrado en la implementación de políticas, y son de suyo estratégicas para el desempeño de los administradores públicos.

El análisis de implementación ha dejado en claro la insuficiencia del análisis económico, para la exploración de los problemas de la ejecución de políticas, y ha demostrado que la función de las organizaciones de la Administración Pública suele obstruir el proceso de política, en lugar de hacer fluir, si las relaciones de autoridad no están debidamente configuradas. Es la autoridad la que determina el formalismo, el ritualismo y el control administrativo rígido, y por consiguiente los obstáculos a la implementación como instancias de veto, si en ella es vigente el modelo tradicional de políticas.⁶

El administrador público profesional debe ser capaz de identificar el incentivo que suscita a la implementación, esto es, el problema de la implementación. Este problema parte, como premisa, de la existencia de una estrategia singular del gobierno, que puede involucrar a un conjunto complejo e interrelacionado de oficinas y agencias gubernamentales, así como de organizaciones privadas, asociaciones profesionales, grupos de

(6) Elmore, Richard. «Modelos Organizacionales para el Análisis de Implementación de Programas Sociales». Luis Aguilar (ed.). La Implementación de las Políticas. México, Miguel Angel Porrúa. 1992 (1978). pp. 185-249.

interés y clientelas. En suma, se debe cuestionar: «¿Cómo puede ser controlada y dirigida esta profusión de actividades?. Esta cuestión, es el corazón de lo que ha venido a conocerse, entre ciertos herejes, como el problema de implementación». ⁷ Tal problema, en suma, consiste en el modo como se suscita la necesidad de la implementación, y que puede ocasionarse de tres modos: por la necesidad de traducción de las intenciones, en resultados; por la imposibilidad de continuar un proceso de políticas; y por el imperativo de aliviar las tensiones que produce este proceso.

Dentro de la primera perspectiva, para que se pueda plantear un problema de implementación, el administrador público debe formular otro cuestionamiento, cuya premisa es la siguiente: si las políticas, planes, decisiones o programas son implementados, ¿Cómo se transforman las ideas dentro de la acción colectiva efectiva?. La respuesta señala, que la efectividad de la implementación reclama condiciones mínimas, entre las que destaca el asentimiento de quienes están a cargo de ella y la disposición deliberada de aquellos que sufrirán su efecto. Asimismo, debe cuajar un compromiso en torno a la comprensión de los objetivos de la política, y la confianza en la organización o persona identificada con el. Es necesario, igualmente, el flujo adecuado y pertinente de recursos financieros procedentes de asignaciones presupuestales, o que proceden del mercado, y el órgano administrativo necesario para realizar cualquier actividad hacia los resultados; a saber: la provisión de los servicios, el cumplimiento de las regulaciones y la reasignación de beneficios. La ausencia de estas condiciones hacen problemáticas a las implementaciones, sobre todo si la fuente de los planes es un mandato remoto o una decisión administrativa elaborada localmente. En suma, la implementación fue suscitada, para traducir las intenciones en los resultados apetecidos. ⁸

El segundo punto de vista, que debe atender el administrador público, se refiere a su definición, pues el problema de implementación se plantea a partir de la necesaria distinción entre política y su implementación. El ser implementado, es una Policy, naturalmente, como lo han declarado dos autores. ⁹ La dificultad estriba en que, frecuentemente, en el paradigma de Administración Pública antiguo, el concepto de política se confunde con el de decisión, de varias formas. Algunas veces, política significa la declaración de una intención, como una amplia declaración de metas y objetivos, sin que nada explique lo que puede hacerse o si algo ha sido hecho; o que será hecho para satisfacer un propósito. En otras ocasiones, política es identificada con la conducta real, es decir, implica la meta y su realización.

El tránsito de la antigua Administración Pública, hacia el paradigma moderno, exige la diferenciación entre política y decisión, porque, cuando la

(7) Bardach, Eugene. *The Implementation Game*. Cambridge, Massachusetts. MIT Press. 1977. p. 5.

(8) Bunker, Douglas. «Policy Sciences Perspectives Implementation Process». *Policy Sciences* núm. 3. 1972. pp. 71-72.

(9) Pressman, Jeffrey and Aaron Wildavsky. *Implementation*. Berkeley, University Press. 1979. pp. XXI-XXII.

política permanece como un objetivo desincorporado, sin actores específicos o sin los actos implicados en la realización de los deseos, no existen las posibilidades para un estudio de implementación. También, cuando la declaración de un objetivo incluye su realización, la implementación resulta innecesaria. En suma: no se puede trabajar con una definición de política que excluye cualquier implementación, o que la incluye del todo. En la identificación del problema de implementación, la moderna Administración Pública sabe que «debe haber un punto de arranque», porque sin una acción no comenzada, no puede haber lugar para la implementación. La implementación debe tener «un punto de fin. La implementación no puede ser exitosa o fracasada, sin una meta contra la cual juzgarla».¹⁰

Bajo las nuevas nociones de la Administración Pública y principalmente en lo que atañe a las funciones sociales, los problemas de implementación se están comenzando a enfocar más como una incapacidad de continuar, que como una ineptitud para comenzar. Bajo esta perspectiva, el deficitario de servicios públicos, constituye un cúmulo de políticas inconclusas, frustradas, inacabadas.

Finalmente, desde el tercer ángulo, el problema de implementación radica en la tensión que produce la ejecución de una política, de modo que la implementación se suscita como problema cuando tal tensión debe ser aliviada. «Las políticas gubernamentales han sido definidas como una acción deliberada del gobierno, hacia el establecimiento de nuevos patrones de transacción o de las instituciones, o el cambio en los patrones establecidos dentro de antiguas instituciones».¹¹ La política formulada por un gobierno, por consiguiente, funge como una fuerza que produce tensión en una sociedad, pues cuando las políticas son implementadas, las rupturas, distorsiones y conflictos, son experimentados por quienes están a su cargo, y por quienes sufren su efecto. Las tensiones generan un influjo que produce patrones de interacción en las instituciones implementadoras y en otras más, que se desenvuelven con proximidad. La implementación es suscitada, por consiguiente, como un procedimiento de degradación tensional, de modo que la ausencia de implementación o su aplicación débil o parcial, causan efectos incompletos de realización de Policy. Uno de los motivos de esta ausencia de culminación, de una acción comenzada, pero que no termina, se puede deber a su carencia de factibilidad. El concepto de factibilidad, implica que un designio puede o no transformarse en resultado, y por lo tanto, derivar en el éxito o el fracaso.

Nociones como estas, han acercado al moderno administrador público a la toma de conciencia, explícita y pública, de su propensión a la falibilidad. En la medida en que el concepto de optimidad está dejando su lugar al de satisfacción, la Administración Pública está aceptando los límites de su desempeño y se sabe estructuralmente limitada para desempeñarse. El

(10) Ibid.

(11) Smith, Thomas. «The Policy Implementation Process». Policy Sciences núm. 4. 1973. pp. 197-209.

análisis de implementación, brinda al administrador público la posibilidad de definir con precisión las nociones de éxito y fracaso. El concepto fracaso puede determinar la capacidad o falta de capacidad para alcanzar los objetivos; es decir, si una organización gubernamental ha desarrollado la suficiencia de personal y recursos para alcanzarlos, como una unidad coherente. En otras palabras, la investigación de implementación colabora a explicar el fracaso de un programa de gobierno, pero no como una patología burocrática o una deficiencia de diseño, sino como una insuficiencia de realización. Entre otras materias de interés, la investigación de implementación se centra en el desempeño de la Administración Pública como conjunto de organizaciones, en donde se procesan las políticas, y explica porque no alcanzaron los propósitos previstos, y como se pueden lograr en el futuro. En suma, el estudio de implementación ofrece una experiencia vivida, como éxito o fracaso, para enderezar la elaboración y ejecución de políticas futuras.

Tales estudios están colaborando en mostrar el vacío de ejecución de una política, y la brecha existente entre los objetivos y los resultados de política. Al ofrecer la definición de los conceptos de fracaso y de éxito, el estudio de implementación ha mostrado el grado de definición de los objetivos, y que, generalmente, son formulados de modo desmedido, así como el alcance real de los resultados, que normalmente son pobres. Con estas aportaciones, resulta claro que las fallas de política no tanto son de origen, sino de ejecución y es evidente que la formación profesional en Administración Pública debe considerar esta verdad. El moderno administrador público debe ser formado, principalmente, dentro de un currículo cuyo acento sea la capacitación para implementar dentro de marcos razonablemente pensados, que equilibren la factibilidad y el deseo de innovar.

Así, sin dejar de considerar el beneficio implícito en la exactitud de las intenciones políticas, de la adecuada atención de los deberes del servicio público y de la exposición clara del alcance de los resultados, existe una conciencia plena de su insuficiencia sin una debida política de implementación. El desafío que plantea el problema de implementación, exige por lo tanto, el diseño de un nuevo paradigma de Administración Pública.

EL NUEVO PARADIGMA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA

La índole del paradigma antiguo, es inoperante ante las condiciones narradas; se requiere de la Administración Pública moderna, caracterizada por atributos tales como la configuración a modo de redes de organizaciones, el desempeño mediante procesos de decisiones y elaboración de políticas públicas, la imaginación y versatilidad, la valoración del ser humano, principalmente por medio de la formación y la carreras administrativas, la prospección en futuros razonablemente previsibles y la capacidad de desempeño en escenarios alternos.

Un nuevo concepto se abre espacio bajo el impulso de estas nociones: la Gerencia Pública, cuyo objeto primordial es brindar un campo altamente innovativo de formación profesional para el servidor público que ocupa los altos mandos.¹² Dentro de las circunstancias narradas, la administración pública tradicional es insuficiente, no solamente para atender el presente, sino para enfrentar el futuro. Esto patente que los currícula de las universidades iberoamericanas, que siguen diseñados para la preparación en técnicas administrativas, que están muy alejadas de la moderna gerencia pública, más basada en líneas flexibles de autoridad y fundadas en un amplísimo ámbito de comunicaciones. El gerente público moderno se caracteriza por la capacidad de análisis, la aptitud para introducir racionalidad en el proceso decisorio y la habilidad para establecer adecuadas relaciones interpersonales.

Asimismo, el gerente público moderno formula y aplica políticas, y dirige a un grupo humano hacia el objetivo elegido bajo criterios teleológicos y de retroalimentación informativa, basada en capacidades desarrolladas de persuasión y argumento. Todo esto es diverso a la administración pública tradicional, fincada en la elaboración de presupuestos, los procesos de selección, capacitación y selección de personal, y puesta en marcha de sistemas contables.

La diferencia esencial entre el paradigma antiguo y el moderno, consiste en el enfoque de los problemas de política pública; esto es, en el modo como estas técnicas, en la gerencia pública moderna, producen información para el proceso decisorio ante escenarios alternativos; cómo la administración de personal facilita las relaciones interpersonales, y cómo los sistemas contables viabilizan la retroalimentación. La administración pública tradicional es más próxima a las técnicas administrativas, por su énfasis en la jerarquía, los procesos y las uniformidades, y es inaplicable e inviable en contextos organizativos signados por la ambigüedad, la interdependencia, los compromisos múltiples y la incertidumbre política.

El gerente público debe ser capaz de organizar y comunicar información con claridad en una variedad de audiencias y grupos de públicos, tanto verbalmente como de manera escrita, y saber utilizar y desarrollar información estadística. Recientes diagnósticos administrativos, han identificado el eclipse de países altamente desarrollados, en las deficiencias de las organizaciones públicas y privadas, y el ascenso de otros países con base en la eficiencia de sus organizaciones. Ahora, en ambientes determinados por inestabilidad, riesgo, incertidumbre, terminales múltiples y bifurcaciones, la administración pública requiere una profunda revisión conceptual. Hoy en día, pues, el concepto de administración pública tiende a ser reemplazada por

(12) Motta, Paulo Roberto. «A Ciência ea Arte de Ser Dirigente». Rio de Janeiro, Editorial Record. 1991. Cpts. 1 y 2. White, Louise. «Public Management in a Pluralistic Arena». USA, Public Administration Review vol. 49, núm. 6. Nov.-Dic., 1989, pp. 522-532. Clayton Thomas, John. «Public Involment in Public Management: adapting testing a Borrowed Theory». USA, Public Administration Review vol. 50, núm. 4. Jul.-Aug., 1990. pp. 535-445.

la noción de gerencia pública, no tanto como un mero cambio nominal, sino como connotación que refleja una realidad diversa.

Las condiciones actuales han reclamado una reconceptuación a fondo de las organizaciones, hoy en día configuradas de manera flexible, para encarar los cambios tecnológicos, las transformaciones del mercado y otros factores limitantes, en que las nociones jerárquicas son refractarias. La administración pública tradicional distingue el planeamiento y la ejecución, y las fallas de la organización se acreditan a la segunda, en tanto que la gerencia pública moderna las concibe dentro de un proceso integrado.

En víspera que concluya el siglo XX y se inicie el siglo XXI, la capacidad gerencial pública consiste en un recurso precioso para el desarrollo de las sociedades, pero es un recurso limitado planetariamente hablando que deberá ser desenvuelto a escala internacional y sobre el cual Iberoamérica tiene necesidades imperativas, urgentes e impostergables. Una gerencia pública de este tipo será un puntal para la democratización de la región, para dar transparencia a los actos públicos, para ampliar los espacios de la participación ciudadana y para la protección de los derechos humanos. Cimentará, asimismo, la administración de los programas de bienestar social en una época en la cual el 45% de la población de Iberoamérica, cerca de 200 millones de personas, se encuentran en situación de pobreza y casi la mitad de esta cifra en el pauperismo. Se trata, propiamente hablando, de una gerencia pública necesaria, como atinadamente la bautizó Bernardo Kliksberg.

Por todo lo anterior, resulta evidente que las condiciones actuales demandan, de manera imperativa, un nuevo papel del Estado, el cual, alejándose ya de las etapas del ajuste económico y los grandes programas de privatización, desempeñe un papel intensamenteprotagónico de los nuevos quehaceres públicos. Entre estos quehaceres, destaca la gerencia social de programas sociales masivos, cuya administración, por su elevada complejidad y fortificado concepto de lo público, debe ser asumido por nuevas organizaciones gubernamentales alejadas del paradigma tradicional e incrementalista.

El grave nivel de incertidumbre y riesgo, inviabiliza la asunción de estas responsabilidades por parte de los particulares, y reclama del Estado su asunción plena, pero bajo un nuevo modelo de gerencia pública para lidiar, con éxito, ante situaciones signadas por la incertidumbre.

La seguridad social, que en nuestro país cubre beneficiosamente tantos mexicanos, constituye uno de los mejores laboratorios para la gerencia social moderna, cuya configuración, con base en la noción de redes organizativas y administración de programas sociales masivos, posibilitará un nuevo enfoque, más moderno y progresivo, de la administración pública mexicana.

Uno de los problemas más relevantes para la administración pública, hoy en día, consiste en la transformación acelerada del servicio

público.¹³ Esta metamorfosis ha incidido fuertemente en la composición de dicho servicio, principalmente en los contenidos de desempeño de las carreras administrativas y especialmente en el carácter de la formación del funcionario público moderno. Tal situación ha mostrado el gran valor del servicio civil de carrera en los países donde existe y su imperativa necesidad donde no lo hay.

En las naciones de tradición profesional del servicio público, como en Inglaterra, Francia y Alemania, las restricciones que han afectado al propio servicio no han trascendido a los funcionarios de carrera cuya estabilidad garantiza su empleo.¹⁴ Pero, más allá, tal estabilidad sirve de factor de orden y continuidad a los negocios públicos, y facilita la transmisión del poder entre los partidos políticos. En contraste, en los países que carecen de tradición profesional del servicio público, aquellas restricciones han afectado sensiblemente a una gran cantidad de funcionarios, que han perdido el empleo y frustrado sus proyectos laborales a corto, mediano y largo plazo.

Los conceptos neoliberales han centrado su crítica a los gobiernos en su «tamaño», es decir, en la cuantía del servicio público, cuando el problema se encuentra en la calidad de desempeño. Un problema generalizado que se percibe en el servicio público carente de carrera administrativa, consiste en las deficiencias de desempeño atribuibles principalmente a la carencia de profesionalización e idoneidad de los funcionarios.

Es evidente en estos últimos países la necesidad de articular un programa integral de carrera administrativa basado en tres elementos: a) Establecimiento del servicio civil; b) Institución de programas gubernamentales de formación en gerencia pública, principalmente de una Escuela Funcionarial de Estado; c) Reorientar el papel de las universidades e instituciones académicas por cuanto su participación en la formación de los servidores públicos.

En México no existe la carrera administrativa como una institución generalizada en el servicio público, sino nichos especializados, principalmente el servicio exterior y el servicio profesional electoral. Tampoco existe una Escuela Funcionarial de Estado, pero cuenta con una gran cantidad de instituciones académicas de enseñanza de la administración pública. Sin embargo, ante los retos del presente, entre otros, la integración planetaria, ya iniciada con la asociación comercial con Canadá y los Estados Unidos, requerirá una intensa profesionalización del servicio público.

Un camino, que pueden seguir los países iberoamericanos, puede ser el que ha abierto el gobierno de Venezuela, que tiene una rica experiencia en la formación de gerentes públicos, particularmente a partir de la extinta Escuela

(13) Staats, Elmer. «Public Service and the Public Interest». USA, *Public Administration Review* vol. 48, núm. 2. Nov.-Dic., 1988. pp. 601-605.

(14) Haro Bélchez, Guillermo. «El Servicio de Carrera y los Servidores Públicos». En *Ensayos sobre la Modernidad*. México, Editorial Diana, 1989. pp. 47-82. Laso Vallejo, Gregorio. *La Función Pública en Inglaterra*. Madrid, Centro de Formación y Perfeccionamiento de Funcionarios, 1965. Caps. II y III. Vernardakis, Georges. «The National School of Administrative and Public Policy Making in France». *Revista Internacional de Ciencias Administrativas*, volumen 54, núm. 3. 1988. pp. 427-451. Baccigalupo, Alain. «E' Ecole Nationale d' Administration Publique». *La Revue Administrative* número 158. Marzo-Abril, 1974. pp. 174-180.

Nacional de Administración Pública, que puede ser explotada a favor de los proyectos similares.¹⁵ Actualmente, la Comisión Presidencial para la reforma del Estado (COPRE) tiene a su cargo la organización de la Fundación Instituto para el Desarrollo de la Alta Gerencia, que es al mismo tiempo un producto de los fructuosos trabajos del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), que revive una vieja tradición venezolana de formación de recursos gerenciales para el sector público.¹⁶ La nueva institución, cuyo decreto de creación ya ha sido expedido, se abocará a la promoción y capacitación de los gerentes públicos del país, participará en su profesionalización, efectuará investigaciones y fomentará la cooperación técnica, por sí mismo o por medio de la colaboración de otras instituciones, pues su diseño será el de un organismo de fomento del desarrollo gerencial, que fungirá como centro de una red interinstitucional.

Asimismo, en el seno del Instituto Venezolano de Planificación opera la Escuela de Ciencias y Técnicas de Gobierno, a cuyo cargo están dos cursos de posgrado en el nivel de especialización, uno en gerencia pública, otro en planificación global.

Lo más significativo para este artículo, sin embargo, es el hecho que el gobierno venezolano ha instituido recientemente a la Escuela de Gerencia Social, que es al mismo tiempo uno de los productos más admirables de los trabajos del CLAD y, asimismo, la encarnación de los modernos progresos de la gerencia pública en sus aspectos sociales. Creada recientemente en octubre de 1989, la escuela tiene como objeto la formación y capacitación de los gerentes sociales destinados a la administración de los programas e instituciones dedicadas al desarrollo social en Venezuela. Depende del Ministerio de la Familia y brinda una variedad de servicios, principalmente formación y capacitación.¹⁷ Destaca el proyecto de un curso permanente de gerencia social, con un currícula propuesta de que sea suficientemente nutrido para alcanzar una formación gerencial completa. En la actualidad, están explorando el perfil de los posibles cursantes y avanzando en el citado currícula.

Será de gran beneficio para Venezuela, y para Iberoamérica en general como un camino a seguir, el desempeño de la mencionada Fundación Instituto para el Desarrollo de la Alta Gerencia, que junto con las otras dos instituciones de formación gerencial pública, rendirán beneficios de interés nacional.

(15) El gobierno venezolano es uno de los pioneros en la región, en lo relativo a la formación de gerentes públicos por propia mano. En junio 26 de 1962 creó a la Escuela Nacional de Administración Pública, adscrita a la Comisión de Administración Pública, para formar, capacitar y perfeccionar a los servidores públicos del país. Dentro de estas labores académicas, destacaba del Curso Superior de Administración Pública iniciado en 1965, con nivel de Posgrado, y que desde 1968 se impartía con la colaboración del Centro Interamericano de Administración Pública de la OEA. Comisión de Administración Pública. Escuela Nacional de Administración Pública. Caracas, Venezuela. Septiembre, 1992. 18 pp., más cuadros. Escuela Nacional de Administración Pública. Curso superior de Administración Pública. Caracas, Venezuela. Sin año. 27 pp.

(16) La Fundación Instituto para el Fomento de la Alta Gerencia, que llena el vacío dejado por la Escuela Nacional de Administración Pública, constituye un proyecto atento a las novedades de nuestro tiempo que promete grandes realizaciones.

(17) Fundación Escuela de Gerencia Social. Ministerio de la Familia. Caracas Venezuela. 1991. 6 p., Curso Permanente de Gerencia Social (Propuesta Preliminar). Escuela de Gerencia Social. Ministerio de la Familia. Caracas Venezuela. 1991. 10 pp.

BIBLIOGRAFIA

1. Baccigalupo, Alain, L' Ecole Nationale d'Administration Publique. Francia, La Revue Administrative, marzo-abril, 1974:174-180.
2. Bardach E., The Implementation Game Cambridge, Massachusets, U.S.A., MIT Press, 1977.
3. Bunker D., Policy Sciences Perspectives Implementation Process. U.S.A., Policy Sciences num. 3, 1972.
4. Clayton Thomas J., Public Involment in Public Management: adapting testing a Borrowed Theory. United States of America, Public Administration Review, 1990. Jul-Aug.,(50), num. 4:535-445.
5. Comisión de Administración Pública, Escuela Nacional de Administración Pública. Curso Superior de Administración Pública. Caracas, Venezuela, septiembre 1972:18 y 27.
6. Gaceta Oficial, (Decreto número 2096) febrero 1962, Fundación Instituto para Desarrollo de Alta Gerencia Pública. Caracas, Venezuela, marzo 6 1992.
7. Eisenstadt S.N., Ensayos sobre el Cambio social y la Modernización. Madrid, Editorial Tecnós, 1972.
8. Elmore R., Aguilar L. Modelos Organizacionales para el Análisis de Implementación de Programas Sociales. La implementación de las Políticas. México, Porrúa, 1992 (1978):185-249.
9. Haro B., El Servicio Civil de Carrera y los Servidores Públicos. México, Editorial Diana, Ensayos sobre la Modernidad, 1989:47-82.
10. Ministerio de la Familia. Fundación Escuela de Gerencia Social, Curso Permanente de Gerencia Social (Propuesta Preliminar), Caracas, Venezuela, 1991:6.
11. Kliksberg B. Gerencia Pública en Tiempos de Incertidumbre. Madrid, Instituto Nacional de Administración Pública, 1989, cap. I.
12. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), ¿Cómo enfrentar la Pobreza?. Caracas, Primera parte, 1989.
13. CLAD., Rediseñando el Estado en América Latina. Caracas, 1992.
14. Lasd V.G., La Función Pública en Inglaterra. Madrid, Centro de Formación y Perfeccionamiento de Funcionarios, 1965, caps. II y III.
15. Motta P.R. A Ciencia ea Arte de Ser Dirigente. Río de Janeiro, Editorial Record. 1991, caps. 1 y 2.
16. Pressman J., Aaron W., Implementation. U.S.A., Berkeley University Press, 1979.
17. Smith T. The Policy Implementations Process, U.S.A., Policy Sciences num. 4, 1973.
18. Staats Elmer, Public Service and the Public Interest. United States of América, Public Administration Review, (48), num. Nov-Dic. 1988:601-605.

19. Vernardakis G., The National School of Administrative and Public Policy Making in France. Bruselas, *Revista Internacional de Ciencias Administrativas*, (54), num. 3, 1988:427-451.

20. White L., Public Management in a Pluralistic Arena. United States of América, *Public Administration Review*, (49), num. 6, Nov-Dic. 1989;522-532.

ECONOMIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Un aspecto relevante de la seguridad social es su relación dual con la economía, ya que por una parte el factor económico constituye uno de los sustentos de mayor importancia de la seguridad social y por otra parte, esta última se erige como uno de los puntales de la economía dado que incrementa la calidad del «capital humano» y con ello aumenta la productividad y competitividad de los bienes y servicios que generan empresas e instituciones.

Cualquier tendencia al fortalecimiento o expansión de la seguridad social, requiere necesariamente de nuevas decisiones en materia de gasto social, fuentes de financiamiento, racionalidad en el uso de los recursos, contención de costos, modernización de los sistemas contables y alternativas de operación que contemplen acciones con un mayor equilibrio costo-beneficio.

En este apartado se analizan algunos aspectos de la economía en relación a la seguridad social y específicamente a la economía de la salud, que es el capítulo de más importancia con respecto a los costos de la seguridad social.

1. ECONOMIA Y SEGURIDAD SOCIAL. PRINCIPIOS Y OBJETIVOS

ROBERT LONG VARANGOT

La economía está íntimamente relacionada con la seguridad social, no sólo porque es su factor condicionante necesario, sino por la repercusión que la misma produce sobre los procesos económicos al promover la producción, la distribución, los consumos y la oferta de mano de obra.

El aumento de la productividad no depende únicamente de las inversiones de capital, sino de la disponibilidad y la utilización de los recursos humanos en función de los programas de crecimiento económico.

Esto requiere fundamentalmente la organización de un sistema adecuado de cobertura de las contingencias que permitan reducir al mínimo cualquier pérdida del potencial activo por enfermedad, accidentes de trabajo, invalidez y muerte prematura.

Por otra parte, el desarrollo social que eventualmente, en su iniciación, puede restar al proceso económico una parte de la reinversión del ahorro, se traduce luego en un factor coadyuvante del proceso económico al crear mejores condiciones de vida.

Todos los beneficios sociales constituyen verdaderas inversiones en el mejoramiento de la población, que es la beneficiaria en la distribución del producto nacional; el progreso en salud, educación, trabajo, vivienda y alimentación es parte y, a su vez, causa y efecto del crecimiento económico y de los procesos nacionales de desarrollo.

La crisis económica de la década de los ochenta, que afectó a la mayoría de países de América Latina dio origen a la instrumentación de políticas económicas de ajuste que propiciaron una mayor racionalización en el uso de recursos.

La situación de crisis económica tuvo consecuencias en el sector de la seguridad social, claramente expresadas en el informe bianual de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, de donde extractamos:

«Existen dudas respecto a la posibilidad de que los programas de seguridad social mantengan estabilidad financiera a largo plazo y logren un mejoramiento en las prestaciones que otorgan».

Destaca que en muchos países la seguridad social se ha reducido, no se han elevado los niveles de protección existentes, no se han incluido innovaciones, ni se han ampliado sus coberturas.

Afirma la AISS que la disminución en el ritmo de crecimiento económico ha tenido un efecto inmediato sobre las políticas de seguridad social. El factor que limita las posibilidades financieras radica en que hay estancamiento en el mercado de trabajo, lo cual ha reducido el número de contribuyentes.

En el sector salud se comprueba el surgimiento de enfermedades endémicas que ya habían sido superadas y la reducción en las inversiones en recursos humanos e infraestructura física.

Esto ha dado lugar a la implementación de políticas de reforma sectorial e institucional orientadas a la aplicación de técnicas de asignación óptima de recursos.

Se plantean la promoción de la coparticipación del sector público y privado, y la identificación de fuentes y mecanismos alternativos de financiamiento y gasto que contribuyan a mejorar la eficiencia y equidad en la utilización de los recursos.

La importancia del tema radica en comprender y aceptar que la economía aplicada a la seguridad social y en especial a la salud contribuye a la toma de decisiones en la elección de alternativas para mejorar la eficiencia y equidad tanto en los servicios sociales como en los servicios de salud.

Nuestros países tienen la necesidad de adaptar sus sistemas de seguridad social y de salud a la nueva realidad política, económica y social, a la luz de la globalización de las economías y ante el impostergable reto de extender la cobertura hacia toda la población en el contexto generalizado de crisis en la que no puede ser ignorada la recesión económica, el empleo y las políticas de ajuste estructural con altos costos sociales.

La economía de la seguridad social puede incluir entre sus objetivos específicos los siguientes:

- Estudiar a los individuos y a las organizaciones que se dedican a brindar servicios de seguridad social y de salud, buscando establecer principios, teorías y modelos para identificar las causas determinantes más importantes de los fenómenos económicos que inciden en la seguridad social y viceversa.

- Analizar los diferentes intereses que operan dentro del sector de la seguridad social y salud y sus consecuencias sobre aspectos relacionados con la economía y funcionamiento de los servicios que prestan.

- Utilizar las técnicas de análisis económico en la evaluación de las fuentes de financiamiento, la utilización de los recursos en función de la eficiencia, efectividad y equidad de los servicios sociales y sistemas de salud.

- Identificar posibles medidas que puedan tomarse a fin de mejorar la aplicación del análisis económico para planificar políticas en el área de la seguridad social y de la salud.

- Estimular la discusión sobre posibles opciones de reforma o innovaciones en los servicios sociales y de salud a la luz de sus propias características y de la experiencia de otros países.

Finalmente y aceptando que la economía debe ser una herramienta de valor a los efectos de obtener los mejores resultados a los fines de la seguridad social, y sin pretender su desvalorización, no se deba caer en el error siempre repetido de ver a la economía como un fin en sí misma.

Esa visión ha sido la responsable de la aplicación histórica de determinados modelos económicos, como el de los ochenta, que han llevado a nuestros países a obtener grados de «situación de pobreza» imprevisibles y de tal envergadura que han llegado a inquietar a organismos internacionales de las características del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo.

Priorizamos las bases fundamentales ideológicas en la concepción que tenemos de la seguridad social y que hoy en un contexto internacional muy dinámico y complejo pero no favorable a nuestra concepción, entendemos de rigor afirmar nuestros principios doctrinarios y lo hacemos tomando nuevamente afirmaciones del documento de la A.I.S.S., donde se destaca que ante la falta de consenso sobre el futuro de la seguridad social, existen algunos proponentes de la privatización absoluta de ese sistema, especialmente en los países en desarrollo donde son más graves los problemas del financiamiento y la administración de los seguros sociales.

Se comenta que aún en la economía de mercado es necesario que el Estado mantenga instituciones que proporcionen ciertos servicios a determinados sectores de la colectividad. Los principales objetivos de estas instituciones son dos:

- 1° Integrar y apoyar un patrimonio colectivo.
- 2° Dar respuesta a ciertas necesidades de las personas que lo han creado, por medio de una gestión de servicio, en contraposición a la de beneficio.

Gracias a estas instituciones, se logran relaciones entre los hombres, distintas a las impuestas por la economía de mercado y se da sentido y calidez a las relaciones sociedad-Estado.

De esta forma tendrán sentido todos los esfuerzos que se hagan en pro de contribuir al desarrollo de la seguridad social americana y mejorar el funcionamiento de las instituciones de los países que la integran.

2. ECONOMIA POLITICA Y SEGURIDAD SOCIAL

ROLANDO CORDERA CAMPOS

En 1993 se cumplieron 110 años de la promulgación de la primera Ley del Seguro Social, en la Alemania de Bismarck. También se conmemoró el cincuentenario del Informe Beveridge sobre la seguridad social en la Gran Bretaña de la segunda guerra mundial, que revolucionó el enfoque anterior al introducir el concepto global de la seguridad social. Estos dos momentos, marcaron el inicio de dos formas de protección a los riesgos sociales. Uno de los fenómenos sociales más importantes del siglo XX, ha sido de manera relevante para la economía y la sociedad de nuestro tiempo, la expansión de los sistemas de seguridad social en el mundo. Sin lugar a dudas, la estabilidad económica y social de las grandes naciones industrializadas se explica en parte por el ininterrumpido crecimiento de sus sistemas de seguridad social y a su vez, la fragilidad de esos sistemas en los países más atrasados, es una de las causas de que su subdesarrollo se prolongue y en ocasiones se amplifique.

² Cabe destacar que si bien los sistemas de seguridad social latinoamericanos son en general avanzados por lo que se refiere a sus leyes y reglamentos, su consolidación ha dependido siempre de la fragilidad política y financiera de los Estados nacionales a los que pertenecen. Para revisar casos particulares de países latinoamericanos, véase el libro ya citado de Meza Iago.

No sólo los países desarrollados cuentan con sistemas de seguridad social complejos. América Latina fue pionera en introducir muchos adelantos en materia de seguridad social¹, como base de las garantías sociales que complementan a las garantías individuales en sus respectivas constituciones, antes de que éstas fueran aceptadas en los Estados Unidos. Los sistemas de seguridad social en América Latina, incluyeron tempranamente programas de seguros de salud y de medicina preventiva, en algunos casos desde los años veintes y treinta. Sin embargo, la cobertura y el grado de adelanto de los sistemas de seguridad social latinoamericanos, también implicaron que los principales síntomas de la crisis de la seguridad social en el mundo se dejaran sentir tempranamente en la región².

Si la seguridad social ha sido uno de los pilares del capitalismo del siglo XX, la crisis en la que se encuentra desde hace varios años constituye sin lugar a dudas uno de los más grandes desafíos de este fin de siglo, y una de las cuestiones no resueltas más importantes de la reforma del Estado que se busca realizar en todas las latitudes. El crecimiento ininterrumpido de los sistemas de seguridad social trajo consigo el correspondiente aumento de los costos, hasta llegar a representar una pesada carga que contribuyó a la crisis fiscal del estado benefactor. De ahí que la reforma a la seguridad social nos plantea dos grandes tipos de problemas que atañen a la Economía Política de cualquier signo: el problema de su financiamiento, que incorpora la discusión sobre esquemas de corresponsabilidad entre los factores de la producción y el estado en el sostenimiento de la seguridad social; y por otro lado el problema que atañe a la discusión sobre la distribución de los beneficios del desarrollo, o dicho de otra forma, entender a la seguridad social como un esfuerzo redistributivo de gran alcance en la sociedad moderna para mitigar las fallas e imposibilidades del mercado en la procuración del bienestar social.

La discusión de estos dos grandes problemas de la Economía Política, se inscribe necesariamente dentro de un debate más amplio, que ha estado presente en las polémicas que por espacio de casi dos décadas se han desarrollado en torno a la reforma de los sistemas de seguridad social. Este debate es el relativo a los equilibrios que deben guardar el Estado y el mercado en las sociedades capitalistas modernas. La importancia de definir las esferas y los campos de influencia de ambos, ha suscitado hasta ahora muchas controversias y muy pocos consensos, en la medida en la que se ha tendido a privilegiar soluciones extremas, que tienden a la estatificación o a la privatización total de los sistemas de seguridad social. Esta discusión tiene una fuerte carga ideológica en uno u otro sentido, e implica en ambos casos responder a la interrogante sobre si es o no una obligación del estado la provisión pública de una serie de servicios

¹ Carmelo Meza Lago señala que los países del cono sur se adelantaron en la fecha de su establecimiento y en la cobertura del concepto mismo de la seguridad social, tanto a las instituciones y programas que acompañaron al New Deal en Estados Unidos en la década de los treinta, como al propio informe Beveridge de 1942. Meza Lago señala que ya en la década de 1920 en Chile y Argentina se incluían dentro del concepto de seguridad social a la legislación laboral, los seguros de salud para los trabajadores y los fondos de pensiones. Meza Lago, Carmelo, *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*. Lectura del Trimestre Económico, Número 58, Fondo de Cultura Económica, México 1986.

sociales universalizados. Quienes se han inclinado más por la salud del estado en la provisión de estos servicios, han encontrado que su profundo arraigo y su amplia clientela nacional hacen que resulte difícil desmontar el viejo aparato de seguridad social. Quienes se inclinan a su vez porque el Estado siga siendo el responsable de estos servicios, se han enfrentado a crecientes problemas de financiamiento y burocratización de sistemas cada vez más complejos. Hoy en día cualquier iniciativa de reforma se enfrenta a la urgencia de hacer costearable para las sociedades capitalistas el sostenimiento de modernos sistemas de seguridad social, manteniendo el nivel mínimo de vida que las instituciones anteriores, pese a sus limitaciones, garantizaron.

La reforma del estado surge del reconocimiento de que la crisis del Estado benefactor impone la necesidad de revisar la gestión estatal en todos los ámbitos. De esta revisión surge el reconocimiento de que el Estado ya no puede garantizar el pleno empleo, recurriendo a las palancas tradicionales de la macroeconomía keynesiana. Sin embargo resulta importante separar dos aspectos que coincidieron coyunturalmente en el tiempo y que por lo mismo, frecuentemente se cuestionan como si fueran parte de un modelo de Estado hoy superado: el Estado social benefactor y la política macroeconómica keynesiana. Efectivamente ambos son complementarios, pero la crisis del keynesianismo y su incapacidad para mantener su compromiso de pleno empleo, no tiene por qué conducir mecánicamente a la descalificación de la política social del Estado benefactor.

Difícilmente la política social del Estado moderno podrá desprenderse de ciertas funciones que hoy son consideradas como responsabilidades estatales. Por el contrario, hoy en día parece más conveniente clasificar a los Estados sociales en dos aspectos o dimensiones³:

- a) El tipo de sistema de seguridad, de acuerdo a la naturaleza y el carácter de sus instituciones.
- b) Su orientación y vinculación con los mercados de trabajo, sus derechos y reglamentaciones.

De acuerdo a estos dos tipos de clasificaciones, en el primer caso los sistemas estatales de bienestar social no se reducen exclusivamente a prestaciones laborales e instituciones de salud pública, sino que constan de un conjunto de leyes y reglamentaciones laborales, sanitarias, educativas, ecológicas y de desarrollo urbano, que constituyen a su vez conquistas del avance democrático. La creación de las instituciones sociales de los sistemas de bienestar social, forma parte de la construcción de Estados Nacionales por medio de política de población que a su vez, requieren de sistemas de prevención y de pensiones para tener una organización estatal efectiva, así como las políticas de educación y salud necesarias para formar ciudadanos integrados al mercado nacional. En el caso de los países subdesarrollados, el desarrollo de los sistemas de bienestar social se inscribe en este tipo de Estado social.

³ Una exposición más amplia de esta tipología de Estados sociales puede revisarse en el artículo de Rolando Cordera Campos y Enrique González Tiburcio: «La Economía Política de la seguridad social», publicado en libro *La seguridad social y el Estado moderno*, FCE-IMSS-ISSSTE, 1992.

En el segundo caso, el capitalismo industrial ha traído consigo una serie de conquistas laborales que se ha expresado en la legislación respecto a fábricas, higiene pública y seguridad frente a accidente del trabajo. El estado social es aquí parte de una cultura de industrias, fábricas, movimientos obreros, y de planeación social y económica. La experiencia histórica demuestra que los recientes cambios en la economías laboral (pérdida de poder de los sindicatos, contratos a destajo, pagos por honorarios sin derecho a prestaciones sociales, aumento del personal de confianza), han encontrado mayores resistencias al momento de plantear reformas al sistema de seguridad social vigente, en casi todos los países.

Estos dos tipos de Estado social (los derivados propiamente de la construcción y consolidación del Estado y los que son el resultado de las demandas sociales que genera un proceso de industrialización) pueden presentarse simultáneamente en un caso concreto, dando lugar a dos conceptos que frecuentemente se utilizan como sinónimos, pero que técnicamente se refieren a dos cosas distintas: el seguro social y la seguridad social. El seguro social tiende a limitar su cobertura a la fuerza de trabajo asalariada y a algunos de sus dependientes, se financia con la contribución de los asegurados y de los empleadores (y a menudo, como en el caso de México, del Estado), y otorga beneficios de salud, vivienda y fondo de retiro, relacionados por lo menos en parte con tales prestaciones, a través de diferentes programas. La seguridad social protege por lo general a casi toda la población contra todos los riesgos sociales; en principio busca otorgar beneficios más uniformes, pero también puede implementar programas de servicios focalizados para la atención de poblaciones de bajos recursos. El seguro social es el principal componente de los sistemas modernos de seguridad social, pero no reemplaza la necesidad de una cobertura más amplia, más aún teniendo en cuenta el desarrollo de la economía informal, que deja fuera del seguro social a segmentos importantes de la población.

A partir de estos elementos podemos entender la existencia de capitalismo con un intervencionismo social fuerte (por ejemplo Suecia y Austria); estados sociales compensatorios blandos (como Francia, Bélgica y Alemania) y estados de pleno empleo con escasa política social como Japón y Suiza, hasta estados con escasa o nula política social, con pocas prestaciones y una provisión social limitada de servicios públicos, a los que se tiene acceso de manera privada por la vía del empleo y los ingresos (como Nueva Zelanda). El desarrollo de distintos tipos de intervencionismo corresponde a las modalidades que el capitalismo adquirió en cada país, principalmente a su capacidad para incorporar o excluir a los grupos con menor capacidad económica de los beneficios del crecimiento. Por otra parte, la eficiencia y la eficacia del sistema de seguridad social de cada país para atender las fallas del mercado, están dadas por la medida en la que ha evitado incurrir en las «fallas» del Estado, lo cual depende de la capacidad político-instrumental de sus instituciones.

Al considerar los sistemas de seguridad social como mecanismos compensatorios de las fallas del mercado, nos enfrentamos a la necesidad de plantear la reforma político-instrumental de las instituciones antes de plantearnos su desaparición o la retirada del Estado de este ámbito, vital para la estabilidad del sistema en su conjunto. No siempre el principal componente de esta reforma es el financiero, como lo demuestra la existencia de países que tienen mejor desarrollo humano que nivel de ingresos y de gasto social. Esto nos demuestra que si bien el monto del gasto social es fundamental, no basta para lograr un mejor bienestar social. La discusión no puede limitarse a las fuentes de financiamiento y su monto, sino a la forma en que se gasta y el contexto social y económico en el que se realiza el gasto.

Hoy día se discute ampliamente la necesidad de repartir mejor la carga de los sistemas de bienestar social, que adicionalmente se enfrentan al reto de lograr objetivos de eficiencia en sistemas cada vez más complejos. La discusión entre privatización y estatización de los sistemas de seguridad social no agota la agenda de su necesaria reforma, además de que la experiencia internacional en la materia dista de ser concluyente en una u otra dirección. Asimismo, el problema del financiamiento no necesariamente es el único ni en ocasiones el más importante para avanzar en la reforma, como lo demuestran los estudios internacionales que señalan que no existe una correlación estrecha entre el nivel de gasto social y la cobertura de población. Es necesario, para avanzar en el diseño de sistemas nacionales de bienestar social de amplia cobertura que sean a la vez eficaces y eficientes, considerar la forma en la que opera cada sistema nacional de seguridad social: su estructura y las interrelaciones que establece entre los distintos niveles de prestaciones y de atención a la salud. Una estrategia exitosa de modernización y racionalización de los sistemas nacionales de seguridad social, deberá atender a su dimensión técnica, lo mismo que a sus dimensiones económica y política.

Una agenda viable de reforma del estado, tiene que contemplar como uno de sus puntos más importantes la reforma del sistema de seguridad social. Reducir la crisis de la seguridad social a su dimensión estrictamente financiera, como si su solución dependiera tan sólo del aumento o la disminución del gasto social, equivale a ignorar otros muchos retos que enfrentarán los sistemas de seguridad social de cara al siglo XXI.

El principal de estos retos, será responder a una economía cada vez más internacionalizada que modifica la relación empleo-salario, base de los sistemas de seguro social de la posguerra. Los cambios en la economía laboral, que también incluyen el aumento de la economía informal, imponen la necesidad de revisar una vez más el concepto mismo de seguridad social.

La triada empleo-sindicato-seguridad social que es la base de varios modelos de seguridad social, entre ellos el nuestro, está hoy rebasada por el avance de la informalidad y los cambios en las relaciones laborales que impone el acelerado cambio tecnológico. Para hacer frente a estos cambios de la estructura económica y social de nuestro tiempo, será necesario adecuar la

legislación laboral y sobre todo, hacer un importante esfuerzo de creatividad institucional, que ensaye nuevas fórmulas para un mundo que ya cambió.

3. ECONOMIA DE LA SALUD

JULIO FRENK MORA/CARLOS CRUZ RIVERO

Bases Conceptuales

A diferencia de otros bienes y servicios, la salud tiene una naturaleza dual: por un lado, es un componente del bienestar social; y por el otro, es un sector creciente de la economía.

En relación con la salud como componente del bienestar social, se observan tres elementos centrales que caracterizan a la política social: a) las acciones encaminadas a proporcionar capacitación básica; b) la generación de un Estado de Derecho, y c) el desarrollo de mercados competitivos. La salud se integra a la política social en la medida en que, junto con la educación y la vivienda conforma uno de los elementos sustantivos de la capacitación básica que todo individuo debe adquirir para participar equitativamente en la sociedad.

Como un sector creciente de la economía, el gasto social, como proporción del gasto público programable, ha pasado de una tercera parte en 1980, a más de la mitad en 1994 (54%) pudiéndose elevar hasta el 65% para la segunda mitad de la década de los noventa. Dentro del gasto social, el gasto en salud pasó del 11.6% en 1984 al 21% en 1992. A su vez, se observa que el sector salud empleó en 1991, en forma directa, a 633 mil personas correspondiendo al 2.8% del total nacional. Además el sector demanda insumos de otros sectores estimulando así la creación de cadenas proveedoras.

La inversión productiva en salud tiene un efecto positivo sobre la economía, pues incrementa la calidad del capital humano de la nación, mejora la productividad y la competitividad, genera empleos y estimula el desarrollo de la ciencia y la innovación tecnológica. La atención a la salud es así una de las piezas fundamentales de la estrategia de la lucha contra la pobreza.

Por otro lado, el gasto improductivo en salud tiene un efecto negativo sobre la economía, pues afecta la inflación, reduce la competitividad y distrae recursos para el bienestar social. Por esta razón, es indispensable realizar un esfuerzo social para asegurar que los recursos aplicados a la atención de la salud se aprovechen de la mejor manera posible.

El campo de la salud tiene dos ámbitos de análisis a saber: las condiciones de salud de la población, cuyo concepto guía es la transición epidemiológica y la respuesta social organizada, cuyo concepto guía es la reforma del sistema de salud.

Es un esquema integral de seguridad social las pensiones ocupan un lugar central y presentan oportunidades para el desarrollo de innovaciones para su futuro desarrollo.

Diagnóstico de la situación actual

Nuestros tiempos se caracterizan por dos signos primordiales: la complejidad, que requiere el desarrollo de habilidades gerenciales; y el cambio que demanda de liderazgo.

Gracias al esfuerzo de varias generaciones de mexicanos, hoy contamos con un sistema de salud que ha logrado grandes progresos a lo largo de los últimos 50 años.

Sobre esta base, debemos revisar los obstáculos que dificultan el avance subsecuente del sistema de salud.

El sistema de salud está enfrentando retos inéditos, pues la situación de la salud se ha vuelto más compleja que nunca. Necesitamos actuar ahora para anticipar los grandes cambios que ya se están produciendo y que están generando fuertes presiones sobre el sistema de salud.

En México se han juntado una serie de cambios que apuntan hacia un incremento muy importante en la demanda por servicios de salud. Entre éstos destaca el rápido envejecimiento de la población y el cambio en el perfil de las enfermedades, con una carga cada vez mayor de padecimientos crónicos y accidentes y lesiones.

CAUSAS ESPECIFICAS DE ENFERMEDAD USANDO EL INDICADOR DE AÑOS DE VIDA SALUDABLES (AVISA), MEXICO 1991

CAUSA ESPECIFICA DE ENFERMEDAD	AVISA EN ORDEN DE MAGNITUD
HOMICIDIOS	1
CHOQUES DE VEHICULO EN MOTOR	2
CIRROSIS HEPATICA	3
DIARREA AGUDA	4
ATROPELLADOS	5
NEUMONIA	6
ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON	7
DIABETES MELLITUS	8
DESNUTRICION PROTEINICO- CALORICA	9
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	10

FUENTE: LOZANO, OP. CIT.

Se observa que en 1991 se registraron 446 mil defunciones en México, de las cuales 135 mil no tendrían que haber sucedido, si la población mexicana hubiese estado expuesta al mismo riesgo de morir que los habitantes de los llamados «Países de Economía de Mercado Consolidada» (PEMC); esto es, 30% de las defunciones podrían evitarse bajo el estándar empírico óptimo utilizado. El rezago que enfrenta nuestro país puede expresarse en el hecho de que en 1991 murieron en México alrededor de 93 mil menores de cinco años; si estos niños hubieran estado expuestos a los riesgos de mortalidad que enfrentan los PEMC, las defunciones se hubieran reducido en más del 75%; esto es, sólo hubieran sucedido 21 mil fallecimientos. De estas defunciones dos terceras partes provienen del medio rural y la mayoría pertenece al sexo masculino⁽¹⁾.

Si se toma como indicador a los Años de Vida Saludable (AVISA), se observa que en 1991 en México se perdieron alrededor de 12.8 millones de AVISA, e los cuales el 58% se debió a muerte prematura y el 42% a discapacidad. Sin embargo, esta relación cambia de acuerdo con el nivel de pobreza del área en cuestión. En el medio rural, se incrementaron a 62% los AVISA perdidos por muertes prematuras y en el urbano disminuyen a 55%. Del mismo modo, los AVISA se pueden utilizar para prever las demandas futuras de atención a la salud.

Los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, aunados a la inercia del pasado, apuntan hacia una severa crisis de la seguridad social, en particular de las pensiones. Existe un vínculo muy estrecho entre la crisis de las pensiones y la de la atención a la salud.

Por otro lado, la forma en que se estructure el gasto en salud determina si los servicios pueden compensar o agravar la desigualdad social. Por ello, es indispensable entender la forma precisa en que el dinero se mueve dentro del sistema de salud, especialmente las fuentes y los destinos del financiamiento público y privado. Ello obliga a construir un sistema de cuentas nacionales en salud.

Sin negar que todavía existen carencias, lo cierto es que el gasto en salud ha aumentado de manera muy importante durante los últimos años. El gasto público se ha recuperado y supera ya los niveles que tenía antes de la crisis económica de los años 80. Para 1992, el gasto público en salud llegó a casi 2.8% del PIB, más de 28 millones de nuevos pesos. Para el mismo año, el gasto privado también ha aumentado. Las estimaciones de dicho incremento varían entre 2.1% a 2.9% del PIB. En total podemos afirmar que México gasta entre 4.8% y 5.7% de su PIB en salud. Esto representa una cantidad muy fuerte de recursos. Es obligación de toda la sociedad asegurar que esos recursos se inviertan de forma que produzcan el máximo beneficio posible para la salud de los mexicanos⁽²⁾.

Es importante destacar que los fondos de seguridad social, en donde se integran los recursos financieros para la atención a la salud del IMSS, ISSSTE, ISSFAM, SEDENA, Marina y PEMEX; agrupan a el 45% de los

recursos totales. Entre éstos destaca la participación del IMSS, que recibe el 84% de los recursos de la seguridad social y equivale al 38% del financiamiento total para la salud.

Lamentablemente, varios indicadores reflejan severas ineficiencias dentro del sistema de salud, junto con problemas de inequidad, baja calidad e insatisfacción de la población^{(3),(4),(5),(6)}.

Propuestas Generales

Como parte integral de la reforma social que reclama la nación, es necesario desarrollar una profunda reforma del sistema de salud y seguridad social⁽⁷⁾. Esta reforma debe perseguir tres grandes propósitos: la equidad, la calidad y la eficiencia; y debe basarse en los principios de universalidad, solidaridad y pluralismo⁽⁸⁾.

Las propuestas de reforma que a continuación se emiten se centran en el sistema de salud.

El primer paso de la reforma deberá ser la separación de la atención de la salud del resto de las prestaciones de la seguridad social, especialmente de las pensiones.

La reforma debe dar la máxima prioridad al mejoramiento de la salud de los pobres. Al mismo tiempo, debe satisfacer las legítimas aspiraciones del resto de la población. En esta forma se brindará auténtica seguridad a todos los mexicanos.

Se observa que el próximo régimen abarcará de 1994 al año 2000, por lo que esta es la última oportunidad que queda para cumplir con el compromiso de «Salud para Todos en el Año 2000» asumido por México.

La forma de cumplir con el derecho constitucional a la protección de la salud es desarrollando un Sistema Universal de Salud. Este sistema debe tener como cimiento la definición explícita de un paquete o canasta de servicios esenciales de salud que se deberá hacer accesible a toda la población. Este paquete universal de servicios esenciales de salud permitiría racionalizar la demanda por servicios, que es potencialmente infinita, mediante criterios explícitos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables⁽⁹⁾.

El sistema de salud debe superar la segmentación que lo caracteriza en la actualidad, por lo que se requiere de un sistema plural y solidario, que combine lo mejor de los sectores público y privado base para fortalecer la función regulatoria del Estado⁽¹⁰⁾, ampliar la protección financiera de la seguridad social, dar un papel sinérgico a los seguros privados y abrir la prestación de los servicios a esquemas competitivos en las áreas urbanas y fórmulas cooperativas en las áreas rurales.

A fin de aumentar la satisfacción de los usuarios y de dar incentivos al buen desempeño de los prestadores, debe aumentarse la libertad del paciente para elegir a su médico familiar. Asimismo, es necesario establecer una estrategia concertada para elevar la calidad y la eficiencia en todas las organizaciones de salud, incluyendo el reforzamiento de la capacidad gerencial.

Al mismo tiempo, se deben desarrollar más los instrumentos para la reforma del sector salud y conformar una estrategia de inteligencia institucional para conducir un desarrollo adecuado de las instituciones, que le otorgue una prioridad más alta a los sistemas de información, el desarrollo de la investigación por misión, la formación de recursos humanos y la valoración de la tecnología⁽¹¹⁾.

La reforma también debe mejorar las condiciones de vida y de trabajo de los prestadores de servicios, incluyendo aquí a los médicos, las enfermeras y a otros trabajadores de la salud. Se considera que la mejor forma de lograrlo puede ser a través de la introducción de incentivos que reconozcan el buen desempeño.

Por su parte, la población no debe ser un receptor pasivo de las acciones del sistema de salud, sino uno de sus actores centrales; por ello, se requiere de un mecanismo efectivo de participación social, que permita agregar la representación comunitaria hacia los niveles estatal y nacional.

REFERENCIAS

1. Lozano R, Murray C, Frenk J, Bobadilla JL, Fernández S. *El peso de la Enfermedad en México: Un doble Reto*. México, FUNSALUD Documentos para el análisis y la convergencia. Núm. 3. 1994. p. 33.
2. Cruz C, Alvarez F, Frenk J, Valdés C, Ramírez R. *Las Cuentas Nacionales de Salud y el financiamiento de los servicios*. FUNSALUD. Documentos para el análisis y la convergencia. Núm. 7. México, 1994, p. 51.
3. Gómez-Dantés O, Zorrilla P. *La protección del consumidor en el campo de la salud*. México, FUNSALUD. Documentos para el análisis y la convergencia. Núm. 4. 1994. p. 47.
4. Nigenda G. *Los recursos humanos para la salud: En busca del equilibrio*. México, FUNSALUD. Documentos para el análisis y la convergencia. Núm. 5. 1994. p. 55.
5. Frenk J. *Demanda y Oferta de Servicios: Obstáculos a la mejoría del sistema de Salud en México*, México, FUNSALUD. Documentos para el análisis y la convergencia. Núm. 6. 1994.
6. Ruelas E, Querol J. *Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud*. México, FUNSALUD. Documentos para el análisis y la convergencia. Núm. 8. México, 1994. p. 79.
7. Frenk J. *Hacia la reforma del sistema de salud: una propuesta estratégica*. México, FUNSALUD. Documentos para el análisis y la convergencia. Núm. 12. 1994. p. 140.
8. Frenk J. *Bases doctrinarias de la reforma de salud*. México, FUNSALUD. Documentos para el análisis y la convergencia. Núm. 2. 1994. p. 48.
9. Bobadilla JL, Frenk J, Cowley P, Zurita B, Querol J, Villarreal E, Lozano R. *El paquete universal de servicios esenciales de salud*. México, FUNSALUD. Documentos para el análisis y la convergencia. Núm. 11. 1994. p. 95.

10. Gómez-Dantés O, Cruz C, Nigenga G. *La regulación participativa de la atención a la salud*. México, FUNSALUD. Documentos para el análisis y la convergencia. Núm. 9. 1994. p. 37.

11. Faba G. *Los instrumentos de la reforma: la inteligencia institucional*. México, FUNSALUD. Documentos para el análisis y la convergencia. Núm. 10. 1994. p. 82.

4. COSTO ECONOMICO DE LA INTRODUCCION DE NUEVA TECNOLOGIA EN EL SECTOR SALUD

ONOFRE MUÑOZ HERNANDEZ/ JUAN GARDUÑO/ FRANCISCO BLANCO

ANTECEDENTES

Los gastos derivados de la atención a la salud en los Estados Unidos en 1992 excedieron los 800 billones de dólares y éstos se incrementan a una tasa de 15% anual, anticipándose que hacia el año 2000 se gastará aproximadamente el 15% del producto interno bruto.

El costo de la atención a la salud ha excedido lo que la sociedad está dispuesta a pagar, especialmente después de saber que el aumento de estos costos ha mejorado sólo ligeramente los principales indicadores de salud de la población. En el pasado, la comunidad parecía dispuesta a pagar dinero en forma infinita sobre la atención médica que un paciente individual requería, sin embargo, hoy existe la convicción de que los recursos de la atención a la salud deben conformarse a la capacidad económica de la sociedad para pagar por tales servicios. Por lo tanto, debe decidirse qué recursos se encuentran disponibles para la atención a la salud y cómo y a quiénes se les proporcionará. Las limitaciones económicas requieren que se obtenga un compromiso entre los recursos limitados de la sociedad y las necesidades del individuo. El objeto es identificar cual es la mejor manera de gastar los recursos de la sociedad de tal forma que resulte en la mejoría de la salud de la mayor cantidad de personas. El concepto de racionalización de los recursos es un anatema para mucha gente; si bien, la atención a la salud siempre ha sido racionalizada dado que ninguna sociedad ha sido capaz nunca de proporcionar todos los cuidados a la salud que toda la gente desea. Por ejemplo, diversos grupos de pacientes siempre han sido excluidos a partir de los actuales sistemas de salud por diversos mecanismos, entre los que se incluyen la falta de acceso a un servicio médico a causa de circunstancias geográficas, incapacidad para el pago, lista de espera o aún por los limitados recursos disponibles.

CONCEPTO DE TECNOLOGIA

El concepto de tecnología considera todo nuevo procedimiento independientemente de si éste incluye o no cualquier tipo de instrumentación. En consecuencia, la

tecnología de la salud puede ser definida como la aplicación sistemática de estos procedimientos con fines prácticos y útiles en la atención tanto individual de los pacientes como en la organización y apoyo de los sistemas que proporcionan el cuidado de la salud.

El impacto de la tecnología en las últimas décadas ha sido tan importante que no solamente ha alterado la capacidad de la medicina para diagnosticar y tratar enfermedades, sino que también ha cambiado las expectativas de la sociedad respecto a la atención a la salud. La difusión generalizada de los elementos tecnológicos ha llevado a considerar su papel como consumidora de costos y en consecuencia ha sido reconocida como uno de los principales responsables del incremento de los gastos en materia de salud.

PARTICIPACION DE LA METODOLOGIA ECONOMICA EN LA EVALUACION DE LA TECNOLOGIA MEDICA

El impacto de la tecnología en las últimas décadas ha alterado la capacidad de la medicina para diagnosticar y tratar enfermedades además que ha cambiado las expectativas de la sociedad respecto a la atención a la salud. La rápida difusión, el uso generalizado y la rápida evolución de la tecnología ha permitido reconocerla como responsable principal del incremento en los gastos en materia de salud, tema que se encuentra en la mesa de debates. Sin embargo otras explicaciones de este aumento o explicaciones alternativas son: el exceso de burocracia en los sistemas de salud, el desperdicio e ineficiencia por parte del personal de atención a la salud, la industrialización y la comercialización de la atención a la salud como un concomitante incremento en el consumo, un sobreconsumo derivado de las expectativas de la sociedad y la inseguridad y actitudes compulsivas por parte de los médicos. Aún cuando son muchos los factores que contribuyen al aumento en los costos derivados de la atención a la salud, es una opinión prevalente que la utilización incrementada de los servicios y de la tecnología, particularmente de los servicios de diagnóstico constituyen uno de los principales elementos del incremento en los gastos en materia de salud.

Actualmente los médicos cuentan con un gran arsenal tecnológico donde pueden intervenir en las diferentes fases de la historia natural de la enfermedad. La visión de que la tecnología aumenta los costos totales derivados de proporcionar atención a la salud y que sus beneficios no igualan a los gastos que se derivan de su empleo ha resultado difícil cuantificar, por la dificultad de asignarle un valor en dinero a los beneficios provenientes del empleo de la tecnología. Esto ha llevado a proponer el estudio de la determinación de los costos en salud, en una disciplina médica particular e intentar entonces practicar análisis de costo-beneficio.

Desde 1950 en algunos países se han venido aplicando a los programas de salud, ensayos de costo-beneficio. Sin embargo, estos estudios han fallado ya que no reflejan el total de los efectos benéficos de la introducción de nueva

tecnología. Una de las principales razones por las cuales la evaluación económica ha sido deficiente, probablemente sea por la misma naturaleza de los sistemas de salud; es decir, los usuarios no pagan directamente el servicio recibido o bien sólo pagan una pequeña parte del costo de la atención médica lo que no permite a los tomadores de decisiones anticipar el monto de los costos ni de los beneficios. Más aún, la toma de decisiones es hecha en términos de política y no en base a estudios de costo-efectividad o costo-beneficio.

Los elementos fundamentales y la lógica de esta metodología es que la medición de beneficios y costos asumen algún estándar para poder efectuar una comparación. Ha habido varios intentos de cuantificar los resultados producto de la inversión económica en salud y el impacto en la sociedad, siempre dentro del contexto filosófico social de los pueblos, así se ha evaluado el impacto de la inversión económica en el área de la salud a través de los beneficios en la salud misma, en la repercusión de la economía o bien simplemente contrastando con la mejoría de la calidad de vida. En algunos casos se ha afirmado que el factor regidor más importante en el control de los gastos en atención a la salud es el ingreso per cápita disponible más que las necesidades de salud, la nueva tecnología, las regulaciones provenientes del gasto federal o el tipo de atención proporcionada.

Una buena posibilidad es que para propósitos de análisis de costos, los beneficios pudieran ser definidos como la cantidad en dinero que los individuos están dispuestos a pagar para obtener algún efecto en la salud como consecuencia del empleo de un procedimiento específico, mientras que los costos pudieran ser definidos como la cantidad en dinero gastado en realizar el procedimiento. Sin embargo, definir los costos de un procedimiento puede ser un asunto complejo. Los costos deben incluir no solamente el costo del procedimiento, sino también el tiempo y el gasto de transportación del paciente, del dolor asociado con la realización del procedimiento mismo, el costo de tratar a las personas con resultados verdadero-positivos y los costos asociados a tratar a aquellos con resultados falsos-positivos. Si los beneficios superan a los costos, el procedimiento puede ser proporcionado y financiado de tal manera que la sociedad se encuentre mejor con el procedimiento que sin él.

Todas las evaluaciones económicas parten de la premisa de que los recursos son escasos y que su uso supone un costo; es decir, que se sacrifican los beneficios que podrían derivarse de un uso diferente de estos recursos. Todos los países, cualquiera que sean sus características de desarrollo, tienen que tomar decisiones difíciles sobre cómo utilizar sus recursos y la competencia por la obtención de éstos tiene lugar no sólo entre los diferentes sectores económicos sino también dentro de un mismo sector. El sector salud no escapa a esta situación por lo que la asignación de recursos para los servicios de salud se torna compleja al tomar en cuenta las interacciones entre los factores sociales, económicos, políticos y culturales. De cualquier manera una vez que se dispone de recursos, la función del tomador de decisiones, es elegir entre diferentes alternativas posibles.

En México el sector salud se encuentra dividido en varias instituciones, todas ellas normadas y regidas por la Secretaría de Salud. Sin embargo, estas instituciones son autónomas desde el punto de vista presupuestal y de toma de decisiones en el gasto institucional y consecuentemente compiten entre ellas por un mayor presupuesto del gobierno federal.

En cuanto a las necesidades de salud es posible identificar al menos tres diferentes dimensiones: a) Las necesidades de los usuarios, b) Las de los prestadores de servicios de la salud y c) Los de la sociedad en general. Para los profesionales que otorgan servicios en los sistemas de salud las necesidades provienen principalmente de su formación académica, la cual tradicionalmente se enfoca a resolver problemas de enfermedad por medio de la tecnología y el conocimiento especializado de tal manera que los servicios que ofrece están siempre relacionados con los recursos materiales y tecnológicos existentes, con el universo por atender y con el financiamiento con que se dispone. Por ello, los profesionales de la salud al momento de programar y planificar reflejan sus aspiraciones y necesidades, relacionadas fundamentalmente con el avance científico y tecnológico y con las expectativas de satisfacer las demandas que presentan sus pacientes. La demanda es tan variable como las características del grupo social al que atienden, lo que propicia descontrol y elevación de costos, en los sistemas de atención médica.

APLICACION DE LAS TECNICAS DE COSTO-BENEFICIO A LA EVALUACION TECNOLOGICA MEDICA

El rápido surgimiento de nuevas tecnologías ha conducido con frecuencia a que los nuevos procedimientos tengan una rápida aceptación y una aplicación acrítica, derivadas de las actividades de promoción que de dicho procedimiento se hace, así como de los reportes iniciales de su empleo en el campo clínico, los cuales suelen ser generalmente favorables. Con gran frecuencia la introducción de las técnicas económicas a la evaluación de la tecnología médica está rodeada de dificultades debido a la complejidad inherente a las actividades clínicas, así como a las derivadas de la dificultad en la identificación de los costos y los beneficios sociales y clínicamente relevantes. Específicamente en el campo del diagnóstico clínico el teorema asegura que el valor de discriminación de una prueba está en función de su sensibilidad y especificidad, así como de la prevalencia de la enfermedad de la población en estudio. De este modo aunque algunas tecnologías, por ejemplo, las derivadas de la biología molecular tienen la capacidad de aumentar la rapidez, así como la sensibilidad y especificidad para la detección de algunos microorganismos; sin embargo, la prevalencia con la que se identifican algunos de estos gérmenes tenderá a incrementar los costos, especialmente si el empleo de dicha tecnología se generaliza en el ámbito médico.

A manera de ejemplo; Lawrence y col. en un estudio de costo-costo demostraron que las precauciones universales tendientes a evitar la propagación del virus HIV son menos costosas que los escrutinios preoperatorios para la detección de pacientes seropositivos a HIV. Sin embargo este estudio presenta limitaciones en su diseño, perspectivas y enfoque ya que partieron de la premisa «que a igual efectividad del resultado, la tecnología menos cara es la preferible»; además no se tomó en cuenta las medidas utilizadas en el quirófano al operar a pacientes seropositivos como el uso de material plástico y uniformes especiales y por último, no contemplaron los posibles beneficios de hacer un diagnóstico temprano de esta enfermedad tales como la educación que puede prevenir la transmisión y tratamientos profilácticos para prevenir complicaciones como infecciones por *Pneumocystis carinii*.

Otro estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salud acerca del costo del desperdicio de antimicrobianos en infección respiratoria alta y diarrea aguda. Se fundamentó en dos preceptos: el primero, que entre el 10 y el 30% del total de los costos operativos del sector salud se eroga en medicamentos y el segundo, en la alta frecuencia de incumplimiento del tratamiento con antimicrobianos, lo cual significa de alguna manera un desperdicio de medicamentos. Los autores analizaron una muestra de 337 pacientes atendidos entre el I.M.S.S. y la S.S.A. con diagnósticos de infección respiratoria alta y diarrea aguda, en los cuales se midió el consumo de antimicrobianos por observación directa y se consideró desperdicio a la diferencia entre la cantidad prescrita o adquirida y la consumida. También consideraron como desperdicio los medicamentos prescritos de manera injustificada. Los resultados son por demás interesantes: los autores estimaron una pérdida global de N\$5,617 en la muestra estudiada y traspolan sus resultados en base a la frecuencia de estas enfermedades en el I.M.S.S., calculando un desperdicio de N\$159 millones que es el equivalente al 11% del gasto anual en medicamentos. En el caso de la Secretaría de Salud, donde los pacientes adquieren el medicamento con sus propios medios el desperdicio fue menor, ya que estos pacientes sólo adquirieron el 70% de lo prescrito.

Existen algunos estudios mas bien descriptivos en cuanto a la tecnología con que cuenta el país: el 95% de la tecnología en los servicios de salud es importada, el 75% de los aparatos consignados en el cuadro básico del sector salud proviene del exterior lo que claramente denota que la incorporación tecnológica en México obedece a transferencia directa de los países industrializados. Durante un inventario de equipo médico en México se observó que había entre 5 y 7 marcas diferentes del mismo equipo lo cual complica el mantenimiento a tal punto que 30% de ellos no funcionaban. Otro estudio demostró que de 208 empresas de aparatos médicos (ya sean productores, distribuidores o prestadoras de servicios) sólo el 22.6% tenían vínculos con centros de investigación y de éstas el 53% eran formales, 38% informales y 9% estaban en proceso de formalización. Casualmente las

empresas con mayores vínculos con centros de investigación fueron aquellas con mayor participación de capital extranjero, en contraste con las de capital puramente mexicano. Sin embargo, en números absolutos hubo más empresas nacionales que extranjeras con estos vínculos.

Una de las principales estrategias que se han establecido en el sector salud para un uso más racional de la tecnología aplicada en medicina, ha sido el estratificar los niveles de atención, los que tienen reguladas las limitaciones de uso tecnológico de acuerdo al nivel de preparación de los médicos, de acuerdo al tipo de pacientes que maneja y de acuerdo a las necesidades epidemiológicas de la región. Esto al menos ha permitido una distribución más homogénea de la tecnología, a la vez que ha permitido a la mayoría de los clínicos, en el tercer nivel de atención médica tener acceso a la tecnología de alto nivel e incluso poder realizar ensayos clínicos controlados, donde desafortunadamente no se han tomado en cuenta los costos y los beneficios del uso de la tecnología y solamente se ha establecido la utilidad clínica. Esto último, generado más por una necesidad de los médicos que por necesidad de la población.

CONCLUSIONES

El alto grado de tecnología que existe en los servicios de salud es el resultado de la compra de tecnología, lo que ha permitido a las diferentes ramas del sector salud mantenerse actualizado en el uso de la tecnología de vanguardia como son tomografía axial computarizada, resonancia magnética, técnicas de medicina nuclear, estuches de diagnósticos con ingeniería genética o de alta sensibilidad por anticuerpos monoclonales, radioterapia y trasplantes. En contraste no existe el desarrollo de nueva tecnología y los estudios de análisis de costos o de análisis de minimización de costos en el uso de la tecnología transferida son poco comunes en nuestro país.

Dadas las características estructurales del sector salud en México, se facilita la duplicidad de una misma tecnología en un área muy pequeña, pocas veces se toma en cuenta la disponibilidad de recursos locales, total de personas para el manejo de los equipos, los espacios físicos y su adaptación, los recursos de mantenimiento, la posibilidad de reposición de refacciones y el análisis de experiencias previas basada en estudios de investigación.

Evidentemente la introducción de nuevas tecnologías incrementa los costos en el sector salud, por lo que sería conveniente unirse a la propuesta de algunos países, los cuales proponen un control más estricto para regular la aplicación inicial. Una implementación selectiva, así como la creación de barreras para limitar el acceso a dichas tecnologías, daría la posibilidad de ahorrar costos al aumentar la productividad concomitantemente con un debido control de la demanda.

Dados los elevados costos asociados al empleo de las nuevas tecnologías es imperativo determinar la utilidad clínica de la información derivada de los métodos de evaluación costo-beneficio, así como la exactitud y la reproducibilidad

de sus resultados. Idealmente, las nuevas tecnologías deben ser implementadas solamente en aquellos casos en que sus beneficios vistos desde una perspectiva social superen a sus costos; sin embargo, es frecuentemente difícil evaluar el valor de una nueva tecnología cuando se encuentra disponible en forma inicial. En este sentido, se han propuesto alternativas diferentes al análisis económico las cuales defienden que sería preferible determinar si una tecnología es efectiva o bien, si produce alguna mejoría o impacto sobre la salud más que intentar evaluar su relación entre costo y beneficio ya que, por ejemplo, en el caso del laboratorio clínico, éste sólo proporciona datos que tienen una relación indirecta con el resultado final obtenido por el paciente y por lo tanto es difícil efectuar una comparación justa entre dos tipos de tecnologías.

Como consecuencia de que los gastos de atención a la salud en la seguridad social no son pagados directamente por los propios individuos, se ha favorecido que los pacientes tengan sus propias expectativas acerca de los servicios que quisieran recibir. Esto ha producido un reclamo individual de los recursos, que ha venido a ser considerado como jerárquicamente superior al bien de la sociedad como un todo. Identificar el punto de equilibrio entre lo que es mejor para el individuo y lo que es mejor para la sociedad será difícil, pero asimismo será esencial elegir, dado que los recursos son limitados. De esta forma, los recursos tendrán que ser distribuidos entre la atención a la salud de los problemas crónicos, de los problemas agudos y para la prevención de los mismos.

Para la debida racionalización de la atención a la salud se requiere de un conocimiento preciso del costo-beneficio de los diversos servicios dedicados a la atención a la salud. Sin embargo, si bien es importante establecer prioridades en la atención a la salud, debe reconocerse que existen limitaciones inherentes a los datos derivados del análisis económico de la salud, por lo que se requerirán adicionalmente de juicios de valor para la toma de decisiones. En este sentido, tendrán que definirse las condiciones necesarias para brindar atención a la salud que sean adecuadas para la población, y no necesariamente las óptimas. A la fecha, aún quedan por identificarse mecanismos de control para la evaluación de la tecnología médica que sean costo-efectivos, que permitan reducir los costos pero que no afecten la calidad de la atención médica.

BIBLIOGRAFIA

1. Banta D., Bryan R., Luce., *Health care technology and its assesment. «International Perspective»*. Oxford Medical Publications, 1993.
2. Drummond M.F. *Economical Appraisal of Health Technology in the European Community*. Commission of the European communities Health services research series No. 2. Oxford Medical Publications 1993.
3. Comisión Americana Médico Social, *Contención de Costos y Desarrollo Gerencial en las Instituciones de Seguridad Social*. México, Memoria de la

- Reunión Subregional, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 1992.
4. Peña J. *Distributing and transferring medical technology: a view from Latin America, ad he Cariaban*. U.S.A.A, J Technol Assess Health Care. 1987; 187(3):281-292.
 5. Soto H.. *Proyecto de situación de importaciones en cuanto a aparatos médicos-quirúrgicos*. México, Secretaría de Salud. Dirección General de Normas de Atención Médica y Asistencia Social, (Documento) 1984.
 6. Banta D.. *The use of technologies: Pproblems and Pperspectives for Industrialized Countries*. Washington, Bull Pan An Health Organization, 1984;18(2):139-149.
 7. Cruz C., Faba G. y Martuscelly J.. *La tecnología de la salud en México*. México, Salud Pública de México. 1992; 34 (Suplemento):145-156.
 8. Hernández B., Arredondo A., Cruz C., Sánchez E. y Damián T.. *Empresas de aparatos médicos y su vinculación con centros de desarrollo tecnológico en México*. Washington, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1993;115(4):317-327.
 9. Santoyo V., Reyes M.H., Guiscafre G.H., *Costos del Desperdicio de Antimicrobianos en Infección Respiratoria Alta y Diarrea Aguda*. (Síntesis ejecutiva) MC/4, México, S/F.

5. LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y LA ECONOMIA. EL CASO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AGUSTIN BARBABOSA KUBLI

El análisis de la seguridad social no es una tarea sencilla. Es evidente que la seguridad social se encuentra inserta en un contexto en el que se relaciona con otros fenómenos sociales como la política, la economía y la demografía. Los sistemas abiertos como los de seguridad social, interactúan con otros sistemas, lo que pone en evidencia la dinámica de la seguridad social y la necesidad de estudiarla considerando en todo momento, las circunstancias cambiantes y el entorno que la rodea. Si pretendemos estudiar la seguridad social con relación a alguno de los elementos que forman parte del entorno, como en el caso de la economía, quizá el enfoque que facilite el análisis es un enfoque sistémico.

La seguridad social como cualquier sistema consta de ciclos recurrentes en donde se observan tres fases: la primera consiste en la entrada de recursos, otra que los transforma en prestaciones o en servicios, y una tercer que es el resultado de bienestar y satisfacción de quien recibe los servicios del sistema.

En México existen diversas instituciones, cada una con su marco legal que con toda precisión define cuáles son los recursos con los que se va a

financiar la seguridad social, los servicios que debe producir y los individuos que a recibirlos. Cada institución es un sistema y en su conjunto, conforman el Sistema Mexicano de Seguridad Social.

El Instituto Mexicano del Seguro Social mediante una administración tripartita en la que participa el Estado, los representantes patronales y representantes de los trabajadores constituye el sistema responsable de coordinar los esfuerzos necesarios para proteger a una población de 40 millones de personas.

PUNTOS DE CONTACTO ENTRE LA ECONOMÍA Y LA SEGURIDAD SOCIAL

Para analizar algunas de las interrelaciones que pueden existir entre la economía y la seguridad social imaginando la división de los sistemas en sus tres fases, podremos darnos cuenta que los aspectos económicos influyen tanto en la generación y asignación de recursos destinables a la seguridad social en la fase de entrada al sistema, así como en la producción de los bienes y servicios, en la fase intermedia del sistema y en el alcance de los objetivos que la seguridad social pretende como tercera fase. A su vez, los resultados obtenidos, retroalimentan una nueva etapa de la seguridad social, con lo que se va conformando una espiral ascendente o descendente, positiva o negativa, de acuerdo con el éxito del sistema.

En la primera fase, las limitaciones del desarrollo de las economías nacionales, los altos niveles de inflación y el endeudamiento con el enorme costo del servicio de la deuda asociado, significaron durante la década de los ochenta reducciones importantes de recursos destinables a la seguridad social en la mayor parte de los países de América Latina. La inflación deterioró los salarios, que al ser la base para la cotización a los seguros sociales, empobreció las aportaciones y simultáneamente, elevó los costos de los insumos, aumentó la demanda de servicios y deterioró el poder adquisitivo de las prestaciones económicas.

La seguridad social se sostiene y crece cuando hay pleno empleo y a mejores niveles de remuneración habrá mejores expectativas de los beneficios.

Para el sostenimiento financiero de la seguridad social, patrones y trabajadores aportan su cuota y el Estado contribuye en la medida que desea canalizar a través de los sistemas de seguridad social recursos que benefician a la sociedad en su conjunto. Se trata de un instrumento que propicia mejores condiciones de bienestar, lo que a su vez mejora las condiciones para dar continuidad al desarrollo de la economía.

El consumo de recursos fiscales de la seguridad social podría colocarse del lado de los costos sociales de la economía, en tanto que las cuotas obrero patronales constituyen un elemento que finalmente va a quedar incorporado al costo de la producción nacional de todos los bienes y servicios que se consumen y que se exportan. Así como las aportaciones del Estado forman

parte de una política social que impacta la economía nacional, las aportaciones obrero patronales introducen un elemento de costo que va a tener sus efectos en la competitividad interna y externa entre los productores de bienes y servicios. En un análisis económico de mayor profundidad podrían verse con mayor claridad los efectos del esquema de financiamiento del sistema sobre los principios de universalidad, solidaridad y equidad. También cabrían estudios económicos orientados a comparar los recursos que demandan instituciones públicas de seguridad social, en comparación con los demandados por instituciones privadas cuando se intenta ponerlos en competencia con el propósito de encontrar formas más eficientes de protección.

Por lo que respecta a la segunda fase que se refiere a la producción de bienes y servicios, los contactos del sistema de seguridad social con la economía son múltiples. Los insumos de la seguridad social son de características variadas y acumulan cifras muy considerables.

En esta breve intervención nos referiremos al análisis de los insumos para la salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social, toda vez que el seguro de enfermedades generales y maternidad es el más complejo de administrar, y requiere de fórmulas de gestión que evolucionan constantemente en busca de mejores parámetros de productividad. Las condiciones de competitividad comentadas previamente ejercen una presión adicional en la urgente búsqueda de mejores niveles de aprovechamiento de recursos.

En la tercera fase del sistema, los contactos de la seguridad social con la economía son difíciles de evaluar y más difíciles de cuantificar, pero sin duda la salud, el bienestar de la población y la satisfacción con los servicios de seguridad social constituyen un motor fundamental de la economía y a mejores niveles de desarrollo económico deben corresponder mejores sistemas de seguridad social.

LOS COSTOS INSTITUCIONALES DE LA ATENCION A LA SALUD

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene un financiamiento tripartita con aportaciones del patrón, de los trabajadores y del Estado, que se calculan en proporción a los salarios integrados percibidos por el trabajador. Los ingresos de cada seguro deben ser suficientes para cubrir sus obligaciones y las posibilidades de transferencias o de aumento a las primas ya no existen. De allí la importancia de optimizar la administración de recursos.

Al seguro de enfermedades generales y maternidad, se destina el 12.5% de los salarios, cantidad que debe ser suficiente para otorgar prestaciones económicas por incapacidades y pensiones de invalidez por enfermedad; prestaciones en especie que consisten en otorgar servicios de salud en tres niveles de atención incluyendo sin límite y sin ningún costo para el derechohabiente, servicios de consulta externa, de laboratorio, de rayos X, de urgencias, de especialidades, de farmacia, de cirugía, de hospitalización y muchas de rehabilitación.

Sin considerar el Sistema de Ahorro para el Retiro, cuyos recursos no administra el IMSS, el 64% de los ingresos recibidos provienen de los seguros de enfermedades generales y maternidad y de riesgos del trabajo.

En el primer nivel de atención se resuelve el 85% de los problemas de salud que demanda la población y en dichos servicios se consume el 25% de los recursos. En el segundo nivel de atención se resuelve el 12% de los problemas con el 57% de los recursos y en el tercer nivel de atención se resuelve el 3% de los problemas que consumen el 18% de los recursos. Aquí podemos observar la importancia relativa que en la economía institucional tienen los servicios hospitalarios, ya que representan el 75% del gasto médico.

Los volúmenes de servicios prestados para atender a 40 millones de derechohabientes son tan numerosos, que resulta obligado obtener economías de escala.

Tratándose de instituciones de salud que prestan servicios fundamentalmente de tipo personal es lógico encontrar que los gastos por servicios de personal constituyen el principal elemento del costo de la seguridad social. De ahí la importancia de racionalizar la dotación de fuerza de trabajo utilizando indicadores de productividad construidos de la correlación que deseamos entre un servicio de calidad y los recursos necesarios para lograrlo.

Los costos unitarios por servicios constituyen un parámetro de utilidad para estudiar la efectividad en términos económicos de una unidad respecto de sí misma en el tiempo, respecto de otras semejantes y en términos generales respecto de otros sistemas públicos o privados. Se trata de costos con los que difícilmente compite la medicina privada de calidad.

Otros programas y prestaciones en especie como la salud pública, la enseñanza e investigación y la planificación familiar, así como la administración de programas de solidaridad, encarecen a la vez que enriquecen la atención a la salud.

EJEMPLOS DE OPTIMIZACION DEL USO DE RECURSOS

Si observamos la atención de partos en el IMSS a través del tiempo encontramos que la demanda por mil asegurados se elevó en tanto se daba satisfacción a la demanda de una población creciente. A partir del establecimiento de programas de salud materno infantil, y de otros cambios sociales como la mayor incorporación de la mujer al trabajo formal, la demanda ha caído de 120 a 70 partos por mil asegurados.

El promedio de días de estancia hospitalaria, representa uno de los mejores indicadores para medir la eficacia en el aprovechamiento de las camas y de los recursos del hospital. El no haber logrado una reducción al 50% del promedio de estancia como se logró en la vida del Instituto, hubiera significado la necesidad de contar con cerca de 30,000 camas más para atender la población que atendemos o reducir el universo de la población atendida al 50% de la que se cubre.

EL ESTADO Y LA SEGURIDAD SOCIAL

En el transcurso de las dos últimas décadas ha habido en el ámbito mundial profundas transformaciones políticas, económicas y sociales. Simultáneamente a estos cambios han surgido nuevos problemas y desafíos para las organizaciones y los individuos. Por ende, la forma y la estructura de las relaciones sociales, la calidad de vida, la participación política y la de la sociedad civil están en permanente evolución.

La multiplicación de las interacciones y de los intercambios mundiales ha hecho aparecer nuevos problemas que los gobiernos nacionales no están en condición de resolver unilateralmente. Dichos cambios y desafíos merecen ser examinados y analizados. Igualmente es importante señalar y reflexionar sobre los modelos institucionales introducidos por los gobiernos en el marco de la adecuación a tales transformaciones. ¿Cómo transformar el Estado? ¿En qué direcciones? ¿Cómo eludir algunos debates trampa que están de moda en la región como el del tamaño del Estado, y concentrarse en los aspectos clave para su construcción, y desempeño eficiente? ¿Qué políticas concretas deben avanzarse y pueden ser viables?.

Muchos países, sin embargo, han reducido la llamada Reforma del Estado a una adecuación de su tamaño a las tareas esenciales, transfiriendo al sector privado las restantes actividades. Por ello uno de los temas torales, dentro y fuera del país, es el futuro de la seguridad social ante las nuevas circunstancias y la reforma del estado.

1. LA REFORMA DEL ESTADO Y LA SEGURIDAD SOCIAL

JOSE CHANES NIETO

Temas de antaño y hogaño son la reforma del Estado y la seguridad social. Han estado y perduran en el orden del día de todos los gobiernos y sociedades.

La ola reformista iniciada en los años setenta, llamada neoliberal, ha hecho surgir poderes diferentes a los gobiernos, a menudo más vigorosos que éstos; su pujanza trasciende las fronteras nacionales y en el interior se libra una lucha entre el poder público y los poderes privados. En ella los perdedores han sido los intereses generales de la sociedad y los derechos humanos. Esto ha ocurrido en mayor medida cuando los gobiernos se retraen y transfieren o regresan espacios a los particulares. Las medidas han sido, entre otras, disminuir el tamaño y las atribuciones de la administración, privatizar o reprivatizar instituciones y actividades, concesionar servicios públicos, fomentar la concentración de capitales para crear grandes empresas, de hecho enriquecer a unos pocos empresarios, y restringir la participación de los salarios.

Desde antiguo se ha señalado la necesidad de preservar el interés general y los derechos de los seres humanos ante los poderosos. «Esta preservación se debe producir bajo el concepto mismo de los **derechos humanos**. Si no lo entienden los especialistas, peor para ellos, porque así lo entiende el pueblo. ¿O diremos que peor para el pueblo?». (García Ramírez, Sergio. **Los Otros Derechos Humanos**, Excélsior, México, 16 de junio de 1994).

Los primeros promotores de los derechos humanos los redujeron a la libertad, la seguridad jurídica, la propiedad, la igualdad ante la ley y la resistencia a la opresión. Hoy tales derechos fundamentales resultan insuficientes. El ser humano exige más: trabajo, educación, vivienda, alimentación, salud, ambiente sano, en suma seguridad social. Estos derechos obligan a los gobiernos. Su desconocimiento o menoscabo alteran la paz pública, traicionan el pacto social e impiden una vida digna, justa, para la mayoría de los seres humanos. La ausencia de seguridad social ha conducido a la ingobernabilidad y a la caída de los gobernantes.

La institución de la seguridad social ha sido considerada como uno de los muchos logros de la revolución humana. La consagración constitucional de los derechos sociales ha sido factor de estabilidad política, de equidad social y de desenvolvimiento económico.

La crisis del Estado benefactor y el ascenso de la economía de mercado en la década anterior produjeron tendencias abolicionistas, privatizadoras o limitativas de la seguridad social. A su lado permanece la tendencia, iniciada en México, de convertirla en parte del proyecto nacional y aparece una nueva para confirmarla en el ámbito mundial.

LA TENDENCIA NEOLIBERAL

En los países obsecuentes al Banco Mundial y al Fondo Monetario Internacional la seguridad social es, con empecinamiento todavía, como una fortaleza sitiada. Fortaleza por ser instrumento de justicia, de tranquilidad, de paz y de sobrevivencia de la esperanza social. Este baluarte está asediado por la incompreensión de quienes, también beneficiados por ella alconstituir una garantía para sus inversiones, desean quede a cargo de la sociedad o de aquellos que directamente la disfrutan. En la reunión del año pasado del grupo de los siete, Japón propuso a los países desarrollados la reducción radical del gasto social y recortar los subsidios a desempleados. También recomendó disminuir aún más los servicios de atención a la salud y hacer que su costo sea sufragado en su casi totalidad por quienes los requieran. Pero también éstos, particularmente en tiempos de crisis o de cambios, durante los cuales los gobiernos tienen mayores dificultades para satisfacerlas, incrementan sus demandas de trabajo, vivienda, educación, alimentación, salud, en suma; exigen la plena vigencia de los derechos humanos individuales, sociales, políticos, económicos y administrativos.

La crisis entendida en su acepción de escasez y carestía, se ha enseñoreado de las preocupaciones actuales. Su dimensión económica ha privado sobre la social y la política; resolverla en aquel ámbito, el económico, es su fin, olvidando que la economía está al servicio del ser humano, de sus derechos, a cuyo disfrute debe colaborar.

Desde los centros hegemónicos de las finanzas mundiales, como muestra de la internacionalización, se definen las directivas a seguir por los gobiernos, supeditados a ellas por la deuda o la necesidad de recursos, bienes o técnicas externos. Por ejemplo, «Durante casi diez años México ha sido el alumno modelo del Banco Mundial, por seguir sus consejos en materia de política económica, a cambio ha recibido créditos subsidiados por dos mil millones de dólares anuales, más de los concedido a cualquier otro país de ingresos medios. El Banco Mundial desempeñó un papel crucial en la decisión mexicana de unirse al Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio (GATT) en 1986, la reestructuración la deuda externa en 1989, el establecimiento de una nueva política presupuestal hace dos años... y la liberación del sector agrícola». (Excélsior, 23 de febrero de 1994).

Así se les ha impuesto a los países aspirantes a ingresar al primer mundo, la **austeridad**, la desincorporación de instituciones públicas y el **ajuste** al gasto público, principalmente el social, con la consiguiente disminución cuantitativa y cualitativa en la calidad de vida, en las posibilidades de efectivo ejercicio de los derechos humanos, cada vez más dentro del catálogo de las buenas intenciones.

El ajuste en el gasto ha conducido a exigencias crecientes de la población y los gobiernos a cambio sólo pueden ofrecer resultados decrecientes. Como consecuencia las tensiones sociales han aumentado al

igual que el descrédito de los gobiernos. Los calificados como neoliberales han tenido graves problemas y algunos de sus titulares han sido defenestrados (Margaret Thatcher, Bush, los primeros ministros de Canadá y Japón, Carlos Andrés Pérez) o han perdido la mayoría como Felipe González y Miterrand. En los ex países socialistas el único mercado funcionando es el mercado negro de divisas y el único abierto es el de la prostitución.

El Fondo Monetario Internacional, a la pregunta ¿Qué actuaciones de política han emprendido en efecto los países para racionalizar los gastos públicos en el contexto de los programas de ajuste, apoyados por el Fondo?, respondió: «Casi en el 90% de los 78 programas estudiados... se contenían recomendaciones específicas o generales para recortar los gastos ordinarios. Aproximadamente dos tercios de ellos exigían recortes en los gastos de capital y endeudamiento neto del gobierno... Casi los dos tercios de los programas necesitaban un mejoramiento en la administración del gasto y políticas para limitar el crecimiento de subsidios y salarios... Para limitar los aumentos en salarios del gobierno, las autoridades hancongelado o pospuesto los ajustes de escala salarial, manteniendo los incrementos nominales en los salarios por debajo de la tasa de inflación, reduciendo prestaciones suplementarias (por ejemplo de derechos de vivienda) y, en varios casos, disminuyendo los salarios nominales... Los gobiernos han congelado y ocasionalmente disminuido el empleo en el sector público... Las políticas para disminuir los subsidios presupuestarios han sido pues componente común de los programas de ajuste apoyados por el Fondo. A menudo, los países se han comprometido a aumentar los precios de productos específicos o de servicios básicos dentro de un periodo dado, estableciendo mecanismos para asegurar que las variaciones en los precios en el mercado mundial o en los tipos de cambio pasen prontamente a los productores o consumidores... Por último, en algunos programas apoyados por el Fondo, los gobiernos han cerrado empresas públicas no rentables o han buscado venderlas a compradores privados... En muchos países se han reducido los desembolsos en prestaciones complementarias por debajo del mínimo compatible con el rendimiento de la explotación». (Heller, Peter S. **El análisis y el ajuste del gasto público en los países menos desarrollados**, Finanzas y Desarrollo, vol. 22, núm. 22, Washington, junio de 1985, p 5).

Las recetas del Fondo Monetario Internacional, hasta ahora, han debilitado a las democracias, frágiles de por sí, de los países obligados a seguirlas. Los ajustes han producido un incremento en el desempleo, una reducción en el poder adquisitivo de la mayoría, un decrecimiento de los servicios públicos y una insatisfacción de las necesidades primarias, alejando el derecho al trabajo, a la protección de la salud, a una vivienda digna y decorosa, en suma, al mejoramiento en la calidad de la vida.

Así, ha aumentado la pobreza de aquellos que desde antaño la sufrían y el número de quienes han visto disminuir su nivel de vida. Al ajuste en el gasto ha seguido el ajuste en los derechos humanos.

La justificación es que se trata de una medicina amarga pero necesaria, la única para curar la crisis. Al «adelgazamiento» de la administración, no en lo que ésta tiene de exceso en personal, trámites, erogaciones, controles o normas injustificadas, sino en su capacidad de actuación para establecer las condiciones indispensables para el ejercicio de los derechos individuales y sociales, se sigue el debilitamiento de los derechos. La desnutrición está generalizada en los países en desarrollo y lo mismo ocurre con los efectos socioeconómicos del hambre. «Más allá de obvias consideraciones humanas, afirma Alan Berg del Banco Mundial, la desnutrición afecta la productividad laboral, la motivación y los niveles de actividad y la capacidad de aprendizaje de los niños y con ello, el bienestar y capacidad de ingreso de los pobres».

Por esto, sin consideraciones humanitarias, concibe a los programas de nutrición de dicho Banco como «una inversión en la consolidación de activos productivos, -capacidad física y mental- de los pobres», añadiendo que «por lo demás, tales programas están vinculados con las condiciones de salud, tasas de mortalidad y fecundidad». (Berg, Alan. **El mejoramiento de la nutrición: la experiencia del Banco**, Finanzas y Desarrollo, vol. 22, núm. 2, Washington, junio de 1985. p. 32).

En la concepción de los derechos sociales del Banco Mundial imperan los criterios económicos y técnicos sobre los humanitarios; se respetan en la medida que imperativos económicos y técnicos pongan de relieve su conveniencia para lograr «activos productivos»: un trabajador sano, descansado, nutrido, capacitado, laborando en condiciones de seguridad y disponiendo de vivienda decorosa es más productivo, por lo tanto, hay que apoyar el derecho a la protección de la salud, a la vivienda, a la capacitación, a la seguridad en el trabajo especialmente si quedan a cargo de la comunidad, en lugar del empresario. Son criterios de productividad, de lucro, no de función social del capital, de solidaridad o de equidad, los propiciadores de estos derechos.

La lucha por la supervivencia de la esclavitud desapareció cuando los antiguos esclavistas -convertidos en patrones en lugar de amos- descubrieron que había menor riesgo para su inversión en «recursos humanos», si sustituían a los esclavos por «obreros libres», a quienes adquieren por un salario, sin ocuparse de su salud, habitación, alimentación, vestido y vida, lo que sí debían hacer con el esclavo, para no perder su inversión.

Parece, en consecuencia, que mientras imperativos económicos y técnicos no vengan en auxilio de los derechos humanos, su vigencia será precaria o nula. Pero también se corre el riesgo que esos mismos imperativos impongan menguarlos cuando se consideren un freno para su realización.

Hasta hoy, en los individuos más pobres ha recaído la carga del ajuste; también en los países menos desarrollados el peso es mayor. Esta desproporción ha existido por muchos años, y cuando se habla de un nuevo orden económico, interno e internacional, se está exigiendo un ajuste, pero equitativo. Los esfuerzos humanos no han podido impedir que quienes

detentan mayores bienes económicos, culturales o técnicos, se impongan a los que carecen de ellos, esto, que sucede entre los individuos, también ocurre entre las naciones.

Ajustar, entre sus significaciones, tiene la de «conformar uno su opinión, su voluntad o su gusto con el de otro»; normalmente, el débil se «ajusta» al fuerte. Por ello, los miembros de estas comunidades, el individuo en la nacional y los países en la internacional, deben disponer de condiciones que les permitan realizar los valores que han decidido.

Sin embargo, la economía y la política de las potencias hegemónicas, de los grupos de poder económico que actúan por conducto de ellas, acusan una tendencia a totalizar las relaciones internacionales. Esta internacionalización del poder pugna por hacer homogéneas las demandas y soluciones en todo el mundo, para imponer pautas de producción y de consumo, modelos políticos y expresiones culturales. Por supuesto esta uniformidad, que como su nombre lo indica es unicidad en la forma, no busca favorecer los niveles de desarrollo, el disfrute de su beneficio como condición de efectividad de los derechos humanos. Pretende únicamente que los países dominados complementen, subsidien o paguen la economía de las potencias, perpetuando así las condiciones de dominio.

El comercio internacional, organizado en función de los intereses de las potencias, tiende a que los restantes países produzcan materias primas suficientes y baratas para ellas, a cambio de productos manufacturados en las condiciones impuestas por las mismas. Este intercambio desigual produce a muy corto plazo la descapitalización de los países pobres; éstos, así, son obligados a recurrir al crédito externo y a favorecer la aparición de nuevas condiciones de dominio. Además los procesos de industrialización y modernización hacen indispensable acudir en demanda de maquinaria y técnicas a los países avanzados, que las proporcionan en la medida conveniente para prolongar su hegemonía.

Los efectos más notables para los países pobres, de esta relación desigual con las potencias, son la extranjerización de su economía y cultura, el condicionamiento de las decisiones políticas y el diferimiento de las demandas sociales. De tal manera, se produce el estancamiento y aun el retroceso; los países empobrecen todavía más y se prolonga, también por factores internos, la marginación social y regional, porque el modelo económico y la fuga de recursos que impone, dificultan la distribución de la riqueza producida en vastos núcleos humanos y en todas las regiones de los países.

El neoliberalismo ha construido sus mitos. «Se habla, por ejemplo, de las bondades de la libre competencia, mientras en la realidad se favorece una mayor monopolización de la economía. Se habla de favorecer el empleo, en tanto la desocupación abierta y disfrazada se extiende más y más. Se habla de igualdad, cuando la distribución del ingreso se torna más y más regresiva». (Valenzuela Feijoo, José. **Neoliberalismo: 162 años al primer mundo**, Ideas, Excélsior, México, 29 de abril de 1994).

La Asociación Americana de Juristas criticó al Fondo Monetario Internacional por ejercer una especie de dictadura sobre la economía y las finanzas mundiales y preconizar políticas de ajuste que sólo convienen a los intereses transnacionales poderosos. La reducción del gasto público, recomendada para el FMI como parte de las políticas de ajuste, limita seriamente el alcance y eficacia de las redes de seguridad social. La Asociación se definió abiertamente en contra de la privatización de estos servicios y favorable a una cobertura mínima de los sectores más vulnerables de la población. Arremetió igualmente contra el Banco Mundial por pronunciarse en su informe de 1993 a favor de la privatización de los servicios de salud, ya que eso convertiría ese derecho humano fundamental en una fuente de lucro para unos pocos, como ya lo es en buena medida por medio de la industria farmacéutica, y en un lujo inalcanzable para los más pobres.

«El propósito de la reforma económica es mejorar las condiciones en las que vive la gente. Las medidas económicas son el instrumento, el mejoramiento de las condiciones es el objetivo. Quien quiera que confunda la relación entre los dos invita al desastre político. Rusia, México y Venezuela son ejemplos de esa confusión y del precio que se pagó... En los tres países las reformas económicas han favorecido la polarización de la riqueza: la creación de una sociedad en la cual unos pocos tienen muchísimo y la inmensa mayoría queda rezagada. Este enfoque desequilibrado ante el bienestar nacional ha sido defendido bajo la suposición de que una vez que la minoría acaudalada se vea saturada de dinero, lo invertirá y su prosperidad empezaría a derramarse sobre el resto de la sociedad... Aparte de los conjuros de quienes defienden este enfoque, no hay evidencia, histórica o empírica, de que la liberación indiscriminada de una economía conduzca a una prosperidad nacional. La historia de la sociedad occidental, del crecimiento capitalista en Estados Unidos, Europa Occidental y Japón, es la negación enérgica de esa teoría. Estas economías crecieron y prosperaron bajo el proteccionismo activo, con mucha ayuda de sus gobiernos respectivos... Hoy, la riqueza acumulada en un país rápidamente desaparece en la complicidad del financiamiento internacional y podría nunca regresar a su país de origen. En lo que se refiere a tal país, no se derrama, se evapora. La estabilidad requiere de la existencia de una clase media, una gran cantidad de beneficiarios claros con un interés establecido. Sin ellos, ningún sistema económico tiene posibilidad de durar mucho tiempo en un contexto político democrático». (Moreno, Francisco. **Rusia, Venezuela y México, Víctimas del Liberalismo**, Excélsior, México, 2 de febrero de 1994).

LA NUEVA TENDENCIA

La inestable situación política mundial y los brotes de descontento surgidos en todas partes han obligado a las organizaciones internacionales y a los gobiernos a encontrar caminos para lograr un desarrollo humano

generalizado menos injusto. Para dicho propósito la Organización de las Naciones Unidas ha convocado a una Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social para 1995. En ella deberá celebrarse un Pacto de Desarrollo Humano por el cual los países se comprometan a asegurar «que, por ejemplo, en los próximos diez años, se satisfagan a toda la población al menos las necesidades más básicas del desarrollo humano, la enseñanza primaria y la atención primaria de la salud, entre otras». (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. **El Desarrollo Sostenido Ataca la Pobreza**, Excélsior, México, 1 de junio de 1994).

La extrema pobreza enfrentada al exceso de riqueza, la lucha entre países pobres y ricos y la ausencia de solidaridad, son para el Club de Roma los problemas que enfrentará la humanidad en los próximos años. (Club de Roma, **Documento Base**, Montevideo, 1991).

Además de buenos gobiernos es preciso una política social dinámica e innovadora que incluya medios para la protección de grupos específicos, combatir la pobreza, no sólo la extrema, y proteger a los sectores más vulnerables e indefensos ante los aspectos adversos, al menos en el corto plazo, de las reformas económicas en curso, haciendo posible una mayor igualdad en las oportunidades. Desde antiguo la seguridad social ha contribuido a la realización de estos propósitos.

«Las tendencias económicas actuales», que no han podido ser desvinculadas de la política, se están revisando. El Fondo Monetario Internacional ha reconocido que «el dinero no es todo en la vida» (El Financiero, 27 de mayo de 1993). El Banco Interamericano de Desarrollo y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, en reciente cumbre reunida en Washington, destacaron que si continúa el deterioro social crecerá la inestabilidad política y se anularán las condiciones para el crecimiento económico y para la paz. Los indicadores en uso -producto nacional bruto, ingreso per cápita, balanza de pagos, etcétera- están siendo sustituidos por otros que consideran la calidad de vida y la satisfacción producida en las personas. La política social debe contribuir a la mejora de la calidad de vida de los individuos.

En el último informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) se propone el crecimiento y su distribución equitativa: «el desarrollo humano sostenido no sólo genera crecimiento económico, sino que distribuye sus beneficios en forma equitativa..., regenera el ambiente en lugar de destruirlo y otorga a las personas un lugar en la estructura social en lugar de marginarlas, a la vez que da prioridad a los pobres. Es favorable al empleo, a la naturaleza y a la mujer». (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. **El Desarrollo Sostenido Ataca la Pobreza**, Excélsior, México 1º de junio de 1994). La subsistencia de condiciones de desigualdad en las oportunidades y de marginación son problemas que la política social debe atacar y eliminar. Para ello las políticas sociales habrán de dejar de ser del gobernante en turno y transformarse en políticas de la nación.

LA TENDENCIA NACIONAL

En México toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, debe promoverse la creación de empleos y la organización social para el trabajo. El fomento del crecimiento económico y el empleo y una más justa distribución del ingreso y la riqueza permiten el pleno ejercicio de la libertad y la dignidad de los individuos, grupos y clases sociales, cuya seguridad protege la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En congruencia con sus disposiciones la soberanía y el desarrollo equitativo del país, al cual contribuye el disfrute efectivo de los derechos sociales, requieren una mayor y mejor seguridad social. Su generalización y perfeccionamiento son demandas actuales. Los acontecimientos ocurridos en Chiapas lo han puesto de manifiesto una vez más. Por ende, es preciso salvaguardar y hacer realidad los fines decididos por los mexicanos, fortaleciendo su capacidad de acción y determinación.

La historia demuestra que la mejor defensa de la soberanía, la más eficaz forma de contrarrestar y suprimir la dependencia para establecer una interdependencia equitativa entre las naciones, es el esfuerzo conjunto de los nacionales, con miras a alcanzar los objetivos fundamentales que han decidido libremente y a vencer las fuerzas vinculadas a intereses internos o externos que se les oponen.

Al lado de la unidad nacional, se requiere la solidaridad de los países para enfrentar unidos la tendencia hegemónica de las naciones desarrolladas. Con ello podrán preservar su fisonomía y sus derechos nacionales.

Asegurar la independencia política, económica y cultural de los países es condición para el ejercicio de los derechos humanos. Nada importa la magnitud de los poderes que nos asedian, cuando se cuenta «con la dignidad y la soberanía de una Nación», como dijera entre nosotros el presidente Cárdenas al expropiar las compañías petroleras. Es la voluntad digna y soberana de los pueblos la que respalda su independencia y asegura sus derechos.

Fuerzas internas o externas pueden despojarnos, pero como quería Juárez, nunca deberíamos renunciar al derecho a la reivindicación: «Malo sería dejarnos desarmar por una fuerza superior; pero sería pésimo desarmar a nuestros hijos privándolos de un buen derecho, que más valientes, más patriotas y sufridos que nosotros, lo harían valer y sabrían reivindicarlo algún día».

En lugar de heredar esta tarea a nuestros hijos, debemos asumir la responsabilidad en el presente de construir una sociedad más justa, más igualitaria, acorde con el proyecto decidido por los mexicanos y coadyuvar al mejoramiento permanente de la seguridad social como parte fundamental del mismo. Así se asegurará la paz social, el desenvolvimiento económico y la dignidad de todos los habitantes y del país.

2. LAS POLITICAS SOCIALES COMO COMPROMISO DEL ESTADO

PEDRO ZORRILLA MARTINEZ

El liberalismo radical, que sustituyó a los estados que Alain Touraine denomina «movilizadores», porque intervenían ampliamente en la economía en nombre de exigencias sociales o de ideologías políticas, también termina ya incluso en los Estados Unidos de América y en Alemania. El siglo XXI no será liberal en el sentido en que lo fue el siglo XX, especialmente en el orden económico.

Actualmente, dice otra vez Touraine, hay que inventar, más bien, nuevas formas de control social de la economía, que incorporen el espíritu de justicia social y de libertad a un concepto inédito de organización social.

Desde luego, no se trata ni se podría volver a fórmulas intervencionistas que probaron su ineficacia y su inviabilidad, ni a un Estado presente en todas partes; pero tampoco hay regreso viable al liberalismo económico, que los regímenes de Ronald Reagan en EUA y de Margaret Thatcher en la Gran Bretaña establecieron, y que pretendió, de una forma u otra, servir de modelo para todos los países.

Se está pues en un tránsito, que va desde un estado de cosas que ya casi no existe, hacia otro que aún no se acaba de crear; pero se sabe ya, sin duda, que los Estados no pueden desentenderse de dar una ordenación tal a la economía de mercado, que pueda coexistir, dicha economía, con un desarrollo social, que las comunidades requieren y exigen y que el Estado, en nombre de la propia sociedad, deberá impulsar y organizar con intervención de los grupos sociales destinatarios, y colaboradores, de las tareas de desarrollo; éste, por lo demás, deberá ser integral. Una sola visión, social y económica, deberá presidir la elaboración de las políticas gubernamentales, y éstas llevarse a los hechos con una muy amplia y nueva participación social.

Se está así dando un profundo replanteamiento de las relaciones de la sociedad con el Estado, en todos los órdenes; es un proceso político, pero con aplicabilidad a todos los órdenes relevantes de la vida material y cultural de las sociedades.

Creo que en México el problema está presente, y como en otras partes, y a nuestro modo, no resuelto. Pero algo es ya claro; que la seguridad social, ciertamente sustentada en novedosas fórmulas financieras y de servicio, deberá formar parte del desarrollo social.

En el México de nuestro tiempo se han afirmado, en buena hora, renovadas tesis de libertad económica y política, que suscitan múltiples estímulos para los agentes económicos; pero los mexicanos nos hemos dado cuenta de lo delicada que es la tarea de reformar al Estado, de remodelar sus relaciones con la sociedad. Se corren riesgos, si se pretendiera establecer un liberalismo economicista radical, de incrementar el número de pobreza, de concentrar la riqueza, de distribuir con creciente inequidad el producto nacional, de propiciar el debilitamiento e incluso la desaparición de las

medianas y pequeñas empresas, y de provocar el desánimo en los esfuerzos productivos y laborales de la mayoría de la población. El esquemaseñalado es excluyente de la mayoría de la población y por lo mismo insatisfactorio y deslegitimador de los gobiernos y aún de los Estados.

En México tiene firmes raíces el Estado Social de Derecho; hace falta terminar su construcción y se requieren muchos esfuerzos y tiempo para lograrlo, y después para hacerlo perdurar. Forman parte de él las garantías de los derechos individuales; un poder público equilibrado y limitado, pero con atribuciones para dar un sentido social a la libertad económica; la democracia representativa, desde luego ampliada y multiplicada en el estado federal; unos derechos sociales que los mexicanos, antes que nadie, incorporamos como opciones políticas a la Constitución de la República; y un mercado libre, pero con una definida ordenación y sentido sociales.

Los derechos sociales significan mandatos para el Estado, y las leyes constitucionales que los expresan son normas vinculantes de las autoridades, cuya obligación correspondiente es de diseñar políticas sociales, en función de aquellos derechos; naturalmente, son exigibles políticamente, y de su cumplimiento, por parte del Estado Mexicano, depende en mucho la legitimación del ejercicio del poder.

El artículo 123 de la Constitución, que contiene un derecho social, dispone en su fracción XXIX que «es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y (que) ella comprenderá seguro de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares».

De aquí se deduce la obligación que el Estado Mexicano tiene, y cumple, de establecer, preservar y perfeccionar una política de seguridad social que por supuesto se integra en el desarrollo social; mismo que debe acompañar, como formando parte de un todo integral, al desarrollo económico; en consecuencia, la medición de este último debe hacerse, también y prioritariamente, con base en indicadores sociales.

Por una parte el derecho del trabajo, y por la otra el derecho a la salud, comprometen al Estado Mexicano a crear, aplicar y mejorar continuamente los sistemas de seguridad social y de salud, con el propósito de generar una palpable justicia social, de contribuir a una justa distribución del ingreso y de dar respuesta a una firme demanda social.

Esto, que vale en todo tiempo, realiza su importancia en una época de dificultades económicas como la que ha vivido México y que entre otras consecuencias ha tenido la de disminuir sensiblemente la capacidad adquisitiva de unos salarios que no se han incrementado, de concentrar el ingreso y de reducir considerablemente la participación que los trabajadores tienen en el Producto Interno Bruto.

El Instituto Mexicano del Seguro Social por su parte, y en consideración a esta misma situación económica, debe multiplicar sus esfuerzos y

previsiones financieros, y explorar mejores formas de incrementar sus recursos y de elevar la calidad de los servicios y prestaciones que ofrece.

La administración pública de nuestro tiempo y el futuro previsible, ante una sociedad plural, heterogénea y desigual, está precisada a flexibilizar su acción, a encontrar nuevas vías y formas de prestar sus servicios, a esmerarse en obtener calidad plena en ellos y a crear y hacer crecer lazos de solidaridad.

En la seguridad social están, implicados derechos humanos cuyo respeto y cuidado son obligaciones consignadas en la Constitución; de no existir la seguridad social en México, se lastimarían estos derechos, la dignidad de los trabajadores y la estabilidad social.

Finalmente, nunca está de más recordar que en México la seguridad social es una función esencial del Estado, de cuya realización no puede sustraerse, so pena de perder legitimidad. En el orden económico, el mercado tiene virtudes indudables, pero tanto en este campo como en el de lo social, es el Estado el que tiene que llevar adelante misiones que el mercado no puede cumplir. Por ello, especialmente en este país, se requiere perfeccionar siempre la seguridad social y los sistemas establecidos para llevarla a los hechos.

Las tesis que norman la convivencia social en México, de raigambre liberal, jamás fueron reduccionistas, nunca se limitaron al espacio económico, ni desplazaron las dimensiones política, social y ética del genuino liberalismo. Los hombres del tiempo actual reclaman libertades reales, concretas que desdoblén y traduzcan en las realidades económicas y sociales, la libertad y dignidad que pertenecen a los seres humanos.

Esos derechos y libertades reales no podrían existir en nuestro país en ausencia de unos amplios sistemas de salud y de seguridad social, que por ello han dado y seguirán ofreciendo respuesta a exigencias esenciales de los mexicanos, particularmente de los trabajadores, y al propio tiempo constituyen una condición del desarrollo económico y social de México.

3. MODERNIZACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL

GERARDO RUIZ ESPARZA

Los cambios que se suscitan en el mundo de hoy, en que diversos países enfrentan profundas transformaciones estructurales en los campos económico, político, social e incluso el ideológico, se han realizado bajo un concepto globalizador y han basado sus transformaciones en un cuestionamiento severo de las políticas del Estado-benefactor, adoptadas a partir de la Segunda Guerra Mundial.

La ejecución de programas de estabilización económica y de ajuste estructural llevados a cabo por diversos países, han tenido efectos negativos en el empleo y en los salarios reales, además de una drástica reducción en los gastos de protección social, en particular en los países en desarrollo y en los

de Europa Central y del Este, que pasan por un periodo de transición de economías de planificación centralizada a economías de mercado.

Frente a los problemas de recesión económica mundial que se dio en la década pasada, el papel del Estado, en relación con el sector productivo en la generación de bienestar social, se ha replanteado y con ello la búsqueda de nuevas formas de desarrollo económico, basadas en un aumento sustancial de la productividad a fin de alcanzar mayores niveles de competitividad en el marco de una economía de mercado, hizo imperativo el revisar las relaciones establecidas entre el gobierno y la sociedad.

La caída del empleo provocada por la crisis económica, agudizó las desigualdades sociales, ya que la población no incorporada en el mercado de trabajo, tampoco estuvo cubierta por los beneficios de la seguridad social.

En México, desde sus orígenes, se cuenta con una gran tradición política en la que el proceso de desenvolvimiento económico ha ido acompañado de un firme propósito de justicia social, que ha permitido incorporar paulatinamente a un mayor número de mexicanos a los beneficios del desarrollo.

En la presente administración, el gobierno de la República, se planteó la Reforma del Estado para fortalecerlo en los ámbitos de modernización económica y política. La tendencia que se había mantenido para que la organización estatal se ampliara y fuera el soporte para lograr altos niveles de empleo y con él, el crecimiento económico; fue sustituido por el propósito de impulsar un adelgazamiento del Estado y sus instituciones, al confirmarse que el modelo estatal y paternalista, que se había constituido en un mecanismo empleador de mano de obra, entró en crisis por la falta de correspondencia entre el objetivo social y la eficiencia económica.

A partir de este propósito renovador, se fortaleció la economía de mercado como mecanismo para organizar eficientemente los recursos y absorber actividades que realizaba el Estado; se ha intentado rescatar el principio de igualdad de oportunidades en cuanto a educación, empleo e ingreso; y buscado condiciones económicas para el mejoramiento productivo del nivel de vida. Todo esto en un marco de estabilidad de precios, disminución del déficit fiscal y desregulación de la actividad económica, en apoyo de la competitividad internacional, a fin de lograr un desarrollo sostenible para el país.

Sin embargo, al devolver a los particulares la iniciativa económica en poder del Estado, éstos le han dado un enfoque individualista, creando desequilibrios y extremos que sólo pueden ser resueltos con una responsabilidad colectiva y por consiguiente se requiere aunque sea limitada, de una función estatal, de ahí que se hace necesario revisar con mayor profundidad los efectos de una política correctiva a las consecuencias de adoptar una economía de libre mercado.

Es en estas condiciones que el papel del Estado vuelve a ser objeto de discusión, en donde su responsabilidad para proteger a los grupos más vulnerables de la sociedad, que las fuerzas del mercado los margina permanentemente, está siendo considerada.

Las experiencias políticas de los años recientes nos han mostrado que se han vuelto a incluir en los planes de desarrollo económico de numerosos países, programas de desarrollo social que reflejen los avances del crecimiento económico, traducidos en mejores niveles de bienestar generalizado para sus poblaciones nacionales, con un claro enfoque de justicia social.

La seguridad social ha resentido las consecuencias de la crisis de la década pasada, incluso, llegó a ser tachada como uno de los elementos que la acentuaron, por sus costos, sin alcanzar a ver que fue todo lo contrario, simplemente amortiguador de sus efectos y en algunos casos atenuante de crisis sociales severas.

Frente a este panorama, las instituciones de seguridad social deberán adecuarse a las tendencias del mundo actual, particularmente en los países en desarrollo, para brindar mejores servicios y buscar la protección integral y universal de la población.

Los cambios deberán tender a lograr la autosuficiencia financiera, expandiendo los mecanismos contributivos existentes de la seguridad social, para garantizar la total cobertura de los trabajadores estructurados y de sus beneficiarios, incluyendo todas las contingencias que cubre la seguridad social.

Extender la cobertura a través de programas de protección social dirigidos al sector informal de la economía y a los grupos más vulnerables de la sociedad ampliando los gastos sociales, para ello deberá robustecerse la base impositiva y obtener mayores recursos fiscales provenientes de impuestos adicionales que pudieran ser aplicados a la venta de producto de tabaco y alcohol.

De la misma manera habría que ser muy riguroso el propósito de mejorar la actitud y aptitudes del personal que se desempeña en la seguridad social, capacitándolo constantemente e impulsándolo hacia una mayor profesionalización, con un nuevo enfoque orientado a elevar la productividad.

Este desafío, nos conduce a asimilar los cambios y prepararnos para enfrentarlo, en donde es fundamental que el Estado conserve su función de garante y realizador de la seguridad social, para ello las instituciones deberán replantear sus objetivos y metas, considerando los siguientes aspectos:

- Preservar el equilibrio financiero que garantice a futuro la viabilidad de la seguridad social y buscar fuentes alternas de financiamiento.

- Buscar la universalización e integralidad de los servicios que otorga la seguridad social.

- Lograr la integración orgánica y programática de la seguridad social.

- Fomentar la permanente capacitación de todos los trabajadores al servicio de la seguridad social.

- Garantizar la más alta calidad de los servicios que se prestan, con énfasis en la atención primaria a la salud.

- Establecer compromisos concretos entre todos los involucrados en la seguridad social, para prevenir los riesgos de trabajo.

- Definir una seguridad social de carácter internacional que permita la cobertura y protección de los trabajadores migrantes.

4. EVOLUCION DEL ESTADO Y SEGURIDAD SOCIAL

HILDA ABURTO MUÑOZ

No es extraño que en la actualidad emerja nuevamente en la discusión la búsqueda del papel más adecuado para el Estado. Se trata de un fenómeno global y nacional que aparece cada vez que las sociedades atraviesan por crisis profundas. En esas circunstancias, las nuevas autonomías sociales requieren encontrar a los responsables de los deterioros que experimentan como expresión de la crisis. Lo que con más frecuencia ocurre es que sólo se señalan chivos expiatorios.

Las crisis, invariablemente, traen aparejados efectos desintegradores y es lógico que ante semejante vivencia se dé el reencuentro de instituciones que por definición llevan en sí la función articuladora de la sociedad, tal es el caso del Estado.

Ya hemos vivido una honda transformación en el seno del Estado. A partir de su crítica se dio paso a la segunda transformación más profunda del siglo, habiendo sido la primera la que derivó de la cuestión social. En México, la primera tuvo su expresión con la Revolución Mexicana; la segunda tiene poco que ver con ella, no obstante el discurso político se niega a desprenderse de su llamado, como no sea la parte correctiva de lo que no se pudo lograr en el modelo de desarrollo anterior.

A la fecha contamos con un Estado promotor, tal vez Estado compensatorio, pero surge nuevamente el cuestionamiento de si esta vía es la correcta y en esa medida, todos los actores sociales claman, demandan al gobierno que les siga resolviendo sus problemas; desde los grupos urbanos y rurales más desfavorecidos por la transformación, hasta los grandes empresarios que retóricamente exigieron la retirada del Estado, a pesar de que antes y después de su reforma han sido sus grandes beneficiarios.

¿Qué sigue a continuación, a partir de una Reforma del Estado como la que se ha operado en muchos puntos del orbe?

Sigue el llamado Estado Post-Ajuste o Estado Reformado, ya que se ha iniciado el periodo de evaluación sobre los efectos del ajuste: superar y sobrepasar lo insostenible, pero mantener lo que sea necesario de las funciones estatales.

Es una fase de indiscutible dificultad, pues siempre es más sencillo derrumbar que reconstruir. Particularmente porque en un buen número de países la crítica y la Reforma del Estado dejó un saldo problema: una grave desconfianza frente a las acciones del Estado. Si alguna herencia ha dejado el neoliberalismo, además de la lección sobre la desigualdad, es un criterio moral falseado sobre el carácter intrínsecamente malo del Estado.

Tiempo es entonces, de reconstruir nuestra propia ética política.

Una de las tesis que privilegió la reforma del Estado mexicano y por ello se ha caracterizado en todo el mundo como liberal, es la que explica la génesis del Estado como una forma de expropiación de las funciones que originalmente correspondían a los individuos, a los particulares y a los poderes locales.

De ahí que la transformación contemporánea, reclamo de grupos que siempre han girado en torno a esta visión, haya sido la pretendida devolución a la sociedad de lo que el Estado omnipresente había reservado para sí, en ocasiones de manera arbitraria e improductiva.

Esto es justamente lo que tendremos que evaluar en los años por venir; si efectivamente, a través del cambio, la sociedad ha sido restituida en sus valores, propiedades y atribuciones que originalmente le correspondieron.

Tres aspectos le serían exigibles ahora al Estado Reformado, continuando sobre la propia línea del razonamiento liberal:

a) Seguridad para los trabajadores, para que puedan disfrutar del esfuerzo de su trabajo y que por otra parte es lo que garantiza el ejercicio de las libertades.

b) Respeto y por lo tanto, la vigencia de los derechos humanos, ciudadanos y derechos políticos.

c) Una forma de conciliación entre estabilidad y crecimiento económico y la equidad en oportunidades para el desarrollo individual y social.

Si estos tres objetivos se alcanzan en el futuro cercano, podremos decir que se llevó a cabo una Reforma del Estado exitosa. Al final de este sexenio se habrán concluido las líneas gruesas de la reforma desestabilizadora que aquí en México la hemos vivido fundamentalmente bajo dos líneas: privatizaciones y reducción del aparato burocrático gubernamental.

Nos falta el trabajo fino. En especial, cabe destacar la ausencia de las otras dos líneas que se verificaron en países con similares programas de reestructuración, la desmonopolización y la descentralización, que con la honrosa excepción del ámbito de la educación pública, en otras esferas ha seguido hasta el camino opuesto. Sólo si se alcanzan estas dos vertientes podremos afirmar que la Reforma del Estado efectivamente devolvió algo a los particulares.

El diagnóstico, sin embargo, privilegió la hipertrofia gubernamental y minimizó el problema de sus distorsiones. En particular, nos olvidamos de la relación técnica que debe existir entre los objetivos de las organizaciones estatales y la aplicación de recursos y capacidades para lograrlo.

La nueva situación política y social en que se encuentra la sociedad mexicana urge de una Reforma del Poder y de una economía que permitan colocar en el centro del desarrollo nacional a la Política Social. Esta adecuación del proyecto de nación debe necesariamente provocar una convocatoria para un nuevo Acuerdo Nacional para el Desarrollo Social. Como nunca la creación de condiciones propicias para el desarrollo demandan de la certidumbre, de la renovación de los consensos, de un orden político-social con credibilidad y de las alianzas sobre las que se finca la viabilidad del proyecto de nación.

Para avanzar en una mayor equidad y bienestar social es necesario dar articulación, congruencia e integralidad a las políticas económica y social. Esta visión tiende a un proceso más amplio de fortalecimiento de vínculos que garanticen que las medidas de política social no quedarán aisladas de los objetivos y prioridades de la política económica.

No habrá desarrollo sin acuerdos nacionales que tengan como referente la construcción de un país más justo y democrático, sustentado en esquemas de gobernabilidad que incorporen a la sociedad y busquen el fortalecimiento de un modo de vida inspirado en la convivencia y el respeto a lo diverso, a la legalidad y a la dignidad humana.

El problema de la pobreza en México no atañe sólo a un «Programa», sino que debe encuadrarse en una estrategia más amplia y comprensiva de la cuestión social.

Una estrategia que se conciba integralmente, donde se consideren todos los programas y acciones de gobierno y todas las instituciones que puedan incidir en el bienestar de las familias, poniendo todo el énfasis en los sectores que menos tienen. Como tal, debe también procesarse en el contexto de una profunda Reforma Administrativa para que los órganos gubernamentales de la seguridad social respondan a la nueva dinámica.

Ello implica superar la concepción y limitaciones de solidaridad. Entre otras, las siguientes:

1. La experiencia de solidaridad muestra un Programa con importante canalización de recursos que logró desatar procesos de organización y participación social en tareas concretas, pero no consiguió articular el esfuerzo de toda la estructura gubernamental. Finalmente se constituyó en un Programa de una sola dependencia.

2. Se consiguió la realización de muchas acciones locales, dispersas, acotadas por problemas muy específicos de barrios y comunidades; paradójicamente, la inversión de solidaridad se sujetó a una normatividad fuertemente centralizada.

3. No se logró estructurar la estrategia organizativa de base social que diera continuidad, permanencia y mayor alcance a los Comités de Solidaridad, los cuales se vieron restringidos a ser Comités Promotores de Obras.

4. La participación de las dependencias federales no logró articularse en un esfuerzo integral. Tarde se reconoció también la necesidad de hacer efectiva la participación de la sociedad civil, de ahí que las acciones de organismos no gubernamentales aparezcan igualmente desarticulados y ajenos a las tareas de solidaridad.

Lo que se propone en síntesis es:

- a) Introducir la concepción de desarrollo social como política de Estado, que articule los esfuerzos de gobierno y sociedad.

- b) Partir de un gran Acuerdo o Pacto Nacional que tienda a incrementar masivamente la participación de la sociedad en todas las tareas del desarrollo social.

- c) Parte fundamental de ese Acuerdo sería la recomposición del funcionamiento de las instituciones de carácter social del gobierno y bajo el planteamiento de recuperar su concepción original de entidades de servicio a la sociedad.

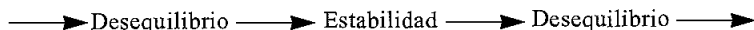
5. ESTADO MODERNO Y SEGURIDAD SOCIAL

CARLOS E. VARELA RUEDA

Hablar en la actualidad de la reforma del Estado presupone la necesidad de ubicarse en el ascenso de la economía secundario a la existencia de una crisis profunda del Estado llamado benefactor.

La reforma ha ocurrido como consecuencia de una crisis que se ha manifestado como un debilitamiento de las políticas sociales, el cual, a su vez, ha dado a un debilitamiento de las organizaciones sociales. En particular, se caracteriza por la tendencia a la desaparición del Movimiento Obrero.

En este momento conviene recordar la presencia continua de una de las contradicciones principales del capitalismo, que es la representada por etapas sucesivas de:



Dicha contradicción ha conducido a que ahora la búsqueda del equilibrio dependa básicamente del individuo, y a que ya no lo haga más del Estado.

Lo anterior ha dado lugar a la presencia agobiante del individualismo a ultranza. El gobierno se ha retraído y ha dejado su lugar a los particulares, aunque conserva un papel regulador mínimo, que pomposamente se califica como de modulador.

Si antes el compromiso del Estado benefactor era hacer lo que se debía hacer, por sobre lo que se podía hacer, ahora el compromiso del Estado reformado es hacer lo que se puede hacer y no lo que se debe hacer.

Para el Estado reformado existen cinco principios nuevos que tienen validez universal y que sirven como rectores de las relaciones políticas, sociales y laborales:

- . El realismo (Representa el predominio de lo factible sobre lo deseable),
- . El pragmatismo (Significa que lo técnico tiene preponderancia sobre lo político.),
- . La eficiencia (Se busca calidad, no cantidad),
- . La competitividad y
- . La disciplina.

Lo comentado en las líneas anteriores representa una visión muy rápida, esquemática y superficial del Estado reformado. Es preciso reconocer aquí que la mayoría de los gobiernos actuales tiene como proyecto el desarrollo de un Estado neoliberal centrado en la economía como su mejor instrumento.

En oposición, e independientemente de la reforma del Estado, creo firmemente que la seguridad social debe formar parte fundamental de las políticas del desarrollo social y económico. Las necesidades de la población, pero sobre todo sus derechos, deben ser reconocidos, atendidos y respetados como una obligación por el Estado.

La seguridad social puede y debe ser considerada como uno de los derechos más grandes del hombre, ya que, en su concepción más amplia, comprende: el trabajo o empleo pleno, la educación, la vivienda, la alimentación, la protección de la salud y un ambiente sano.

Frente a un Estado que se retrae, la sociedad civil está en posición de demandar, de exigir, que se haga efectiva la atención de sus derechos, lo que obliga a los gobiernos a responder cabalmente para que el individuo y su familia dispongan de un sistema encaminado a protegerlos eficazmente contra los riesgos de la existencia.

Hasta ahora, la seguridad social se ha limitado a proteger a las personas que tienen un trabajo remunerado y se encuentran subordinadas a la autoridad de un patrón. Sin lugar a duda, se puede afirmar que la seguridad social ha contribuido en forma significativa al mejoramiento de las condiciones de vida de los trabajadores asalariados y de las de sus familiares.

Debido a las tres dimensiones que tiene la seguridad social -la de la salud, la económica y la social- mismas que a la vez la hacen factor integrante y determinante del desarrollo, el alcance limitado de la seguridad social, es decir, el hecho de que no cubra a la totalidad de la población, filosóficamente hablando permite considerarla como inequitativa y, por lo tanto, en cierta forma, injusta.

Es por ello que considero que el Estado, cualquier Estado, debe actuar para convertir a una población en la que coexisten los asegurados con los no asegurados, en una población en la que todos sus integrantes vean atendidos por completo sus derechos, derechos cuyo ejercicio no debiera depender de la capacidad de pago o de consumo de servicios que tenga la población.

Con fundamento en el principio de solidaridad, el Estado moderno tiene que poner su parte y buscar la equidad y la universalidad de la cobertura de la seguridad social con el propósito de cumplir, de manera plena, su obligación ineludible para con la sociedad civil.

Ciertamente hay innumerables dificultades y obstáculos que superar para lograrlo, mismos que tienen en el desarrollo económico sostenido, las mejores opciones para que el Estado y la propia sociedad civil los puedan resolver.

El Estado tendrá que buscar mecanismos de redistribución y reorientación de la riqueza nacional que permitan avanzar más rápidamente de lo que se podría derivar sólo de los efectos, que se suponen positivos, de la globalización de la economía y de la libre competencia del mercado. Lo tendrá que hacer pronto porque la gente no puede permanecer mucho tiempo más sin disfrutar de los beneficios de la seguridad social.

En una visión muy apretada pienso que los componentes principales de un sistema ideal, más amplio y más equitativo, que se deben armonizar con gran imaginación y creatividad, talento y voluntad, para diseñar un sistema de seguridad social que tenga alcance para todos son:

. El financiamiento, que originado en fuentes diversificadas, haga viable y factible el sistema que se busca,

- . La planeación racional y previsoras,
- . La administración que garantice tanto la contención de los costos como el equilibrio financiero y que evite el burocratismo,
- . La prestación plural de servicios de gran calidad,
- . El personal altamente calificado,
- . Las instalaciones adecuadas y
- . Los mecanismos para la indispensable regulación del sistema.

Para concluir considero conveniente mencionar que la construcción de la seguridad social es una obra humana. Creo que el futuro de la seguridad social está en la participación de los individuos, pero no en la de los individualistas y competidores, sino en la de los que están convencidos de que sus valores superiores son la emoción social, la colaboración y la participación democrática en la solución de los problemas de todos.

Sabemos que para el individuo los obstáculos principales para la colaboración son los de orden psicológico, no los de orden económico, ni material. Pienso que dichos obstáculos sólo podrán ser superados por aquellos que han aceptado, francamente, de una buena vez y para siempre, el pluralismo como un hecho, y que, además, han renunciado a querer usar la colaboración como un pretexto para ganarse adeptos y triunfar sobre otros individuos a quienes consideran como adversarios a los que hay que dominar.

BIBLIOGRAFIA

1. Attali J., Milenio, Barcelona, Seix Barral, 1991:16-20.
2. Chanes N.J., La Seguridad Social: una fortaleza sitiada. La Seguridad Social en América Latina. Situación Actual y Perspectivas. México, Subdirección General Médica, I.M.S.S.. 1993:117-119.
3. Goulet D., Ética del Desarrollo. Barcelona, Editorial Estela, 1965:24.
4. Paganini M.D., Las Políticas de Previsión y el Estado Benefactor. La Seguridad Social y el Estado Moderno. México, Fondo de Cultura Económica, 1992:15-36.
5. Pérez G.C., Del Intervencionismo Estatal a la Subsidiaridad Social. La Seguridad Social y el Estado Moderno, México, Fondo de Cultura Económica, 1992:59-73.
6. Salinas G.C., El Liberalismo Social, Nuestro Camino. México, Presidencia de la República, 1992:9-12.

SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

El panorama de la salud se ha venido transformando aceleradamente, por los avances de la ciencia y la tecnología médicas que han permitido prevenir o tratar enfermedades que anteriormente se consideraban mortales o invalidantes. En consecuencia, se registran mejorías relevantes en muchos de los indicadores de salud, en comparación con épocas pasadas.

Estos cambios no son desde luego resultado exclusivo de las acciones médicas. Parte muy importante corresponde a las políticas sociales que permiten que un número creciente de individuos accedan sin distinción no sólo a los beneficios del cuidado de la salud, sino también a otros satisfactores que concurren al bienestar individual y familiar como la educación, empleo, alimentación, saneamiento y vivienda. De ahí la importancia de los sistemas de seguridad social que permiten acceso a los servicios de salud y también a otras prestaciones.

La salud se ha definido como uno de los factores condicionantes del bienestar y base indispensable del desarrollo social. Por lo tanto, constituye parte esencial de todo sistema de seguridad social.

Muchos de los factores que afectan a la seguridad social inciden en la salud, otros le son exclusivos. Los problemas de cobertura, financiamiento y calidad, modelos obsoletos de atención, control de costos y otros igualmente importantes relacionados con la salud, deben ser materia de análisis en toda propuesta de reforma de la seguridad social.

1. LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL. RETOS Y PERSPECTIVAS

NORBERTO TREVIÑO GARCIA MANZO

Como introducción al interesante tema de La Salud en el Contexto de la Seguridad Social, es conveniente hacer algunas consideraciones sobre la salud y su papel en el proceso de desarrollo de las sociedades. Sin lugar a dudas aquélla es el pilar fundamental de todas las potencialidades del individuo. La salud viene a ser uno de los bienes más preciados del hombre, un bien que no se puede intercambiar, vender, ni enajenar.¹

Sin embargo, sería erróneo considerar a la salud solo desde el punto de vista del individuo, ya que su estado de salud no es sino el resultado de la concurrencia de diversos factores que involucran a la sociedad en su conjunto; en contrapartida, la salud individual, constituye un elemento decisivo en muchos de los aspectos que conforman el desarrollo social.

En cuanto a la primera aseveración cabe señalar, dentro de los factores condicionantes de la salud, aquello que se refiere a la economía en sus dos vertientes: la inversión necesaria para crear condiciones que favorecen la salud, como saneamiento del medio, buenos servicios públicos, vivienda y educación, y por otra, los costos de las acciones específicas de atención a la salud. Esto implica erogaciones financieras que inciden de manera importante en la economía de los países, a grado tal que economías poderosas, han visto amenazada su estabilidad por el incremento incontenible de los costos de la atención a la salud. Lógicamente, economías más débiles, agobiadas por diversas crisis, han debido reducir sus gastos en salud o sus inversiones en servicios públicos, con repercusión en el mediano o largo plazo en sus indicadores de salud. Pero no es solamente el entorno económico el que puede afectar la salud de una sociedad determinada, lo es también la política social que determina la distribución de la riqueza generada por el desarrollo económico. Indudablemente, la inequidad en la distribución del ingreso, aún dentro de esquemas económicos aparentemente exitosos, determina la problemática de origen más importante que afecta la salud.²

Respecto a la segunda aseveración, la salud constituye un bien económico³ en la medida en que asegura la capacidad del individuo como unidad productora. Pero no sólo eso, también constituye un bien social porque representa fielmente el éxito de las políticas sociales, y porque sustenta las capacidades del hombre para crear, que es la esencia del desarrollo tecnológico, científico y cultural de las sociedades.

La mayor enseñanza que puede obtenerse de lo antes dicho, es que la salud no debe concebirse ni analizarse por fuera de su entorno socioeconómico, y que independientemente de su relación recíproca con las políticas económicas, representa primordialmente un bien social, una expresión del bienestar de la sociedad y por lo mismo, una estrategia básica de cualquier política que busca la justicia social.

Concebida así, no es difícil ubicar a la salud en el contexto de la Seguridad Social, que constituye un elemento clave de la política social de cualquier estado. También se puede comprender su estrecha vinculación si se recuerda que la salud fue el primer riesgo protegido en el origen de los seguros sociales, y hasta la fecha continúa siendo muy importante.

En este momento conviene hacer énfasis sobre el vínculo que existe entre salud y seguridad social; para ello se hará referencia en forma sucinta a algunos hechos relevantes que en relación con la salud ha logrado la seguridad social mexicana en más de medio siglo de existencia. En este lapso el crecimiento de la infraestructura y los servicios ha sido impresionante, la cobertura alcanza las dos terceras partes de la población del país, sus diversos establecimientos médicos han sido campo clínico de excelencia para formar personal para la salud; la investigación médica que se realiza constituye la mayor contribución a la investigación nacional, y en la institución se han desarrollado programas de gran trascendencia para la población como medicina familiar, planificación familiar, salud en el trabajo y los de cobertura a población abierta como el programa IMSS-Solidaridad que protege a más de 11 millones de habitantes del área rural. Estos avances se han logrado dentro del campo de acción de la seguridad social.

Desde luego existen algunos rezagos: cobertura incompleta; desigual calidad de los servicios; excesivo burocratismo; en ocasiones trato inadecuado al usuario, con tendencia a la deshumanización, e incoordinación entre instituciones. La festinación de estos problemas, sin buscar el justo equilibrio con las acciones positivas, ha sido el discurso de los detractores de la seguridad social para descalificar sin éxito, su labor en el terreno de la salud.

Indudablemente, la seguridad social deberá ajustarse a los cambios de su entorno económico y político-social. Ello implicará un proceso de modernización que naturalmente comprenderá los servicios de salud, que seguirán siendo, su baluarte fundamental. Es difícil concebir que la salud pueda manejarse bajo las mismas leyes que otros bienes del mercado, o que los sectores privados puedan responsabilizarse substancialmente de las respuestas que exigen los nuevos retos de la salud en el seno de cualquier sociedad. En efecto, la salud enfrenta, y será más en el futuro, retos considerables. Los cambios demográficos transforman la pirámide etárea de la población y la atención deberá dirigirse a los grupos de mayor edad con problemas más complejos y costosos. El crecimiento de la población urbana traerá nuevos problemas de salud. La transición epidemiológica traerá modificaciones de la morbilidad, particularmente en los países en desarrollo donde persistirán problemas ancestrales e irán cobrando importancia los padecimientos crónico-degenerativos y nuevas patologías con gran impacto económico y social; se agudizarán los accidentes, la violencia, adicciones y deterioro ambiental y se hará más clara la polarización epidemiológica.⁴

Por lo tanto, las expectativas de atención a la salud en el futuro inmediato deberán comprender estrategias para el uso racional de los

recursos, nuevas formas de atención para los problemas crónico degenerativos, sistemas eficientes de atención al trauma, fortalecimiento de la investigación en salud, nuevas estrategias de atención a grupos marginados, mecanismos adecuados de contención de costos, mejora de la calidad, cultura de eficiencia y productividad, reorientación del modelo de atención a la salud, participación de la comunidad y participación coordinada de los sectores público y privado en la atención de problemas específicos.⁵

Las respuestas a los retos antes planteados y el cumplimiento de las expectativas correspondientes sólo pueden darse dentro de un sistema de seguridad social que cuente con amplia y diversa infraestructura de recursos, así como con una sólida experiencia operativa, y un alto espíritu de solidaridad, equidad y servicio. Tampoco existe duda que cualquier sistema de seguridad social deberá resolver rezagos e injusticias y deberá llevar a cabo las reformas necesarias en su estructura orgánica, en sus modelos administrativos, en sus mecanismos de financiamiento, y en sus normas y procedimientos.

REFERENCIAS

1. Cervantes, P.P., *La Salud en el Contexto de la Seguridad Social*. La Seguridad Social en América Latina. Situación Actual y Perspectivas. México, I.M.S.S., 1993.
2. Serrano, C.P., *La Salud y Transformación Productiva con Equidad*. La Seguridad Social en América Latina. Situación Actual y Perspectivas. México, I.M.S.S., 1993.
3. Fundación Mexicana para la Salud, A.C., *Economía y Salud en México. Un Estudio sobre las Opciones para el Funcionamiento y la Prestación de los Servicios de Salud*. (Síntesis Ejecutiva), México, agosto 1993.
4. Treviño, G.M.N., *El Cambio en la Medicina Institucional*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Simposio: Reflexiones sobre el Estado Actual de la Medicina en México. México, (Conferencia), noviembre 1992.
5. Treviño, G.M.N., *La Medicina de Seguridad Social ante el Proceso de Modernización*. Primer Congreso Nacional de la ASOMEIMSS, Perspectivas para el Siglo XXI. México, (Conferencia). septiembre 1992.

2. AVANCES Y PERSPECTIVAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ENRIQUE WOLPERT BARRAZA

Desde el inicio de la historia las comunidades progresistas se han distinguido por impulsar los procesos de cambio, en nuestro tiempo, el cambio mundial ocurre con mayor velocidad y con características peculiares

derivadas del acumulo de conocimientos y del avance tecnológico, a tal grado que ha nacido el concepto de la «aldea global». México participa decidido en el proceso globalizador y ha hecho importantes cambios en lo político, en lo económico y en lo social, que se traducen en el concepto y praxis de la modernización del país.

La seguridad social a través de optimizar la distribución del ingreso y la protección contra los riesgos de la vida, abatiendo inequidad e incertidumbre, es un factor de estabilidad social, modelo de la capacidad para prepararse de los ciudadanos y del gobierno para atender necesidades básicas y conservar el impulso general de desarrollo, facilitando el acceso a sus beneficios a un número mayor de ciudadanos, la utilización de la infraestructura presente y el aumento de la calidad de vida y el bienestar de la población.

En un estado moderno la salud y el bienestar de la población son políticas fundamentales y no se concibe la prestación de servicios de salud alejadas de las acciones de seguridad social.

Los servicios de salud forman parte natural de la seguridad social, en tanto ésta ampara al individuo y a su familia frente a las contingencias de la vida, promueve su bienestar y estimula la más completa expresión de sus capacidades. Estos servicios reflejan los logros alcanzados en procesos de cambio y las acciones orientadas a la solución de los principales obstáculos para el bienestar de la población y para el desarrollo armónico del país.

En México el panorama demográfico en cambio permanente, y aún acelerado, (si bien la tasa de crecimiento se redujo desde 3.2 en el periodo 1950-1970 a 2.6 entre 1970-1990), espera a fines del siglo, una población de aproximadamente 100 millones de habitantes, la densidad de población será de 50 habitantes por Km², con una distribución que favorece a las áreas urbanas que acumulan ya dos tercios de la población. Sin embargo, hay 150,000 localidades con 2,500 habitantes o menos, que albergan 25% de la población y tienen dificultades de acceso, que mantendrán su presencia y la justa demanda de servicios.

Algunos indicadores de bienestar, que inciden en la salud han mejorado, hoy el 88% de las viviendas en México están electrificadas, 79% tienen agua entubada y 64% tienen drenaje; y el analfabetismo se redujo en un 50%, el 88% de nuestra población es alfabeta; pero estas cifras globales no muestran la diversidad de los escenarios, y es indispensable analizar la información bajo una visión regional para aplicar medidas que optimicen los recursos, el aprovechamiento de la infraestructura, reduzcan las asimetrías y logren solución en las «bolsas» de rezago.

Un serio escollo en la planeación, diseño y operación de acciones de cobertura, es además, de los tradicionales de acceso oportuno y heterogeneidad de demandas y recursos, el grave problema de la imbricación de servicios. Se ha determinado que en México la población con acceso a servicios permanentes de salud es cada vez más numerosa, el 95% goza ya de esos beneficios, y en 1992 los índices eran de 82.4 camas, 100 médicos y 172 enfermeras por cada

100,000 habitantes, cambian así dentro de los indicadores de suficiencia de la organización mundial de la salud, pero otra vez, esas cifras enmascaran carencias regionales y problemas de acceso.

En ese mismo año el IMSS ofrecía cobertura a una población derechohabiente de 38.7 millones, esto es 44.5% de la población del país, el IMSS-Solidaridad cubría 11 millones adicionales, 13.1% y la Secretaría de Salud a casi 28 millones. Había cobertura adicional, la proporcionada por el ISSSTE, a 8 millones, el DDF a 3 y otras instituciones a un porcentaje menor de la población, había aún 4.4 millones que no tenía cobertura ni acceso a servicios de salud permanentes.

Hay que considerar además que el reto en México es de características especiales, a la transición demográfica se suma una transición epidemiológica que no existe o es mínima en países del norte, entre nosotros aunque las cardiopatías se han convertido en la primera causa de mortalidad, tenemos aún regiones donde las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias son de gran impacto en los índices de mortalidad y morbilidad, especialmente en áreas rurales y en población indígena, y es necesario dedicar mucho trabajo a las áreas básicas de saneamiento, ingeniería sanitaria y otras acciones de medicina preventiva, buscando con imaginación y arrojo el máximo índice de costo/beneficio y las acciones logísticas más promisorias de éxito en los esfuerzos para eliminar rezagos ancestrales.

No hay duda de que podemos alcanzarlo. Desde hace más de tres años no hay circulación de poliovirus salvaje en México ni ha habido ningún caso de poliomieltis, desde 1991 no ha habido difteria y a pesar de la presencia del cólera (tal vez por esa misma razón) la mortalidad por diarreas se redujo al 50% en el grupo de menores de 5 años; pero las medidas intensivas que lograron estos éxitos, deben ser permanentes, es cierto, con adecuaciones apropiadas, pero no caben retrocesos. Se han logrado otros éxitos, el paludismo, amenaza siempre presente en 50% del territorio nacional que tuvo un repunte importante a mediados de la década pasada, ha reducido su morbilidad poco más de 10 veces, y el cólera ha sido contenido, la mortalidad asociada en este año es sólo de 0.5%; sin embargo, y en el contexto de la transición o más bien evolución epidemiológica con imbricación de la patología de la pobreza y la patología del desarrollo, han tomado importancia las enfermedades crónicas y degenerativas, los accidentes, las violencias y las enfermedades mentales, y han aparecido otras amenazas bien como enfermedades nuevas, cual es el caso del VIH y el SIDA o con el repunte de enfermedades infecciosas como la tuberculosis y otras infecciones bacterianas, cuando por evolución natural y adaptación selectiva, los microorganismos han desarrollado resistencias transmisibles entre gérmenes, que han puesto en entredicho uno de los más grandes triunfos de la medicina moderna, los antimicrobianos, ahora cada día más cuestionados ante la aparición de bacterias multirresistentes, en algunos casos intratables.

Un grave problema mundial que impone dolorosa carga en los sistemas de salud es el costo ascendente de la medicina moderna, parece ser que los logros de nuestro siglo que llevaron a la reducción progresiva y persistente de la mortalidad materno infantil, y al control de numerosas enfermedades en etapas más avanzadas de la vida, y que se tradujo en un aumentonotable de la esperanza de vida, así como la terapéutica moderna con métodos dialíticos, antihipertensivos eficaces, alotransplantes, prótesis y ahora diagnóstico y terapéuticas biomoleculares, resultan en una carga onerosa a la que se suma el costo de pensiones por incapacidad e invalidez. De este modo, el costo es un factor omnipresente y limitante de la capacidad de acción en todos los sistemas de salud independientemente de su tendencia organizativa y su base ideológica.

Ya que la atención de la salud no puede ser obligación ajena al individuo, y que las medidas de prevención son ahora como nunca, elementos centrales para aminorar costos y lograr mayor eficiencia, hay que considerar de primera importancia toda acción de promoción, fomento y educación para la salud e incorporar éstas a las vivencias más tempranas del ente social. La salud debe ser compromiso individual y permanente, y esa noción debe ser inculcada desde la familia y la escuela, incorporando conceptos de protección del medio ambiente, control y protección de la fauna, rechazo de hábitos y conducta de riesgo, aceptación de medidas de inmunoprofilaxis, dietéticas y de ejercicio y manejo del stress, en paralelo con actitudes de cooperación y apoyo a los miembros menos favorecidos de la sociedad, a los ancianos y niños. Por otra parte, el control de la fecundidad debe ser motivo de atención mediante la información veraz, accesible y aceptable, de modo que al llegar el sujeto a edad fértil pueda incorporar a su vida cotidiana los medios que con respeto absoluto a la dignidad humana y a la decisión de cada pareja aseguren la reducción de la tasa global de fecundidad y favorezcan la paternidad responsable.

En este punto es necesario que el concepto de planificación familiar se enlace con las ideas actuales de salud reproductiva, ante la creciente frecuencia de enfermedades de transmisión sexual y embarazos tempranos en un segmento de la población que no está preparado en ninguna forma para iniciar vida familiar. Los adolescentes deben ser informados también, en estrecha colaboración con instituciones educativas, centros de promoción social y deportiva y toda vía que garantice una meta accesible, para evitar los riesgos que a la salud reproductiva impone la vida en esa época de formación y preparación, pero también de desconcierto y experimentación típicos de la juventud.

En cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo propuesto por el Presidente de México, y en concordancia con las estrategias y objetivos del Plan Nacional de Salud optimizando el gasto se han desarrollado acciones en el sistema nacional de salud para elevar el bienestar y la salud de la población aplicando programas sustantivos, ampliando la cobertura y mejorando el acceso a los servicios, favoreciendo a la población más desprotegida. Entre estos programas se incluyen los de **fomento de la cultura de la salud** con

énfasis en la promoción y el autocuidado a nivel individual, familiar y social, la **atención materno infantil** para proteger la salud del binomio madre/hijo en un periodo crítico de la vida, programa que se engarza con el de protección mediante **inmunizaciones**, predominando las acciones en la infancia, pero con acciones entre madres gestantes y abierto a la población para atender necesidades preexposición o, como es el caso de la rabia, postexposición a un agente de enfermedad, la **planificación familiar** mantiene su lugar preeminente y hay también **programas para el control de diversas enfermedades infecciosas y parasitarias**, así como para **enfermedades crónicas y degenerativas**, acciones permanentes sobre el **control y vigilancia sanitaria de bienes y servicios y saneamiento básico y de extensión de cobertura**.

En paralelo a los programas sustantivos del Sistema Nacional de Salud, que incluye a las instituciones de seguridad social, hay que mencionar programas de prevención y atención curativa dental y programas de apoyo orientados a formar recursos humanos, a optimizar la administración y favorecer la investigación biomédica.

La integración de un equipo de salud, amplio, versátil y flexible en el que participen el individuo, la familia, organizaciones de la sociedad civil y de los tres niveles de gobierno, que sea soportable en términos financieros, aceptado por la comunidad y se engarce con otras acciones de la administración pública como pueden ser acceso al agua limpia, drenaje y disposición de excretas, con mejoría cuali y cuantitativa en nutrición y suministro de alimentos, y distribución oportuna de insumos, es la tarea inmediata, siempre presente, evolutiva por naturaleza y el reto más demandante en la acción médica de indole social.

La seguridad social, en su dimensión relativa a la salud, es herramienta de cambio aplicada desde hace 50 años, con indudable éxito, y aplicable con mayor razón en el futuro inmediato. Contiene en sí misma un sistema médico familiar aún perfectible, un principio de solidaridad que encuentra expresión al ofrecer atención primaria de la salud a la población rural y un sinergismo que puede y debe aumentar con otros componentes del Sistema Nacional de Salud, de modo que éste evite ser segmentario y ofrezca una prestación de servicios competitivos, de calidad, eficientes, con equidad y calidez, e interés mayor por los grupos más débiles. El Sistema Nacional de Salud busca reforzar la investigación, mejorar la información, establecer y expandir acciones intra e intersectoriales y favorece una mayor dignidad de sus trabajadores de la salud, más satisfacción del usuario y la optimización del gasto nacional en salud que se acerca ya al 5% del P.I.B.

3. ELEMENTOS DE LA REFORMA EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

SANTIAGO LASTIRI QUIROZ

La salud de la población mexicana es uno de los indicadores de mayor importancia en la determinación de su desarrollo económico y social. Su estudio ha permitido delinear diferencias significativas en los perfiles de morbi-mortalidad por áreas geográficas, niveles de ingreso familiar, características de vivienda y nivel educativo de la población, entre otros.

Reconocer que la salud es también producto de un nivel de vida, es aceptar que la marginación social está claramente ligada a la actual estructuración de cualquier sistema. En México, los servicios de salud y atención médica de la seguridad social han representado, en los últimos 50 años, un esfuerzo permanente para afrontar la carga económica que la enfermedad representa tanto para el individuo como para la sociedad.

Desde sus inicios, la seguridad social mexicana (SSM) incluyó a la salud como uno de sus ramos de seguro para la protección de los derechohabientes y sus familias. En este proceso y en sus varios esquemas, la SSM ha mostrado un dinamismo constante al incluir a distintos sectores de la población alcanzando una cobertura actual del 60% de la población total del país.

El seguro de salud es un **Esquema de Cobertura Integral de Servicios** que incluye atención primaria, medicina preventiva, medicina curativa y rehabilitación. Aquí se contemplan acciones de campo (salud pública, educación para la salud, vacunación, etcétera), consulta externa, hospitalización, medicamentos, estudios diagnósticos y rehabilitación, así como el pago a los profesionales de la salud.

A pesar de sus logros, los servicios de salud y atención médica de la seguridad social enfrentan dos grandes retos. El primero se refiere a su propia problemática (interna) relacionada con aspectos de accesibilidad, calidad, costos de producción y disponibilidad de recursos financieros. El segundo representa el reto solidario de cómo hacer extensiva su **Cobertura Integral de Servicios** a la población no asegurada del país la cual representa al 40%. Esta población no asegurada se encuentra teóricamente amparada por las instancias de la asistencia social.

La población no asegurada no tiene acceso a un Esquema de Cobertura Integral de Servicios semejante al de los beneficiarios de la seguridad social, quienes están amparados contra la eventualidad de una pérdida económica por enfermedad. Por tanto, la definición de «cobertura» para la población no asegurada es totalmente diferente a aquella de la población asegurada que goza de un mejor acceso a atención médica.

Lo anterior nos lleva a subrayar que **nuestro objetivo como nación** debe ser el de propiciar una cobertura universal a través de un acceso real e integral a servicios de salud bajo un esquema semejante al que brinda la

seguridad social. En dicho esquema, se incluiría a la población no asegurada. IMSS-Solidaridad podría ser la herramienta más viable del Gobierno Federal para resolver el problema de los no asegurados, principalmente aquellos en áreas rurales y peri-urbanas marginadas. Esquemas innovadores de financiamiento y organización serían la fórmula para que IMSS-Solidaridad cumpliera con este cometido en todo el territorio nacional.

PLANTEAMIENTOS GENERALES

Para encontrar respuestas tanto a los problemas internos de la seguridad social en materia de salud, así como empezar a abordar el problema de los no asegurados se presentan los siguientes planteamientos:

a) **VISION INTEGRAL**

Considerar a la salud y a la seguridad social como parte integral del desarrollo económico y social del país. Lo anterior se refiere a que la salud y la seguridad social no deben tratarse separadamente, pues una sin la otra se autolimitarían, desencadenando serias consecuencias en el capital humano y en el capital productivo y económico.

b) **UNIVERSALIDAD REAL Y COBERTURA INTEGRAL DE SERVICIOS**

Desarrollar y operar un modelo de **acceso universal y cobertura integral de servicios de salud bien definido**, para todo individuo independientemente de su capacidad de compra. Esto beneficiaría principalmente a la población no asegurada. Dicho modelo deberá incluir una cobertura integral de servicios de salud y atención médica en atención primaria, medicina preventiva, medicina curativa y rehabilitación, contemplando acciones de campo (educación pública, educación para la salud, vacunación, etcétera), así como servicios de consulta externa, hospitalización, medicamentos, estudios diagnósticos y rehabilitación, así como el pago a los profesionales de la salud.

c) **CALIDAD DE SERVICIOS**

Definir una estrategia de calidad de servicios con mecanismos compatibles de evaluación y seguimiento aplicables por igual a los sectores público, seguridad social y privado. Se deberán establecer estándares y mecanismos de certificación de recursos humanos, infraestructura y conductas de práctica médica y hospitalaria.

d) **CONTENCION DE COSTOS**

Definir una clara estrategia de contención de costos y uso eficiente de recursos disponibles (financieros, humanos, infraestructura e insumos) a fin de garantizar una adecuada producción y prestación de servicios evitando entre otros problemas, la duplicación de acciones y coberturas.

e) **MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO Y ORGANIZACION**

Diseñar y operar nuevos mecanismos de financiamiento, organización y compensación de servicios de salud a nivel rural, suburbano y urbano incluyendo a los sectores público, seguridad social y privado enfatizando alternativas

concretas de regionalización, sectorización y descentralización. Dichos mecanismos deberán ser considerados no sólo como alternativas a los esquemas prevalecientes, sino también como complementos a las finanzas actuales.

f) PLANEACION ESTRATEGICA Y COORDINACION

Desarrollar, fortalecer y consolidar las acciones de los componentes del sector salud a nivel regional, estatal, municipal y local, a fin de actuar coordinadamente en pro de una descentralización efectiva. Esto sólo sería posible a través del desarrollo de modernos mecanismos administrativo-gerenciales, legales y financieros para el manejo de las instituciones y sectores.

g) EVALUACION TECNOLOGICA

Diseñar e implantar una estrategia nacional de evaluación tecnológica que concilie, por un lado, la necesidad por mantener innovación tecnológica, pero por el otro, fomentar, permanentemente, el uso racional de tecnologías en cada uno de los componentes del sistema. Por lo tanto, dicha estrategia debe ser vista como parte integral de la política nacional de salud y como herramienta de trabajo cotidiana para garantizar accesibilidad, seguridad, eficacia y eficiencia con el uso de tecnologías.

h) SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION Y EVALUACION EN SALUD

Desarrollar y operar un sistema de información del sector salud incluyendo a los sectores público, seguridad social y privado a fin de construir bases de datos a partir de componentes clínico-epidemiológicos y administrativo-financieros. Con esto se podrá realizar una efectiva evaluación y monitoreo permanente del sistema favoreciendo estudios comparativos sobre accesibilidad, calidad, uso de servicios, costos, conductas y prácticas médicas y hospitalarias.

i) AUDITORIA GENERAL DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS

Crear una figura evaluatoria de las actividades y acciones del sector salud. Esta figura operaría de manera independiente a los componentes del sistema, realizando estudios retrospectivos y auditorías médicas encomendadas por distintos organismos competentes, a instancias de la sociedad. Asimismo, esta figura presidirá un sistema de opinión pública (pulsación del sistema a través de sondeos de población) tanto interna como externa para que vía la información, se puedan evaluar periódicamente los niveles de satisfacción y contribuir a la planeación estratégica sectorial.

j) SALARIOS, CALIDAD, COMPETITIVIDAD Y PRODUCTIVIDAD

Diseñar innovadores mecanismos de compensación para los profesionales de la salud, de tal modo que se garanticen ingresos dignos, pero en base a la calidad, competitividad y productividad de sus acciones.

k) MECANISMOS INNOVADORES

DE FINANCIAMIENTO INSTITUCIONAL

Desarrollar mecanismos alternos y complementarios de financiamiento y organización a fin de fortalecer y modernizar a las estructuras vigentes de la seguridad social enfatizando la estructuración de un modelo para la inclusión de la población no asegurada del país.

1) APOYO A AREAS ESPECIALES

Apoyar las acciones de investigación y desarrollo por su impacto en la producción y prestación de servicios. Subrayar el papel de la regulación y fomento sanitario por su influencia en la salud de la población. Conferir un papel central a la modificación de conductas y riesgos para la salud (p.e. alcoholismo, tabaquismo y drogadicción, etcétera).

4. SALUD, EQUIDAD Y TRANSFORMACION PRODUCTIVA

ROMULO CABALLEROS OTERO

Tras una etapa caracterizada por la caída de las tasas de ahorro e inversión, la contracción del empleo y de la producción y una elevada inflación, muchos países de América Latina y el Caribe han venido perfeccionando la gestión macroeconómica y el desempeño fiscal, y han avanzado en la formación de capital y en la modernización y reestructuración del aparato productivo, lo que los ha llevado a mejorar su posición competitiva en el mercado internacional.

Sin embargo, en materia de superación de la pobreza, el panorama sigue siendo poco alentador, aunque cabe destacar que la crisis de la década pasada no logró invertir las tendencias positivas de largo plazo que se reflejaban en importantes indicadores sociales. Esto queda en evidencia, por ejemplo, en la cobertura del sistema educativo (aunque su calidad sigue siendo un motivo de preocupación); el acceso al agua potable y al alcantarillado; el descenso de las tasas de mortalidad infantil, y el avance de otros indicadores relacionados con la salud.

Hoy en día existe una mayor necesidad de tomar medidas que favorezcan a los grupos más vulnerables de la sociedad. La generación de empleo y la superación de la pobreza deben ser objetivos prioritarios de las estrategias de desarrollo. Esto se debe no sólo a razones éticas, sino también a que facilitan la gobernabilidad de los países, que se erosiona cuando amplios sectores de la población no logran satisfacer mínimamente sus necesidades. Además, el logro de estos objetivos es esencial para elevar la productividad y, a su vez, ésta es indispensable para adquirir una auténtica competitividad en la cambiante economía internacional. La productividad depende en gran medida de la calidad del capital humano disponible, que agrega valor intelectual y progreso técnico a los recursos naturales disponibles.

En ese sentido, la inversión en recursos humanos tiene una estrecha relación con la salud. El mejoramiento de la salud eleva el bienestar de la población y genera un círculo virtuoso entre salud, transformación productiva y equidad. El perfeccionamiento de las condiciones de salud de la población y la superación de las inequidades más importantes en ese campo son metas que deben formar parte del esfuerzo sistémico por aumentar la productividad

y la competitividad de la economía. Una población más sana resulta, en definitiva, más creativa y productiva al reducirse los días perdidos, por enfermedad o por mortalidad precoz, en los ámbitos del trabajo, la educación y las más diversas actividades sociales.

Ciertamente, no es fácil lograr esa interacción virtuosa entre salud y transformación productiva con equidad. Hay notables diferencias entre los perfiles epidemiológicos de los grupos pobres y no pobres, de la población urbana y rural y de los integrantes de diversos grupos étnicos. Se requieren, ante todo, esfuerzos intersectoriales. Una buena salud depende, en gran medida, de las acciones que se lleven a cabo en todos los sectores productivos y del diseño y la implementación de políticas públicas relativas al saneamiento básico, la nutrición, la educación y la participación de las personas y comunidades beneficiarias. Esto exige un sector público activo y coherente y una política pública de salud con gran capacidad de coordinación intrasectorial e intersectorial.

A su vez, la transformación productiva con equidad exige una política de salud en la que se tomen en consideración los escenarios de ajuste y recuperación, y que ofrezca flexibilidad para operar por vía de la descentralización del gasto, su focalización, la diversificación de las fuentes y los mecanismos de financiamiento. Asimismo, debe haber un equilibrio dinámico entre provisión y financiamiento público y privado de servicios de salud, que garantice la eficiencia microeconómica, la calidad de las prestaciones y la equidad distributiva. A partir de lo anterior mejorará la morbi-mortalidad de la población, la calidad de los recursos humanos, su inserción productiva y la capacidad de la sociedad para acceder competitivamente a los mercados mundiales.

Lo anterior indica que es imprescindible mejorar el desempeño de los sistemas de salud, mediante el incremento de su eficiencia microeconómica y la eficacia de las prestaciones. Esto supone cambios institucionales y la aceptación de un modelo pluralista de prestación de servicios de salud, en el que cooperen los ministerios de salud, los gobiernos subnacionales y municipales, la seguridad social, las empresas, los organismos no gubernamentales, las organizaciones de cooperación internacional y los hogares, a fin de desarrollar un sistema integrado de atención de la población. También será necesario modificar las fuentes de financiamiento y lograr un uso más racional de los recursos, pero hay que tener en cuenta que el sector salud tiene características debido a las cuales el libre funcionamiento del mercado no asegura la eficiencia y la equidad. En el sector existen externalidades, la información al consumidor es imperfecta y se utilizan bienes públicos de diversa índole, además, con frecuencia, existe un «tercer pagador», de modo que el consumidor no es quien decide qué servicio va a recibir, quien decide no es quien consume, y quien paga no decide y no se beneficia directamente del consumo. Todo conduce a que en este campo sólo puedan obtenerse soluciones «subóptimas» en materia de eficiencia microeconómica, eficacia de las prestaciones y equidad social.

El análisis de las experiencias regionales y extraregionales sugiere que, además, se debe realizar un esfuerzo regulatorio destinado a moderar los incrementos de costos, que tendrán creciente importancia en el proceso de reforma sectorial. La atención primaria de salud y los servicios de segundo y tercer nivel de complejidad deberán ser parte de una red coherente de derivaciones e interconsultas.

Las variaciones de la estructura demográfica, la disminución de la mortalidad infantil y los procesos de urbanización e industrialización, entre otros factores, están provocando cambios en los estilos de vida y en el ambiente que representan nuevos riesgos para la salud. El cáncer, las enfermedades cardiovasculares, los accidentes y las consecuencias de la violencia, así como los problemas perinatales, ocupan los primeros lugares entre las causas de mortalidad en numerosos países. Por otra parte, las enfermedades crónicas degenerativas, los trastornos mentales y la adicción al alcohol, al tabaco y a las drogas provocan discapacidades y una morbilidad cada vez mayores. Además, han surgido nuevos problemas de amplia magnitud, como la epidemia mundial del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Por lo tanto, es imprescindible concentrar las acciones programáticas del sector en intervenciones eficaces en función de los costos (costo-efectividad), que conduzcan a eliminar riesgos y a prevenir y controlar daños que constituyen problemas de salud pública.

Es necesario, asimismo, considerar los perfiles de los problemas prioritarios específicos de todos los grupos sociales y territoriales, y definir intervenciones intersectoriales que puedan modificar las condiciones de vida y el perfil de los problemas de salud de cada grupo. Las desigualdades e inequidades en las condiciones de vida de los diferentes sectores de la población se traducen en la persistencia de brechas reducibles en la mortalidad infantil y de los menores de 15 años, así como en la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles cuya frecuencia se ha limitado considerablemente en otros sectores de la población del mismo país. La combinación adecuada de intervenciones específicas destinadas a los individuos y de intervenciones integrales que influyen en las comunidades y sus condiciones de vida reforzará la eficacia y la eficiencia de las acciones de salud pública.

La reforma del sector de la salud es una tarea pendiente o que recién se ha iniciado. A las demandas insatisfechas acumuladas a lo largo de los años se suman otras muy variadas que se derivan de la heterogénea transformación de los perfiles epidemiológicos. Hay problemas de insuficiencia y deterioro de la capacidad instalada de los servicios, y de imperfecta organización y operación sectorial, que se arrastran del pasado y que probablemente se agravaron debido al deterioro de las economías en los años ochenta. Dichos problemas modifican tanto los objetivos que los sistemas de salud deben perseguir como los modelos organizativos que se adopten para lograrlos.

Las acciones que exige la reforma del sistema de salud y la introducción de una canasta básica se realizarán en un contexto de grandes cambios

económicos y de reestructuración del aparato productivo, procesos en los que los países de la región ya están embarcados. En algunos casos, la reforma del sector de la salud se llevará a cabo en medio de un proceso de ajuste-estructura y de búsqueda de equilibrio en las cuentas agregadas de la economía; en otros, el esfuerzo de saneamiento macroeconómico habrá dado paso a una nueva fase de crecimiento económico y se contará, por lo tanto, con mayores grados de libertad y mayores recursos para consolidar la reforma sectorial; sin embargo, el aumento de los recursos no basta; teniendo en cuenta el nuevo contexto en el que se desarrollará la actividad sanitaria en los próximos años, con nuevos gobiernos y nuevos actores, el uso adecuado de dichos recursos es fundamental.

En los países que se enfrentan a graves desequilibrios macroeconómicos, la reforma sectorial tendrá lugar en un contexto en el que el sector salud sigue teniendo efectos adversos con respecto a las cuentas fiscales y el equilibrio macroeconómico. La crisis de la seguridad social y su necesidad de fondos públicos son un claro ejemplo de esta situación. La salud aparece como un motivo de insatisfacción de la población y el funcionamiento de los servicios presenta problemas que impiden atenderla adecuadamente.

En el plano global de los macroequilibrios y de la competitividad sistémica también se procura que el desfinanciamiento del sector salud deje de incidir negativamente en el equilibrio fiscal y contribuya al aumento sostenido de la productividad mediante la reducción del número de días perdidos por enfermedad e invalidez. Para ello no sólo es necesario captar más recursos sino también modificar cualitativamente el sistema. Los casos conocidos de recuperación económica demuestran que la mayor asignación de recursos públicos y privados al sector salud, sin una reforma de las bases de los sistemas actuales, acentúa la tendencia a su constante desfinanciamiento y al incremento descontrolado de los costos y la inequidad. Así es como el mal funcionamiento del sector termina por dificultar el funcionamiento de la economía.

El abanico de posibles respuestas varía de acuerdo con el país, la situación económica, el tipo de organización y los sistemas de servicios de atención a la salud. La elección de respuestas dependería, entonces, de las opciones políticas que cada sociedad esté dispuesta a asumir. Pero, en todos los casos, el objetivo esencial es avanzar, con una perspectiva multisectorial, hacia el logro de una equidad en materia de salud y en el acceso a los servicios, lo que exige una mayor eficiencia en la asignación de los recursos y una mayor eficacia en las intervenciones; para lograr estos objetivos habría que garantizar el acceso universal a los servicios de atención, modificar los factores condicionantes de la morbi-mortalidad y propiciar una toma de conciencia de la importancia de la salud.

La consolidación de la reforma deberá armonizarse con la dinámica de la transformación productiva con equidad. Si la población activa sigue aumentando con mayor proporción que el total y los ingresos por hogar se elevan por el efecto combinado del incremento del número de miembros ocupados y de sus

remuneraciones, el perfil étéreo y ocupacional de la población permitiría alcanzar altos niveles de contribución financiera de los beneficiados. A su vez, esto permitiría reducir la participación del Estado en la provisión de subsidios a la atención de la salud y canalizar esos recursos a la universalización de la seguridad social en salud (atención de salud más pagos de licencia por enfermedad y maternidad). El aporte estatal —en todas las fases o en parte de ellas— será necesario para alcanzar la cobertura universal, en un marco de creciente autonomía financiera de los sistemas, en cuya cobertura de prestaciones se contemplaría la provisión de una canasta básica de atenciones de salud. Las normas estatales que favorezcan la equidad, la moderación del incremento de costos y el avance científico y tecnológico en el área de la salud tendrán un carácter específico y complementarán el aporte de los agentes y los beneficiarios.

Los acuerdos de integración regional deben contribuir, en el campo de la salud, a la competitividad auténtica, basada en la incorporación del progreso técnico. Por lo tanto, el desarrollo de los subsectores de salud laboral y ambiental es clave para regular con criterios sanitarios las áreas productivas en las que las condiciones de trabajo son nocivas para el trabajador y que provocan daño al medio ambiente. La integración regional debería ofrecer posibilidades de incorporar los estándares y normas internacionales, sobre todo en materia de seguridad social en salud, salud ocupacional y salud ambiental urbana.

A medida que la población de la región vaya teniendo un mayor nivel de educación, está más informada y más expuesta a los medios de comunicación de masas y tenga acceso a una tecnología sanitaria que permita ampliar la esfera del autocuidado de la salud, no podrán establecer sistemas de salud centrados en los individuos y la familia, y en los que además se otorgue gran importancia al saneamiento básico, la nutrición, la salud reproductiva, la salud infantil y la atención de las enfermedades transmisibles. El centro de gravedad está cambiando del grupo etario de 0 a 14 años al de 15 a 44 años, lo que modifica el perfil epidemiológico y acentúa la importancia del medio ambiente adecuado (residencial, laboral) y de las intervenciones relacionadas con la salud de los adultos.

Por consiguiente, la acción en el futuro deberá orientarse al mejoramiento progresivo de la calidad, la productividad y la equidad en materia de salud. La transición de un escenario a otro dista de ser un proceso espontáneo o unívoco. Además, ésta es heterogénea debido al abanico de respuestas que cada país ofrece en sus actividades sanitarias a pobres y no pobres y a la población urbana y rural. Pese a ello, es posible avanzar hacia una mayor equidad en salud mediante acciones que permitan ir superando la ineficiencia de los sistemas y la crisis financiera que los aqueja.

En este marco, se propone desarrollar nuevas formas de análisis del tema de la salud en América Latina y el Caribe, en estrecha vinculación con el proceso de transformación productiva con equidad. En primer lugar, se destaca la optimización del impacto de la transformación productiva para el mejoramiento de las condiciones de salud y el logro de una mayor equidad en

el acceso a los bienes y servicios de salud; en segundo lugar, se procura determinar cómo se podría optimizar el aporte del propio sector salud a la formación de recursos humanos, a la productividad sistémica y a una distribución más justa de los logros del desarrollo.

Esta propuesta sobre Salud en la Transformación Productiva con Equidad procura avanzar hacia el logro de una mayor equidad respecto de los riesgos de salud y el acceso a los servicios, lo que requiere, a su vez, mayor eficiencia en la asignación de recursos y mayor eficacia en las intervenciones de salud. Esto deberá lograrse progresivamente mediante la promoción de la salud y la garantía del acceso universal a los servicios de atención, por una parte, y por la otra, la modificación de los factores condicionantes que generan morbi-mortalidad y el logro de acuerdos entre los principales participantes en el sistema de salud en turno de la propuesta de reforma. Con vistas a una transición del sistema y las condiciones sanitarias para promover una mayor equidad, calidad y productividad en el campo de la salud, la propuesta se sustenta en los siguientes componentes: i) la acción intersectorial y multisectorial en el ámbito de la salud; ii) el diseño y la implementación de una canasta básica de atenciones de salud; iii) la canalización de programas y acciones de salud; iv) la reforma del sector de la salud, que comprende el cambio institucional a nivel cultural y la descentralización; la participación social en materia de salud y el reconocimiento de la creciente diversidad de agentes y roles en cuanto a financiamiento, regulación, gestión y provisión de servicios de salud; el desarrollo de la capacidad de monitorear los perfiles de problemas prioritarios de salud en diferentes sectores sociales y el impacto de las intervenciones sobre las inequidades en cuanto a salud; y v) la inversión en recuperación y ampliación de la capacidad instalada del sistema de salud y de la infraestructura sanitaria básica.

5. EL MODELO DE ATENCION A LA SALUD DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ALBERTO LIFSHITZ GUINZBERG

En el Modelo de Atención a la Salud de la Subdirección General Médica del IMSS¹ se define a la salud como «el estado de completo bienestar físico, mental y social que ocurre como resultado del equilibrio dinámico del individuo con su ambiente, le permite mantener su capacidad funcional y preservar su reserva física, mental y social». Este concepto alude no sólo al presente sino que se insinúa en el futuro al señalar las potencialidades que el individuo o la población tienen y que pueden utilizar, conscientemente o no, en el caso de que se presenten fallas en su capacidad de adaptación habitual al ambiente o para evitar que se presenten, de manera que estar sano también representa una mayor oportunidad de seguirlo estando.

La seguridad social, por su parte, tiene sus raíces en el reconocimiento de los derechos humanos y su protección jurídica², que nuestro país ha adoptado formalmente desde la Constitución de 1917, si bien más como declaraciones de un ideario político que como normas jurídicas³. La seguridad social clásica ampara a la población asalariada en los riesgos de enfermedades profesionales, maternidad, invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte. Aunque el concepto de salud está claramente implícito en esta concepción primaria de la seguridad social, evidentemente representa una visión fragmentaria tanto en la porción de la población amparada como en el espectro de eventualidades que protege. La evolución del concepto se ha fundamentado tanto en la visión humanística que aspira a propiciar que los hombres desarrollen sus potencialidades y satisfagan sus expectativas personales, como en una visión gerencial en la que se desea obtener el máximo rendimiento de cada quien, en beneficio de la sociedad en su conjunto. La atención a la salud de los trabajadores tiende a modularse por varios factores⁴, de modo que se hace necesario preservar la vida útil de los trabajadores, la medicina preventiva se vuelve rentable y prioritaria, la descentralización de los servicios favorece una mayor rapidez en la reincorporación del trabajador a sus labores y se reconoce la importancia de la salud mental para lograr una mayor eficiencia.

En un concepto global de salud no basta la preservación de la capacidad física para realizar un trabajo; por un lado, el hombre no puede ser conceptualizado como máquina de producción, y aún bajo un punto de vista utilitarista, el rendimiento social no depende sólo de una condición corporal. La perspectiva utilitarista considera que lo que hace que un acto sea éticamente correcto es que origine el mayor bien al mayor número de personas⁵ y el individuo se convierte en un instrumento de la sociedad cuya importancia depende de su aportación a la comunidad. Pero el ser humano es más que un engrane de una organización y tiene un valor por sí mismo, independiente de su valor relativo. Por eso, la seguridad social va dirigida al hombre no sólo en tanto trabajador sino en tanto ser humano. Desde 1956 se extendió la seguridad social mexicana hacia prestaciones no consideradas en la ley original de 1943, al incluir acciones de medicina preventiva, educación y recreación; más tarde se incluyeron políticas en favor de la vivienda de los trabajadores y de su cultura, guarderías y velatorios, centros vacacionales, cines y teatros, acciones en favor del deporte y de la creatividad.

Hoy en día la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo⁶.

Al contrastar los dos conceptos, el de salud y el de seguridad social, los límites no parecen tan evidentes. Sin embargo, mientras que la seguridad social se identifica fundamentalmente con una política del Estado en favor de la población, la salud es una aspiración de los hombres como sustento básico para su desarrollo. La propia ley señala que la realización de la seguridad social está

a cargo de entidades o dependencias públicas, federales o locales y de organismos descentralizados⁷ y abarca, en su régimen obligatorio, los seguros de riesgos de trabajo; enfermedades y maternidad; invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte; guarderías para hijos de aseguradas y retiro.

Los servicios de salud constituyen una parte substancial de la seguridad social. Originalmente concebidos como servicios médicos, conforme se fueron dando los cambios conceptuales que han desembocado en los enfoques contemporáneos, se han ido convirtiendo en auténticos servicios de salud. Al cumplirse los primeros 30 años de los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social se destacaba que «sin dejar de atender al individuo... se ha ido adquiriendo conciencia de la responsabilidad de atender la salud colectiva... El objetivo para una unidad médica que tiene a su cuidado una población determinada es trabajar para mantenerla sana y no sólo curarla cuando enferma»⁸.

La Subdirección General Médica del IMSS identifica como su responsabilidad la atención del proceso salud-enfermedad mediante las cuatro funciones básicas de la medicina: la salud pública, la atención médica individual y familiar, la educación médica y la investigación médica⁹. A partir de esta conceptualización y de la consulta en torno a las aspiraciones del personal institucional, en su doble carácter de prestadores y usuarios de los servicios de salud, surgió el Modelo de Atención a la Salud¹⁰.

El Modelo comprende la descripción de las cuatro funciones, sus atributos, actividades, acciones y tareas; un glosario que permite una interpretación unívoca de los términos; la operacionalización de los atributos y la estructuración tanto de las acciones como de las tareas, así como un sistema de evaluación.

Concebido como una táctica de planeación estratégica, paralela a la reestructuración de la Subdirección General Médica e inspirada en una filosofía de rescate de los valores, el Modelo de Atención a la Salud se identifica como un «paradigma sucesivo» que pretende un «cambio de época» a través de un «cambio organizacional planificado»¹¹, constituye la respuesta institucional a los retos de la atención de la salud en el contexto de la seguridad social.

REFERENCIAS

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdirección General Médica. *Modelo de Atención a la Salud*. México, Enero 1994.
2. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. *Seminario: Salud y Derechos Humanos*. México, 1991.
3. González, O.M., *Formalismo Jurídico y realidad de la Seguridad Social*. La Seguridad Social y el Estado Moderno. México, Fondo de Cultura Económica. 1192:163-96.
4. Abreu H.L.F., *La modernización de la educación médica*. México, Rev. Fac. Med. Universidad Nacional Autónoma de México. 1993(36):89-96.
5. Pence GE: *Ethical options in medicine*. Medical Economics Company. N Jersey. 1987:37.

6. Subdirección General Jurídica. *Ley del Seguro Social*. México, Instituto Mexicano del Seguro Social. 1993:125.
7. Subdirección General Jurídica: Op cit.
8. Castelazo A.L., *El XXX aniversario de la iniciación de los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Evolución de los Servicios Médicos del IMSS 1944-1974. México, Instituto Mexicano del Seguro Social. 1974:9-12.
9. Treviño G.M.N., *Nuevas reflexiones sobre nuestro Instituto, nuestra tarea e inspiración*. (Conferencia). México, IMSS, 1993.
10. Subdirección General Médica: Op cit.
11. Treviño G.M.N., *Modelo Moderno de Atención a la Salud. Nuevo paradigma*. (Conferencia). IMSS, México, 1994.

6. PERSPECTIVAS DE LA SALUD LABORAL EN LA SEGURIDAD SOCIAL

FERNANDO CALDERON RAMIREZ DE AGUILAR

INTRODUCCION

La salud de los trabajadores es un tema profundamente vinculado con la seguridad social. Ambas, son elementos fundamentales de la política social, contribuyen al pleno bienestar de la población y al logro de la justicia social. La fuerza productiva representa la riqueza real de un país, base del desarrollo sostenible que permitirá el mejoramiento de la calidad y estilo de vida de la población en general. Por ello, el Instituto Mexicano del Seguro Social, desde su creación, le ha otorgado un carácter prioritario, de acuerdo con lo dispuesto por su ley reglamentaria, que señala a la Atención a la Salud de los Trabajadores y a la protección de los medios de subsistencia como parte esencial de su misión.⁽¹⁾

El cambio tecnológico, los programas de ajuste estructural, el fortalecimiento de una economía de mercado y la liberalización del comercio han tenido repercusiones muy significativas en el trabajo⁽²⁾. Aunado a estos hechos, la transición demográfica y epidemiológica registradas en la actualidad, influyen en el proceso salud-enfermedad de los trabajadores, exigiendo el análisis de su situación y de los escenarios que se tendrán en un futuro, para definir las opciones factibles de llevarse a la práctica a fin de enfrentar los desafíos que nos plantean el mejoramiento de las condiciones de trabajo y la protección de la salud de los trabajadores.

Un gran número de hechos pueden referirse para manifestar la íntima relación entre la Salud en el Trabajo y la Seguridad Social, mencionaré algunos que representan los logros alcanzados desde la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social hasta la época actual, en que rebasó ya el medio siglo. A partir de ellos, se plantea la perspectiva de la Salud en el Trabajo en el contexto de la seguridad social, que deberá adaptarse con

flexibilidad ante las transformaciones que se observan en el entorno político, económico y social, al término del presente milenio.⁽³⁾

POBLACION TRABAJADORA AMPARADA

En las diversas etapas históricas por las que ha transitado el Instituto, la cobertura de servicios para un mayor número de trabajadores, ha sido una variable que ha registrado un incremento constante. De acuerdo con el XI Censo General de Población y Vivienda de 1990, la población total ascendía a 81'249,645 habitantes,⁽⁴⁾ para 1994, se considera que será de 90 millones, los asegurados permanentes al mes de mayo de 1994 fueron 10'163,632 la cifra más alta que se ha registrado⁽⁵⁾. Como consecuencia del comportamiento demográfico y la apertura de nuevas fuentes de empleo, crecerá la población afiliada al Instituto, lo que se traducirá en una mayor demanda de servicios y de prestaciones económicas, en lo que a la Salud en el Trabajo corresponde. Con el propósito de ampliar la información sobre el comportamiento de la población económicamente activa y su distribución en los sectores de actividad económica, se incluye un cuadro estadístico de su distribución en Estados Unidos, Canadá y México. (Cuadro No. 1).

CUADRO No. 1

FUENTE: ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO.
POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA EN EL MUNDO. 1986.

(1) ANUARIO ESTADISTICO DEL TRABAJO DE LA OIT 1993.

(2) INEGI. AGENDA ESTADISTICA ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1993.

PAIS	AÑOS	SECTORES		
		PRIMARIO	SECUNDARIO	TERCIARIO
1. ESTADOS UNIDOS	1950	12.30	36.70	51.05
	1960	6.25	36.55	56.80
	1970	4.30	32.45	63.25
	1980	3.45	31.00	65.50
	1990 (1)	3.10	24.40	72.50
2. CANADA	1950	19.85	36.00	44.15
	1960	13.20	34.55	52.25
	1970	7.80	30.45	61.75
	1980	5.30	29.45	65.30
	1990 (1)	5.10	24.50	70.40
3. MEXICO	1950	60.40	16.80	22.80
	1960	55.10	19.45	25.40
	1970	44.10	24.25	31.60
	1980	36.55	29.00	34.45
	1990 (2)	26.67	22.34	50.99

EMPRESAS AFILIADAS

A pesar de la discreta disminución registrada en el año de 1993⁽⁶⁾, como producto de la desaceleración del ritmo de crecimiento de la actividad económica y del cambio estructural, se considera que las bases que se han establecido para el desarrollo sostenido, mantendrán el dinamismo tradicional de las actividades económicas.

El comportamiento de las empresas afiliadas al Instituto, tanto de su estructura como de su naturaleza, deberá tomarse muy en cuenta para la planeación de los servicios de Atención a la Salud de los Trabajadores, ya que el mayor número de establecimientos y trabajadores quedan comprendidos dentro de la micro y pequeña empresas. En el sistema de información de riesgos de trabajo de la Jefatura de Servicios de Salud en el Trabajo, se identificó en el año de 1993, que el 8.3% de las empresas afiliadas al Instituto quedaron comprendidas en la pequeña y grande empresas, tomándose en cuenta el criterio de clasificación expresado en el Diario Oficial de la Federación que refiere que la magnitud para la primera es de 16 a 100 trabajadores, y para la segunda más de 251⁽⁷⁾. En cuanto a los trabajadores afiliados al Instituto, el 61.2% laboraban en estos centros de trabajo; donde además, se registró el 63.2% de los riesgos de trabajo sucedidos en ese año. Las cifras anteriores destacan la importancia de estas empresas para el otorgamiento de los servicios, como resultado de su número detrabajadores y del número de riesgos de trabajo. La perspectiva en este sentido, obliga a la búsqueda de modelos de organización que acerquen a la población, considerándose la productividad, la calidad y la equidad en los programas de promoción y protección de la salud.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO

Con motivo de su actividad productiva, los trabajadores están expuestos a un gran número de factores de riesgo de muy diversa índole. Las transformaciones en la naturaleza y en la división del trabajo, las innovaciones tecnológicas y los nuevos compuestos o sustancias que se producen, originarán riesgos que vendrán a sumarse a los ya conocidos hasta ahora, que darán como consecuencia nuevos patrones de daños en el perfil epidemiológico de la salud de los trabajadores.

Ante este panorama, la expectativa deberá estar fundamentada en el desarrollo de múltiples acciones, enmarcadas en el Modelo de Atención a la Salud,⁽⁸⁾ establecido por la Subdirección General Médica del Instituto, como un nuevo paradigma, cuya finalidad es promover el bienestar, disminuir los riesgos, prevenir los daños a la salud y restablecer el equilibrio dinámico del

individuo con su ambiente, apoyándose en las cuatro funciones generales de la medicina: Salud Pública, Atención Médica Individual y Familiar, Educación Médica e Investigación Médica. En este esquema, para mejorar la salubridad y la seguridad en los centros de trabajo, así como para la promoción de medidas específicas de protección a la salud de los trabajadores, es indispensable la coordinación y la participación concertada de los trabajadores, los empleadores y sus organizaciones.

Debido a la predominancia de la patología traumática, en el perfil de los riesgos de trabajo, se deberán promover mejoras a los esquemas de diagnóstico y tratamiento, incluyendo la rehabilitación, a fin de disminuir las consecuencias de estas lesiones, que en la Memoria Institucional de 1993, se refiere que ascendieron a 13'991,903 días de incapacidad, 22,677 incapacidades permanentes y 1,675 defunciones. El gasto originado por los certificados de incapacidad que produjeron subsidio, fue de 1,519 millones de nuevos pesos⁽⁹⁾.

Con respecto a las enfermedades de trabajo, se considera que a pesar de su tendencia ascendente en los últimos diez años, su frecuencia no refleja la situación que prevalece, por lo que debe intensificarse la difusión de esta patología entre el personal médico del Instituto y el que presta sus servicios en las empresas, así como entre los empleadores y los trabajadores, a fin de que su identificación y reconocimiento se lleve a cabo en etapas tempranas, para evitar complicaciones irreversibles y para establecer las medidas específicas que protejan la salud de los trabajadores.

Por último, con respecto a la invalidez, en el año de 1993 se otorgaron 37,866 dictámenes que dieron origen a una pensión por este concepto. La transición epidemiológica que se caracteriza por el predominio de los padecimientos crónico-degenerativos, incrementará la frecuencia de las secuelas invalidantes que influirán en la carga financiera para la institución y la sociedad, así como la pérdida de años de vida productiva en los trabajadores. Esta situación obliga a la promoción de medidas específicas para la prevención de los padecimientos invalidantes y al desarrollo de acciones para fortalecer la salud de las personas de la tercera edad.

INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS

Durante más de medio siglo de vida institucional, la capacidad instalada y los múltiples servicios que se brindan, han crecido de una manera sorprendente. Sin embargo, los escenarios y los desafíos que plantea el futuro, obligan a establecer una estrategia para planear el crecimiento y desarrollo, consolidar la visión moderna de la Salud en el Trabajo, en la que se refuerce la investigación, la formación y la capacitación del personal que integra el equipo multidisciplinario y se pongan en práctica nuevos modelos organizativos y programas para aumentar la cobertura y garantizar la salud de los trabajadores. Es necesario dar una especial atención a la coordinación y concertación, a la

descentralización de funciones y actividades, a la desconcentración de responsabilidades y dotación de los recursos. Fortalecer una conciencia para el uso racional de los recursos técnicos e instrumentales en los niveles delegacional y operativo; asimismo, establecer los mecanismos y los criterios para contener los costos e incrementar la capacidad de respuesta y de gestión para reafirmar el liderazgo de los Servicios de Salud en el Trabajo⁽¹⁰⁾.

CONCLUSION

La Salud y Seguridad Social están estrechamente vinculadas y forman parte fundamental del desarrollo económico y social del país. En particular, la Salud de los Trabajadores es el sustento para el desarrollo sostenible que permitirá mejorar la calidad y estilo de vida de la población. Durante la existencia del Instituto Mexicano del Seguro Social, de acuerdo con las políticas nacionales, se ha destacado como prioritaria a la Salud de los Trabajadores, en la actualidad con el Modelo de Atención a la Salud establecido por la Subdirección General Médica se da relevancia al bienestar, a la disminución de los riesgos a los que se exponen los trabajadores en sus lugares de trabajo y a la prevención de los accidentes y enfermedades de trabajo; asimismo, a la atención médica para restablecer la salud.

Los daños a la salud que sufren los trabajadores con motivo de su trabajo, son de una magnitud y trascendencia importante. Debido a que casi dos tercios de los riesgos de trabajo del año de 1993 sucedieron en la pequeña y grande empresas, donde quedaron comprendidas el 8.3% de las empresas y el 61.2% de los trabajadores afiliados al Instituto, obligan a que sean tomadas en cuenta de manera prioritaria para el fortalecimiento y la modernización de los programas de protección a la salud para esta población específica, con el propósito de enfrentar los desafíos que plantean las transformaciones actuales en los ámbitos económico y comercial, así como en la transición laboral, debida tanto al proceso de desarrollo como a los cambios generados por los factores internos y externos del país.

REFERENCIAS

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Ley del Seguro Social*. México. 1993. Artículo 2, pág. 125.
2. Hansenne, M. *Las nuevas sendas de la justicia social*. Ginebra, Trabajo, Revista de la Organización Internacional del Trabajo, N° 8: 4-6: Junio de 1994.
3. Calderón, R.A.F. *Cincuenta años de Medicina del Trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 1993.31(1):63-74..
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Aspectos sociodemográficos. *Agenda Estadística de los Estados Unidos Mexicanos 1993*. México, pág. 31.

5. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General de Finanzas, *Informe Mensual de Población Derechohabiente*. México, mayo de 1994.
6. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Memoria Estadística 1993*, México, 1994.
7. Diario Oficial de la Federación México, 3 de diciembre de 1993.
8. Instituto Mexicano del Seguro Social. *El Modelo de Atención a la Salud y su Glosario*. México, Revista Médica del IMSS, 1994. 32:Supl. 1.
9. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Informe de la LXXIV Asamblea General*, México, 1993.
10. Calderón, R.A.F. *Salud en el Trabajo y Modernización*. México, Higiene, 1993. 57-61.

7. LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA

FRANCISCO ALARCON NAVARRO

ANTECEDENTES

El cuidado de la salud reproductiva de la población, como acción organizada en las instituciones de salud, se inició en nuestro país prácticamente con la creación de dichas instituciones, como parte de las actividades identificadas con la denominación de atención materno infantil.

Por lo que se refiere al Instituto Mexicano del Seguro Social, desde su primera Ley del 19 de enero de 1943, se consideró la prestación de los servicios de salud al trabajador asegurado y a sus familiares beneficiarios y se incluyó el seguro de maternidad y enfermedad general, permitiendo con ello la atención materno infantil, como uno de los componentes más destacados del cuidado de la salud de la población derechohabiente, tanto en virtud de que los grupos de madres y niños constituyen la parte mayoritaria de la población atendida como por ser también los más vulnerables a los riesgos y daños que en mayor medida afectan a la población en general, agravados por aquellos propios de la vida reproductiva de la mujer, derivados del estado grávido y puerperal de la misma y de las etapas de crecimiento y desarrollo de los niños.

Prácticamente tres décadas después; es decir, a partir del año de 1973, se inició en el IMSS la prestación de servicios de planificación familiar, como respuesta a las inquietudes despertadas en el país por el rápido crecimiento de la población, las cuales dieron lugar a un cambio en la política de población de carácter pronatalista que prevaleció en nuestro país durante más de medio siglo después de la terminación de la «lucha armada» de la Revolución Mexicana.

Diez años después de iniciadas las actividades de planificación familiar en el IMSS, ocurrió progresivamente un cambio cualitativo con la transición del concepto de la protección anticonceptiva con fines principalmente

demográficos, a su identificación como parte importante del fenómeno biológico y social de la reproducción humana, dándole especial significación a la identificación y la prevención oportuna de los riesgos y daños a la salud de la población mediante el uso adecuado de la tecnología anticonceptiva que permitiera, bien sea el retraso de la llegada del primer hijo o un espaciamiento adecuado entre un embarazo y otro o como una medida de carácter definitivo, con el fin de evitar un embarazo más.

A mediados del año de 1991, la reestructuración de la Subdirección General Médica en el IMSS, significó la integración conceptual, estructural y operativa de la atención materno infantil y la planificación familiar, como culminación del cambio cualitativo iniciado en 1983 con la aplicación del enfoque de salud y de riesgo reproductivo en la promoción y en la prestación de los servicios de protección anticonceptiva, resultando así una simbiosis afortunada, con una gran empatía de propósitos de las dos vertientes básicas de la salud reproductiva: atención materno infantil y planificación familiar.⁽¹⁾

De acuerdo con lo anterior, la salud reproductiva se puede definir como «la capacidad de la pareja humana de disfrutar y desarrollar su vida sexual, regulando su fecundidad mediante unaprotección anticonceptiva oportuna y eficaz, la vigilancia del embarazo, parto y puerperio, así como de la nutrición, el crecimiento y el desarrollo de los niños, de tal manera que la reproducción ocurra en las mejores condiciones de salud y de bienestar de la propia pareja y de sus descendientes».⁽²⁾

Paralelamente al proceso de reestructuración de la Subdirección General Médica, se ha desarrollado el Modelo de Atención a la Salud, basado en el cumplimiento de las cuatro funciones de la medicina: la salud pública, la atención médica al daño, la educación médica y la investigación médica.

Considerando a la salud reproductiva como parte del campo de la salud pública, este modelo comprende la realización de actividades para incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños a la salud, relacionados con la reproducción humana.⁽³⁾

PANORAMA REGIONAL

La mortalidad materna constituye sin duda uno de los indicadores que en mayor medida reflejan los avances en salud reproductiva asociados a la cobertura y la calidad de los servicios de atención materno infantil, particularmente en relación con el acceso a niveles apropiados de atención obstétrica.

De acuerdo con la mortalidad materna y las características de la atención prenatal y obstétrica, los países de la Región de las Américas pueden dividirse en cuatro grandes grupos.

El primero integrado por Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana, caracterizado por tasas altas o muy altas de mortalidad materna, que fluctúan entre 73 y 420

muerres por 100,000 nacidos vivos; baja cobertura de atención prenatal, del orden de 1 a 2 consultas por nacido vivo y la atención institucional del parto oscila entre el 22 y 41%.

El segundo grupo está integrado por Brasil, Colombia, Jamaica, Guyana, México y Venezuela. En estos países las tasas de mortalidad materna varían entre 60 y 140 por 100,000 nacidos vivos; su cobertura de atención prenatal fluctúa entre 33 y 95%, con un promedio de consultas prenatales por nacido vivo entre 2.3 y 2.9. La atención institucional del parto oscila entre 38 y 98%.

Sus causas principales de mortalidad materna están representadas por la toxemia, la hemorragia, las complicaciones del puerperio y el aborto.

El tercer grupo está formado por nueve países: Argentina, Bahamas, Costa Rica, Cuba, Chile, Panamá, Surinam, Trinidad Tobago y Uruguay. Las tasas de mortalidad materna para los países de este grupo varían entre 21 y 69 por 100,000 nacidos vivos, sus coberturas de atención prenatal son elevadas, del orden de 89 a 98% y la atención institucional del parto alcanza entre 70 y 99.8%.

En cuatro de estos países, la primera causa de muerte materna estuvo representada por el aborto; la toxemia y la hemorragia también resultaron causas significativas.

El cuarto grupo de países está constituido por los Estados Unidos de América y el Canadá, con las tasas más bajas de muerte materna de toda la región, que fueron de 9.6 y 4 por 100,000 nacidos vivos, respectivamente, con un acceso casi universal de la atención del parto de alrededor del 99%. Las causas principales de la mortalidad materna son la toxemia, las complicaciones del puerperio, el aborto y las causas indirectas.⁽⁴⁾

Las diferencias entre los países desarrollados y en desarrollo son muy grandes; así, por ejemplo, el riesgo de morir durante el embarazo y el parto es de 1 en 50 en Bolivia y de 1 en 13,000 en Canadá.⁽⁵⁾

Por lo que se refiere al IMSS, la mortalidad materna intrahospitalaria en 1993, de acuerdo con los datos de los Comités de Estudios de Mortalidad Materna, fue de 41.4 por 100,000 nacidos vivos.

LOGROS Y PERSPECTIVAS

La promoción y aplicación del enfoque de salud y riesgo reproductivo en la prestación de los servicios de planificación familiar iniciada en el IMSS en el año de 1983, ha trascendido no solamente al ámbito de las instituciones de salud y de seguridad social en el país, sino también al ámbito de la región latinoamericana.

Igualmente significativo y trascendente en su papel de vanguardia ha sido el carácter prioritario que el IMSS le ha dado a la protección anticonceptiva en el postparto inmediato y en el postaborto como un

componente fundamental del Programa de Salud Reproductiva, Materno Infantil y Planificación Familiar, tomando en cuenta que además de su importancia cuantitativa, por su potencialidad en la incorporación de aceptantes de métodos anticonceptivos, coadyuva de manera significativa en la reducción de la morbilidad materna, perinatal e infantil, a través de los siguientes elementos:

- Favorece el espaciamiento adecuado entre embarazos, evitando los efectos desfavorables de los intervalos intergenésicos cortos en la salud materna y perinatal.

- Constituye el momento más oportuno para la valoración integral del riesgo reproductivo y consecuentemente, para prevenir la aparición o repetición de embarazos de riesgo alto, mediante la protección anticonceptiva en los casos de padecimientos crónico-degenerativos como la diabetes, la hipertensión arterial y las cardiopatías o de complicaciones obstétricas, como la toxemia gravídica y los problemas hemorrágicos responsables en grado considerable de morbilidad materna y perinatal.

- La integración de las acciones de promoción educativa para la anticoncepción postparto, con las destinadas a la promoción de la lactancia materna y de la vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo infantiles, mediante la Consejería en Salud Reproductiva, promueve en su conjunto las medidas destinadas a disminuir riesgos y prevenir daños a la salud materno infantil.

Entre los impactos más significativos de la protección anticonceptiva de la población, pueden mencionarse las tasas de partos y de abortos registradas en el IMSS.

Históricamente, estas tasas se mantuvieron muy estables en las décadas de los cincuenta y sesenta, llegando en 1971 a una tasa muy cercana a 180 partos por cada 1,000 mujeres en edad fértil de la población adscrita a las unidades de atención médica del régimen ordinario del IMSS y una tasa de cerca de 25 casos de complicaciones abortos. A partir del inicio de las actividades de planificación familiar en 1973, se observó un descenso sostenido en ambas tasas, llegando en 1993 a una tasa de partos de 94.0 y una tasa de abortos de 7.9; es decir, una disminución del 47.5% en el primer caso y de 67.5% en el segundo.

Las principales causas de muerte materna son en orden de importancia, la toxemia, las hemorragias del embarazo y del parto, la sepsis puerperal y el aborto.

Finalmente, como marco general para resumir las perspectivas en materia de salud reproductiva, se considera conveniente tomar en cuenta lo siguiente:

Es evidente que en los últimos tiempos hemos vivido una época de cambios en prácticamente todos los aspectos de la vida del hombre, incluyendo como ya se ha mencionado la vida reproductiva, con los cambios notables que lleva consigo el uso de métodos anticonceptivos modernos; no obstante lo anterior, es fundamental tomar conciencia del hecho de que lo que ahora estamos viviendo es un cambio de época, que obliga y obligará a prever nuevos retos, perspectivas y estrategias en el proceso del tránsito histórico que vive la humanidad.

No se pueden limitar nuestras acciones en función de las condiciones y circunstancias actuales, sino en función de los escenarios que nos plantea dicho cambio de época, el cual, si bien es cierto que conlleva a grandes y complejos retos, sin duda que también brindará nuevas oportunidades.

En el campo de la salud reproductiva, la aplicación del enfoque de salud y de riesgo reproductivo en la promoción y en la prestación de los servicios de planificación familiar, obliga a una comunicación educativa interpersonal, que permita llegar al consentimiento informado de cada persona en la adopción de un método anticonceptivo. La técnica de la Consejería en Salud Reproductiva cuya difusión se ha iniciado en el IMSS, busca un equilibrio respetuoso y armónico entre el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos; los derechos humanos de la sociedad, considerando que la reproducción, tanto desde el punto de vista biológico como social, tiene profundas repercusiones en el individuo, en la familia y en la sociedad y los criterios del médico y del trabajador de la salud en general, guiados por el principio básico de hacer el bien.

En este sentido debe reconocerse que para mejorar el nivel de salud reproductiva de la población, uno de los retos más importantes es la educación sobre la sexualidad y la reproducción humana, a fin de evitar que las nuevas generaciones sufran los problemas biológicos, psicológicos y sociales derivados de los embarazos no deseados o las consecuencias de la reproducción en presencia de factores de riesgo.

También debe conocerse que la edad de la mujer a la llegada del primer hijo es de suma importancia, tanto desde el punto de vista demográfico como de la salud materno infantil, de tal manera que se considera muy importante incrementar la edad promedio de la mujer a la llegada de su primogénito; sin embargo, muy poco se ha logrado en este sentido y de acuerdo con la tendencia observada en la disminución de la edad promedio de la menarquía y del inicio de las relaciones sexuales, serán necesarios mayores esfuerzos y nuevas acciones para lograr dicho propósito.

En este aspecto, la protección anticonceptiva postparto resulta de la mayor importancia para asegurar un espaciamiento adecuado para la llegada del segundo hijo, lo cual también es de gran repercusión demográfica y en la salud de la mujer.

El incremento en la cobertura de protección anticonceptiva postparto, aunado a la tendencia ascendente en la atención institucional del parto, le confieren a dicha protección anticonceptiva un valor especial.

Frente al cambio de época, en el campo de la salud reproductiva la seguridad social habrá de considerar nuevas opciones en el ámbito del seguro de enfermedades y maternidad, dándole a este último un enfoque más amplio de salud reproductiva.

REFERENCIAS

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdirección General Médica, *Manual de Organización*, México, 1991.
2. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Comisión Americana Médico Social, *Prioridades en Salud Reproductiva*, Serie Estudios 3, México, 1993.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdirección General Médica, *Modelo de Atención a la Salud*, I.M.S.S., México, Enero 1994.
4. Organización Panamericana de la Salud. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, *XLII Reunión del Comité Regional Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas*, Washington, D.C., Septiembre 1990.
5. Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Comité Coordinador Interagencial Américas, *La Salud Materna Infantil. Metas para 1995 e Indicadores para el Seguimiento*.

PRESTACIONES ECONOMICAS Y SOCIALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

A partir del nacimiento de la Ley del Seguro Social obligatorio en Alemania en 1883, que cubría sólo el riesgo de enfermedad, se fueron incorporando progresivamente otras diversas formas de protección del trabajador contra contingencias que afectan su economía, dándose origen a los seguros de accidentes, invalidez, muerte y cesantía en edad avanzada. Después de la Segunda Guerra Mundial, como consecuencia de la consolidación de la seguridad social, se comenzaron a definir los diversos modelos o sistemas que han evolucionado hasta nuestros días. Todos ellos, bajo diferentes esquemas, brindan protección a la salud y economía del trabajador y propician su bienestar por medio de la incorporación de las llamadas prestaciones sociales.

Ante los cambios presentes y futuros del entorno de la seguridad social, son de preverse efectos importantes en la demanda, condiciones y características de las diversas prestaciones de la seguridad social, y en la carga financiera que representan para las instituciones. Esta situación plantea interrogantes sobre la necesidad o no de redefinir los paquetes de prestaciones, o ajustarlos a la disponibilidad financiera, reasignar la responsabilidad de ciertas prestaciones a otros sectores distintos a la seguridad social o revitalizar los sistemas de financiamiento de esta última de manera que le permitan consolidar o diversificar sus esquemas de protección y apoyo al trabajador y su familia.

1. PANORAMA GENERAL

ALVARO CARRANZA URRIOLAGOITIA

El tema de las prestaciones económicas y sociales de la seguridad social es un asunto que se ha venido tratando en diferentes foros internacionales, con resultados poco satisfactorios, esto es en virtud de que hoy en día no es fácil predecir a mediano plazo y con cierto grado de confiabilidad, el costo de las prestaciones que se otorgan en forma diferida como es en el caso de las pensiones y jubilaciones; así como también beneficios en dinero otorgados a corto plazo como las indemnizaciones globales por incapacidad parcial o permanente.

Lo anterior no ha dado los resultados esperados debido a los efectos del proceso inflacionario que ha afectado a la economía de los países ya desde hace algunas décadas; si bien es cierto que este fenómeno no es un problema nuevo, ni su manifestación en los momentos actuales se presenta con mayor o menor intensidad que en otras épocas, tampoco tiene características especiales y su surgimiento no es exclusivo de un determinado país, sino que simplemente sus efectos hoy en día, se acentúan aún más por el hecho de que la economía de las naciones está basada en sus recursos que lamentablemente son cada vez más caros y escasos.

Este fenómeno es ciertamente una situación crónica de la economía, con la cual ya hemos aprendido a vivir en forma constante y aparejado a nuestro gasto doméstico, lo que ha propiciado inestabilidad en el financiamiento de los programas de seguridad social.

Por un lado el análisis económico nos muestra un panorama poco prometedor, sin embargo dentro de las administraciones actuales de la seguridad social existen directivos que han mostrado su interés por el futuro de las prestaciones y lo que es más importante tienen plena voluntad política para el análisis y solución del problema ya que están conscientes de lo que es y representa la potencial carga financiera por derechos adquiridos del grupo de asegurados a quienes se les da protección, esto les obliga a buscar nuevas alternativas de financiamiento y encontrar nuevos canales para obtener recursos, llevando a cabo reformas a las leyes y adoptando cambios en las estructuras administrativas que propicien el dinamismo de su gestión como instituciones de servicio para ampliar el programa de aseguramiento y otorgar más y mejores beneficios a los trabajadores.

Latinoamérica está pasando por un periodo de cambio, cuyos principios se identifican con un proceso de modernización por influencia de las condiciones políticas, sociales y económicas, tanto internas como son la lucha por la democracia, la defensa de los principios soberanos y medidas de reordenamiento económico, etcétera y otros factores de orden externo que han influido para mantener esta estabilidad en las administraciones, como son los convenios de libre comercio entre los países y el auge actual sobre los derechos humanos.

Lo anterior obliga a reflexionar sobre los diferentes factores que influyen y las variables que intervienen para llevar a cabo el estudio y análisis del futuro de las prestaciones económicas y sociales de la seguridad social.

En principio, se ha demostrado en innumerables reuniones y trabajos, que la seguridad social a pesar de las tendencias privatizadoras que se han venido declarando en varios países de América, es el instrumento más adecuado para el desarrollo social capaz de garantizar un mejoramiento gradual de las condiciones sanitarias y nivel de vida de la población; sin embargo, es la seguridad social un instrumento de política social de los estados, su desarrollo está sujeto a los cambios en la planeación, organización y dinamismo de las decisiones emanadas de los gobiernos. Es así, que las prestaciones de la seguridad social tienen un carácter dinámico, tanto en calidad como en cantidad y está expuestas a los cambios de política demográfica, económica y social.

Por lo tanto al analizar el futuro de las prestaciones económicas y sociales de la seguridad social hay que estudiar las variables que más influencia tienen en su contexto general: variables demográficas y económico-financieras.

VARIABLES DEMOGRAFICAS

En general la mayor parte de las variables o fenómenos demográficos que tiene un país, influyen en los costos de la seguridad social, algunas de forma directa como son la mortalidad, la natalidad y el desempleo, este último está fuertemente ligado a la participación de la fuerza laboral, y otras de forma indirecta que afectan a mediano o largo plazo como la fecundidad y la migración.

Todas estas variables determinan el aumento o disminución de la población, su composición por edad y sexo, niveles de participación como población económicamente activa y volumen de captación de cotizantes por la seguridad social.

Los cambios que han experimentado los países en el crecimiento de la población han sido debido a su política demográfica, ya sea por la influencia de los programas de planificación familiar, donde las tasas de natalidad han sido tradicionalmente elevadas en casi todos los países de Latinoamérica con poca variación, con excepción de las zonas urbanas donde se nota alguna reducción, probablemente por tener un mayor acceso a la información de dichos programas.

Este hecho ha propiciado que la seguridad social tienda a crecer más en forma horizontal que vertical, es decir amparar a más población sin incremento a las prestaciones, que en muchos de los casos se ven reducidas en cantidad y calidad por falta de los recursos, esto aunado al principio solidario de redistribución de la riqueza.

Para comprender mejor las variables demográficas y su influencia en la seguridad social, basta con analizar algunas cifras que son proporcionadas por el Centro Latinoamericano de Demografía.

Se estima que en 1994 América Latina cuenta con 463 millones de habitantes que representan un poco menos del 10% de la población mundial; el 80% de esa población, es decir 370 millones, se encuentra concentrada en 6 países: Brasil con aproximadamente 161, siguiéndole México con 90, Argentina y Colombia con cerca de 35 millones cada uno, Perú con 23 y Venezuela con 21, los otros 14 países se distribuyen los restantes 98 millones (CUADRO 1).

Por lo anterior y al observar los datos del CUADRO 2, se nota que América Latina se encuentra en una etapa de transición demográfica importante en donde la mortalidad ha tenido descensos significativos y ahora lo está haciendo también la fecundidad, estos hechos han ocurrido con cierta independencia de las condiciones socio-económicas de cada país. Por ejemplo, el descenso de la mortalidad de 1960 a 1990 se ha debido a los avances en la medicina (descubrimiento de insecticidas, antibióticos, vacunas, etcétera) el saneamiento ambiental y los programas de atención dirigidos a solucionar los problemas de salud materno-infantil.

CAMBIO DEMOGRAFICO

Existe una diversidad de comportamientos demográficos entre los países de la región, entre áreas geográficas y sectores sociales. Por ejemplo, se observan, a nivel nacional, diferencias de más de 4 hijos por mujer en la tasa global de fecundidad y más de 15 años en la esperanza de vida al nacer. Estos hechos sugieren la conveniencia de utilizar algún criterio de agrupamiento de los países para facilitar el análisis de las tendencias demográficas, a dicho agrupamiento de países latinoamericanos lo llamaremos «**nivel de cambio demográfico**» donde me referiré al proceso observado en distintas sociedades, consistente en el estudio de la evolución demográfica desde niveles altos de fecundidad y mortalidad a una situación baja en estas variables, lo que permite la clasificación en distintos grupos.

De acuerdo al actual cambio demográfico por el que atraviesan los países latinoamericanos, en forma empírica podrían agruparse, de la siguiente manera cuyos resultados se presentan en el CUADRO 2.

Grupo I. Cambio demográfico bajo. Países con elevada fecundidad y mortalidad (tasa de crecimiento medio anual de 2.5%) Bolivia y Haití.

La tasa global de fecundidad en este grupo es de más de 4.5 hijos por mujer, con una tendencia hacia una leve disminución durante el periodo. Esta tasa elevada está ligada a factores socio-económicos y culturales, expresados en el uso limitado de anticonceptivos por las parejas, falta de información y básicamente de acceso a los procedimientos modernos, por ejemplo, la Encuesta Demográfica y de Salud de Bolivia en 1989 muestra que el 68% de las mujeres en edad fértil conocían algún método moderno de anticoncepción, aunque sólo el 12% los usaba y el 30% utilizaba cualquier método, ya sea moderno o natural (Encuestas Demográficas y de Salud, 1991).

La mortalidad, medida por la esperanza de vida al nacer, es aproximadamente de 56 años, lo que indica que, pese a los progresos importantes, la situación dista aún mucho de lo que se ha logrado en los países desarrollados (CUADRO 3).

Grupo II. Cambio moderado. Países con elevada fecundidad y mortalidad moderada (tasa de crecimiento medio anual de 3%): El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay.

Como en el grupo anterior, la fecundidad total es elevada, con más de 4.5 niños por mujer en la mayoría de los países. Las Encuestas Demográficas y de Salud también revelan el escaso uso de métodos modernos de anticoncepción, aunque en algunos países el uso es mayor que en los países del Grupo I. En El Salvador (1985), el 45% de las mujeres en edad fértil usaban anticonceptivos modernos; en Guatemala (1987), el 19% los usó; y en Paraguay (1990), el 24%.

El aumento de la esperanza de vida al nacer, con valores mayores que los observados en el Grupo I, es típico de esta etapa de cambio, aunque los niveles sean todavía característicos de los países menos desarrollados. En el periodo 1985-1990, este indicador se estimó en 63 años, es decir, cerca de 10 años más que en el Grupo I, pero en 9 años menos que en la mayoría de los países del grupo avanzado (CUADRO 3).

Grupo III. Países en pleno cambio. Países con una fecundidad moderada y una mortalidad baja y moderada (tasa de crecimiento medio anual de 2.2%) Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela.

Este grupo cuenta con la mayoría de la población latinoamericana, dado que está compuesto por la mitad de los países de la región, entre éstos, aquellos con la población más numerosa. Esto significa que hay comportamientos heterogéneos dentro del grupo, lo que se puede ver, por ejemplo, en el hecho de que la tasa anual media de crecimiento varía desde un 2% a un 2.6%.

El hecho más notable detectado en este grupo, es la pronunciada baja de la fecundidad en los últimos 25 años, la cual descendió de 6.5 hijos por mujer, a 3.5 en ese periodo, es decir, una disminución promedio de un 46%. en algunos casos, como en Costa Rica, Colombia y República Dominicana el descenso fue de alrededor de 50% (CUADRO 2). en los países donde el cambio en las tasas de fecundidad fue mayor, el conocimiento de métodos anticonceptivos modernos entre las mujeres en edad fértil es cercano al 100%. Excepto en Perú y Ecuador, los que todavía tienen tasas globales de fecundidad de más de 4 hijos por mujer, el uso de anticonceptivos modernos es de más de un 45% (Encuestas Demográficas y de Salud, 1991).

Este grupo, como ya se mencionó, es representativo del promedio latinoamericano, muestra un aumento de 14 años en la esperanza de vida al nacer en los últimos 25 años, alcanzando los 67 años. En términos de este indicador, hay gran diversidad entre los países, con algunos casos que pertenecen más apropiadamente al grupo anterior. Los países más avanzados

son Costa Rica y Panamá, que de acuerdo con la esperanza de vida lograda, se parecen más al grupo siguiente, que está más avanzado en el proceso de transición demográfica (CUADRO 3). Algunos países de este grupo alcanzarán una expectativa de vida de 70 años para fines de siglo, valor que ha sido establecido como meta por la Organización Mundial de la Salud en su plan de acción «Salud para todos en el año 2000» (OPS-OMS, 1980).

Grupo IV. Cambio avanzado. Países con baja fecundidad y mortalidad baja y moderada (tasa de crecimiento medio anual de 1%): Argentina, Chile, Cuba y Uruguay.

Entre los países más avanzados en el cambio demográfico, los casos de Cuba, y Chile se deben distinguir claramente de aquellos de Argentina y Uruguay. Mientras que estos dos últimos han tenido bajas tasas de natalidad y tasas de mortalidad moderadas por bastante tiempo, en Cuba y particularmente en Chile, el progreso más importante sólo se ha logrado recientemente. Esto, unido al hecho de que Cuba es uno de los países con más alta esperanza de vida en Latinoamérica (CUADRO 3), explica por qué tienen una tasa bruta de mortalidad significativamente más baja, pues además por los recientes descensos en la fecundidad, su población se encuentra en edades de bajas tasas de mortalidad. Por el contrario, Argentina y Uruguay tienen tasas brutas de mortalidad mayores, debido en parte al hecho de que tienen estructuras por edades envejecidas, producto de una fecundidad históricamente baja.

El valor actual de la tasa global de fecundidad en Cuba de 1.8 hijos por mujer, colocaría a ese país en la posición de no poder reemplazar a su población, lo que a largo plazo podría conducir a un crecimiento natural negativo. Esto no ha ocurrido hasta la fecha, debido a la inercia de su estructura por edad, que como se mencionó, concentra muchas mujeres en edad fértil, produciendo una tasa mayor de natalidad de lo que pareciera indicar.

Es importante notar que la esperanza de vida al nacer, de alrededor de 75 años, lograda por algunos países de la región, es similar al promedio en los países desarrollados. De especial interés es el hecho de que en algunos países esta tendencia ha ocurrido en la ausencia de desarrollo económico y social que beneficie a todos los grupos de población.

URBANISMO

Otros de los rasgos demográficos que caracterizan a la población latinoamericana es su grado relativamente alto de urbanización, por ejemplo, en 1950 el 60% de los latinoamericanos habitaban en áreas consideradas rurales pero el fenómeno migratorio del campo a la ciudad se ha dado de tal manera que actualmente se estima que el 30% de la población se encuentra en el campo y se prevé que para fin de siglo las tres cuartas partes vivirán en zonas urbanas. Este proceso, es parte del modelo concentrador que estuvo vigente en los países latinoamericanos, se considera como uno de los factores

que facilitó el proceso de cambio demográfico, ya que permitió una rápida difusión del sistema educativo y de nuevas pautas culturales y tecnológicas modernas que facilitaron los descensos de la mortalidad y la fecundidad.

El avance de esa tecnología ha propiciado que las bases biométricas que fueron utilizadas originalmente para prever el costo futuro de las prestaciones se vean modificadas sustancialmente ya que la estructura por edades de las poblaciones y las tablas de mortalidad elaboradas para cada uno de los países, demuestran que muchos de los casos la esperanza de vida promedio en las últimas tres décadas se ha elevado hasta 14 años, originando por ende un mayor egreso en las prestaciones económicas de largo plazo siendo incompatible con los derechos legales de los trabajadores, los cuales son independientes de su financiamiento propiciando grandes conflictos por demandas laborales para incrementar los beneficios a pensionados.

VARIABLES ECONOMICO-FINANCIERAS

Tres son las variables económicas que son consideradas fundamentales y de mayor influencia para estimar los costos de las prestaciones a largo plazo:

A) Tasa de desempleo, este renglón considerado como indicador de desarrollo económico tiene una influencia doblemente desfavorable para el financiamiento de las prestaciones, es decir, no solamente no contribuyen con sus cotizaciones, sino que además de alguna forma directa o indirecta generan gasto al proporcionárseles los servicios básicos de seguridad social.

B) Bases de cotización, el problema del financiamiento de las prestaciones económicas, no es un simple factor financiero que se agrava por la crisis económica actual, sino que viene a ser un problema social que debe ser examinado con mayor detenimiento desde sus principios legales de aporte de cuotas hasta el análisis de la suficiencia de las mismas para cubrir su monto. Basta decir que hasta ahora es la base y única fuente de recursos de la que se valen las instituciones, para cubrir el costo de sus obligaciones contraídas legalmente para proteger a la población derechohabiente.

El sistema tradicional tripartita o bipartita no satisface una amplia y equitativa redistribución de la riqueza, puesto que una fracción de los recursos que recauda el estado por medio de la vía impositiva se canalizan al sector de la población que tiene los beneficios de la seguridad social; por lo tanto el establecimiento de las fuentes de financiamiento y de distribución de cuotas para los sectores desprotegidos y rurales no deben gravar más las aportaciones directas ni los servicios prestados a los trabajadores asalariados urbanos, ya que dicha distribución debe hacerse por otros medios económicos adecuados que no afecten el equilibrio financiero de las prestaciones otorgadas.

C) Modelos financieros, este concepto es quizás el más importante, desde el punto de vista técnico, en virtud de que independientemente de como se encuentre la economía en un momento dado, la decisión para el uso

adecuado de cualquiera de ellos determina el éxito o el fracaso de un sistema de prestaciones a largo plazo.

Los modelos de gestión financiera se han caracterizado tradicionalmente por ser administrados por entidades públicas, cuyo financiamiento está dado por las cuotas y contribuciones de los asegurados, el gasto público proporcionado por el Estado, que en realidad este último se ha visto disminuido en la actualidad sin razón alguna; la cobertura es universal y el acceso está sujeto a los sectores laborales a que pertenece el trabajador.

Los modelos de gestión financiera privados aunque poco difundidos han tenido una influencia significativa en los últimos años. Según los expertos, este modelo ha sido desde el punto de vista económico y de la administración de los recursos financieros, extraordinario y positivo y ha propiciado la acumulación de grandes capitales que sirven al desarrollo macroeconómico del país. Su representante máximo es el sistema privado de pensiones de Chile. Sin embargo aún tienen la duda de las bondades de que el sistema sea capaz de responder a las obligaciones futuras de los trabajadores. Sin lugar a dudas quienes tienen la respuesta a esta incertidumbre son precisamente las administradoras de los fondos de pensiones.

Entre los modelos extremos, público y privado, puede existir una gama de alternativas para solucionar el problema del financiamiento, sin embargo tomando en cuenta la problemática existente en ambos sentidos se ha considerado conveniente el estudiar modelos de carácter mixto como combinación de ambos sistemas donde los recursos provenientes del presupuesto ordinario, contribuciones obligatorias y de aportes voluntarios son destinados a la ampliación de prestaciones, ya sea de forma directa o como seguros complementarios donde los servicios son otorgados parcialmente por la seguridad social.

En el caso que nos ocupa, las prestaciones económicas de largo plazo por su misma naturaleza y dinámica están sujetas a cumplir con ciertos requisitos de edad y antigüedad en su otorgamiento, son fácil presa de intereses privados y una solución para satisfacer la demanda de los actuales pensionados es quizás haciendo intervenir al sector privado por medio de los ya comúnmente usados seguros de pensiones complementarios otorgados por la seguridad social sin necesidad de recurrir a las formas privatizadoras, hecho que afectaría a otros sectores de la población con menos recursos económicos disponibles.

BIBLIOGRAFIA

1. Emmanuel de K., Tasca R., Promover la Equidad: Nuevo Enfoque del Sector Salud. Washington, Organización Panamericana de la Salud. 1993.
2. González G.G., Virgolini M., Tendencias Económicas de los Sistemas de Salud. Buenos Aires, Argentina, Asociación de Economía de la Salud (AES). 1993.

3. Mesa L.C., *La Reforma de la Seguridad Social en América Latina: Modelos Actuales y Tendencias Futuras de Sistemas de Pensiones*. S/L, Especial Análisis Laboral. Enero 1994.

4. Mesa L.C., *Reforma de la Seguridad Social en América Latina: Modelos Actuales y Tendencias Futuras*. S/L, Análisis Laboral. Marzo 1994.

5. Chackiel J., Plaut R., *Causas y Prevención de la Mortalidad del Adulto en Países en Desarrollo*. Santiago de Chile, (Seminario). CELADO-OPS. 1991.

6. Organización Panamericana de la Salud. Comisión Económica para América Latina El Caribe (CEPAL). División de Salud y Desarrollo, Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y El Caribe. S/L, Programa de Políticas de Salud. Marzo 1994.

7. Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial. Indicadores del Desarrollo Mundial*. Washington, D.C., 1993.

8. Organización Panamericana de la Salud. *Las Condiciones de Salud en la Américas*. Washington, D.C., (I y II), 1990.

9. Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). *América Latina: Proyecciones de Población 1950-2025*. Santiago de Chile. Boletín Demográfico. Año XXIII. No. 45.

10. Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). *América Latina: Porcentajes Urbanos 1990*. Santiago de Chile. Boletín Demográfico. Año XXIV. No. 47.

CUADRO 1

**POBLACION TOTAL POR PAISES. 1980 - 2000
(EN MILES)**

PAISES	1980	1985	1990	1995	2000
AMERICA LATINA	349198	389520	430182	471025	510939
ARGENTINA	28237	30331	32322	34264	36238
BOLIVIA	5581	6342	7171	8074	9038
BRASIL	121286	135564	149042	161382	172777
COLOMBIA	26525	29481	32300	35101	37822
COSTA RICA	2284	2642	3034	3424	3798
CUBA	9679	10078	10608	11091	11504
CHILE	11145	12122	13173	14237	15272
ECUADOR	8123	9309	10547	11822	13090
EL SALVADOR	4525	4739	5172	5768	6425
GUATEMALA	6917	7963	9197	10621	12222
HAITI	5353	5865	6486	7180	7959
HONDURAS	3662	4383	5138	5968	6846
MEXICO	67046	75594	84486	93670	102555
NICARAGUA	2802	3229	3676	4443	5169
PANAMA	1956	2180	2418	2659	2893
PARAGUAY	3147	3693	4277	4893	5538
PERU	17295	19417	21550	23854	26276
REP. DOMINICANA	5697	6416	7170	7915	8621
URUGUAY	2914	3008	3094	3186	3274
VENEZUELA	15024	17164	19321	21483	23622

Fuente: CELADE, Proyecciones de población vigentes.

CUADRO 2

**TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR GRUPOS DE PAISES
ORDENADOS DE ACUERDO A LA ETAPA DE LA
TRANSICION DEMOGRAFICA. PERIODO 1950 - 2000**

PAISES	1950	1960	1970	1980	1985	1995
	1955	1965	1975	1985	1990	2000
AMERICA LATINA	5.9	6.0	5.0	3.9	3.4	2.8
GRUPO I						
BOLIVIA	6.8	6.6	6.5	5.5	5.0	4.1
HAITI	6.3	6.3	5.8	5.2	5.0	4.6
GRUPO II						
EL SALVADOR	6.5	6.9	6.1	5.0	4.5	3.6
GUATEMALA	7.1	6.9	6.5	6.1	5.8	4.9
HONDURAS	7.1	7.4	7.4	6.2	5.6	4.3
NICARAGUA	7.4	7.4	6.8	6.0	5.6	4.5
PARAGUAY	6.8	6.8	5.7	4.8	4.6	4.1
GRUPO III						
BRASIL	6.2	6.2	4.7	3.8	3.2	2.4
COLOMBIA	6.8	6.8	4.7	3.5	2.9	2.5
COSTA RICA	6.7	7.0	4.3	3.5	3.4	3.0
ECUADOR	6.9	6.9	6.1	4.7	4.1	3.2
MEXICO	6.8	6.8	6.4	4.3	3.6	2.8
PANAMA	5.7	5.9	4.9	3.5	3.1	2.7
PERU	6.9	6.9	6.0	4.7	4.0	3.2
REP. DOMINICANA	7.4	7.3	4.2	4.2	3.8	3.0
VENEZUELA	6.5	6.5	3.9	3.9	3.5	2.9
GRUPO IV						
ARGENTINA	3.2	3.1	3.2	3.2	3.0	2.7
CUBA	4.1	4.7	3.6	1.9	1.8	2.0
CHILE	5.1	5.3	3.6	2.8	2.7	2.6
URUGUAY	2.7	2.9	3.0	2.6	2.4	2.3

Fuente: CELADE. Proyecciones de población vigentes.

CUADRO 3

**ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR GRUPOS DE PAISES
ORDENADOS DE ACUERDO A LA ETAPA DE LA
TRANSICION DEMOGRAFICA. PERIODO 1950 - 2000**

PAISES	1950	1960	1970	1980	1985	1995
	1955	1965	1975	1985	1990	2000
AMERICA LATINA	51.8	57.2	61.3	65.2	66.7	69.3
GRUPO I						
BOLIVIA	40.4	43.5	46.7	56.2	58.8	63.4
HAITI	37.6	43.6	48.5	52.7	54.7	58.4
GRUPO II						
EL SALVADOR	45.3	52.3	58.9	57.2	62.4	68.3
GUATEMALA	42.1	47.0	54.0	59.0	62.0	67.2
HONDURAS	42.3	47.9	54.0	61.9	64.0	67.5
NICARAGUA	42.3	48.6	55.2	59.3	62.4	68.4
PARAGUAY	62.6	64.4	65.6	66.4	66.9	67.7
GRUPO III						
BRASIL	51.0	55.9	59.8	63.4	64.9	67.5
COLOMBIA	50.6	57.9	61.6	67.2	68.2	70.2
COSTA RICA	57.3	63.0	68.1	73.8	75.3	76.8
ECUADOR	48.4	54.7	58.9	64.3	65.4	67.7
MEXICO	50.8	58.6	62.9	67.1	68.8	71.5
PANAMA	55.3	62.0	66.3	71.0	72.1	73.3
PERU	43.9	49.1	55.5	58.6	61.4	67.0
REP. DOMINICANA	46.0	53.6	59.9	64.1	65.9	69.0
VENEZUELA	55.2	61.0	66.2	69.0	69.7	71.0
GRUPO IV						
ARGENTINA	62.7	65.5	67.3	69.7	70.6	72.0
CUBA	59.5	65.4	71.0	74.2	75.2	76.1
CHILE	53.8	58.1	63.6	71.0	71.5	72.5
URUGUAY	66.3	68.4	68.8	70.9	72.0	72.8

Fuente: CELADE. Proyecciones de población vigentes.

**2. LOS NUEVOS DESAFIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL:
PRIVATIZACION, COMPETITIVIDAD Y
LIBERTAD DE ELECCION**

PATRICIO MERINO SCHEIHNG

En la discusión sobre los problemas financieros y de eficacia de los servicios que enfrentan los sistemas de seguridad social, los analistas

coinciden en señalar que ellos son consecuencia de la drástica caída en el número de personas cuyas cotizaciones financian a la creciente población de retirados; el otorgamiento de pensiones por valores que no guardan relación con los aportes efectuados por los trabajadores durante su vida activa; el fomento de una medicina curativa cara, de sofisticada tecnología; y, la mayor frecuencia de uso de prestaciones de salud por parte de una población que envejece. A su vez, hacen referencia crítica a los altos costos administrativos, producto de una frondosa burocracia; a los gigantismos institucionales que impiden desarrollar una gestión eficiente; y, al elevado nivel de exclusión a que se encuentran sometidos los sectores de más bajos ingresos, con los efectos regresivos que ello significa.

Sin restar validez a esas apreciaciones, las raíces de la ineficiencia económica y de la inequidad social que afectan a los sistemas de seguridad social deben buscarse en la estrecha y permanente vinculación que por decenios han mantenido esos sistemas con el Estado, lo que ha derivado en la aplicación de políticas discrecionales -adoptadas con criterios partidistas por sobre las recomendaciones técnicas- y en excesos de control y dirigismo, que han terminado por agobiar a los sistemas de seguridad social con gravosos esquemas de beneficios, discriminatorios y estructuralmente desfinanciados.

Al margen de las coincidencias o discrepancias en los diagnósticos, lo preocupante es la carencia de proyectos de seguridad social para los próximos decenios que apunten a soluciones de fondo para el grave deterioro que ella experimenta. Se vive un profundo vacío de ideas. El dogmatismo ideológico y el temor al cambio inducen a que las iniciativas y propuestas sobre esta materia se limiten -por lo general- a impulsar modificaciones más bien formales, orientadas a simples reestructuraciones de beneficios, racionalizaciones institucionales, eliminaciones de trámites y otros buenos propósitos que no pasan por una verdadera redefinición de principios, esquemas y contenidos.

Alguien, con mucho acierto, planteaba que la seguridad social no es en sí misma un sistema abstracto de ideas o conceptos sin correspondencia con la realidad económica y social ni tampoco constituye una especie de fundamentalismo o dogma en cuanto a su función en la estabilidad y protección de la sociedad humana. Ella debe considerarse lisa y llanamente como un conjunto de estructuras y mecanismos para la recaudación y administración de recursos financieros y la ejecución de programas de servicios destinados a la cobertura de los riesgos sociales. Este enfoque determina que la seguridad social ha de ser tratada como un sector más de la economía, con las reglas que son inherentes a esta última. De ahí que, en las sociedades que se desenvuelven dentro de una economía de mercado, la seguridad social debe estructurarse sobre la misma trilogía que caracteriza a la economía libre: el mercado como ente asignador de los recursos, propiedad privada y libertad para elegir.

Por consiguiente, la reforma de los sistemas tradicionales de seguridad social -en los que el Estado benefactor determina unilateralmente los

programas y las preferencias por los servicios-debe comenzar por asignarle al mercado labores de cobertura de los riesgos sociales y por expandir las libertades individuales dentro de esos sistemas, teniendo fe en la capacidad del hombre para tomar sus propias decisiones respecto de lo que le conviene a él y a su familia. La acción del Estado ha de limitarse a cumplir funciones subsidiarias, definiendo los programas que deben ser desarrollados y fiscalizando el cumplimiento de las normas. Al sector privado le corresponde ofrecer sus servicios y otorgar los beneficios conforme a las exigencias y rigores que imponen los mercados libres y competitivos. Sólo de esta manera se logrará aislar a la seguridad social de la política y protegerla del poder de los gobiernos para utilizarla con fines propagandísticos, disponiendo de sus fondos para financiar proyectos calificados de «sociales», de alta rentabilidad partidista pero muy menguada en lo social y financiero.

Es evidente que los intereses de la comunidad en organismos estatales de seguridad social no están resguardados porque, en ausencia de un propietario efectivo, nadie vela por ellos. Cuando la propiedad es de todos, no es de nadie. La administración ejercida por un delegado del poder político se confunde con los objetivos del gobierno, que no son necesariamente los mismos de la sociedad. La política siempre va a interferir con los criterios administrativos y financieros serios.

La tendencia mundial hacia la privatización de diversas funciones gubernamentales hace innecesario dedicarle espacio a las ventajas de introducir la administración privada y la eficiencia de la competitividad en los sistemas de seguridad social. Sólo motivos ideológicos o el propósito de concentrar poder político impiden avanzar en esa dirección. La superioridad de la propiedad privada por sobre la propiedad estatal es evidente en la gestión de las distintas clases de empresa, incluyendo aquellas que proveen servicios o cubren contingencias relacionadas con la seguridad social.

Concretamente -y con adhesión a los postulados enunciados-, la participación de los privados en la administración de los regímenes de prestaciones de la seguridad social puede revestir las características siguientes:

Pensiones: El sector privado -en condiciones de competencia y de libertad de elección para el afiliado- administra los fondos previsionales de los trabajadores a través de cuentas personales y de capitalización individual, manteniendo el Estado las atribuciones de fijar las tasas mínimas de cotización y de fiscalizar el sistema.

Los afiliados que no acumulen en su cuenta los fondos necesarios para obtener una pensión mínima -y cumplan ciertos requisitos de tiempo cotizado- reciben un aporte del Estado para alcanzar ese mínimo. De esta manera, el subsidio estatal se limita a beneficiar sólo a los más pobres, introduciéndole al sistema un efectivo mecanismo de solidaridad.

Salud: La función del Estado en este régimen se circunscribe a formular políticas, desarrollar planes y programas, fijar normas y controlar la

ejecución de las acciones, no asumiendo labores de proveedor de los servicios médicos-hospitalarios. Define, asimismo, los niveles mínimos de cotización, entregándole a las personas libertad para que adquieran en el mercado -con sus cotizaciones- su propio plan de salud. Para aquellas personas cuyos ingresos no les permite acceder a un plan privado de salud reciben subsidios directos para que concurran a los establecimientos que ellas elijan. el costo global de estos subsidios ha de ser equivalente al monto de los recursos que el Estado hubiera gastado en el evento de administrar directamente los centros asistenciales y hospitalarios. Por consiguiente, a través de este esquema se revierte la forma de financiar las atenciones del régimen, pasando del financiamiento de la oferta de los servicios de salud al financiamiento de la demanda.

Desempleo: La cobertura del desempleo es necesaria para lograr un mercado laboral fluido, elemento esencial en una economía libre. Sin embargo, debe evitarse la aplicación para esta contingencia de sistemas obligatorios de seguro -incluidas las indemnizaciones por despido- que generen incentivos a ser exonerado del trabajo y a permanecer en el desempleo, eleve los costos de contratación de la mano de obra y provoque subsidios cruzados desde los sectores con menores tasas por despidos hacia aquellos con tasas mayores. La alternativa es un sistema asistencial de protección del desempleo administrado por el sector privado, consistente en la entrega de subsidios monetarios -con financiamiento proveniente de la tributación general- dirigidos hacia los sectores más pobres de la población desocupada y previa comprobación de las necesidades económicas del beneficiario. Sin perjuicio de lo anterior, las empresas pueden convenir o pactar con los trabajadores la creación voluntaria de fondos de desempleo.

Programas Asistenciales: La acción de estos programas ha de focalizarse en los grupos de menores ingresos, teniendo como objetivos prioritarios los de eliminar la marginalidad y asegurar la igualdad de oportunidades indispensable para lograr equidad dentro de un sistema de sana y libre competencia. Por tanto, el mayor esfuerzo de los programas asistenciales hay que orientarlo hacia la inversión en capital humano -salud, educación y alimentación infantil-, sin que ello signifique descuidar el otorgamiento de prestaciones destinadas a asegurar niveles mínimos de ingreso de las personas pobres, como la entrega de subsidios familiares y pensiones asistenciales.

El financiamiento de los beneficios asistenciales ha de provenir de los recursos que se recaudan a través del sistema tributario, reservándose el Estado la función subsidiaria de controlar, evaluar y focalizar los programas. El sector privado -compitiendo en igual de condiciones- interviene en la administración de las prestaciones, proveyendo los servicios sociales a las personas.

En definitiva, en un sistema de economía de mercado la seguridad social debe abrirse a una mayor participación de los privados, quienes han de

sustentar sus acciones en los postulados de la libre competencia y del reconocimiento del mercado como orientador de las decisiones.

A su vez, las personas deben asumir un papel activo y protagónico dentro de la seguridad social, reconociéndoseles el derecho a determinar sobre la base de sus propias decisiones las instituciones y formas de protección que le son más convenientes para hacer frente a los riesgos sociales. Por último, al Estado le corresponde facilitar la participación del sector privado, crear las condiciones -a través de una legislación de general aplicación- para el ingreso de los agentes al mercado, apoyar a los sectores de menores ingresos con subsidios a la demanda y cumplir funciones normativas y contraloras.

Ningún modelo que se estructure en materia de seguridad social -por óptimo que sea- va a desplazar al crecimiento elevado y sostenido de la economía como herramienta para solucionar en forma eficaz los problemas de la pobreza y atender los estados de necesidad que esta última conlleva. Por tal razón, la seguridad social ha de constituirse -a través de políticas y soluciones bien concebidas- en un factor que favorezca ese crecimiento y no en un lastre que lo inhiba.

3. SITUACION ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE LAS PRESTACIONES ECONOMICAS Y SOCIALES

EDUARDO GONZALEZ GONZALEZ

Las consideraciones formuladas sobre este importante tema, son representativas de las modalidades que ha adoptado la seguridad social en los diferentes países del mundo y que obedecen fundamentalmente a razones históricas, culturales, sociales y económicas de sus respectivos pueblos.

Por tal motivo, existirán planteamientos que pueden no ser identificados con las experiencias propias de algún país en particular. Sin embargo, el enfoque en su conjunto refleja la situación actual que guarda este inapreciable recurso social.

SITUACION ACTUAL

La Seguridad Social -objetivo de toda sociedad moderna-, representa un compromiso social cuyo verdadero alcance no se puede captar si el análisis no se sitúa en una perspectiva a largo plazo. Sus mecanismos encajan en un proceso que afecta solidariamente a varias generaciones, y sus promesas deben ser cumplidas en un futuro a veces lejano y los compromisos financieros del individuo abarcan toda la duración de su vida activa.

El crecimiento vertiginoso de los gastos de salud o la progresión ininterrumpida del costo de los regímenes de jubilación colocan a la sociedad ante opciones espinosas. La seguridad social es hoy el objeto de un conflicto de opiniones.

Se acusa a la seguridad social de agravar la actual crisis económica mundial porque reduce el ahorro y la inversión, agudiza la inflación, aumenta el desempleo y socava los incentivos para el trabajo. Se dice que sus prestaciones no son suficientes para que los trabajadores con salarios bajos puedan hacer frente a sus responsabilidades.

Se afirma que la seguridad social favorece a la medicina curativa, que refuerza el poder de quienes proporcionan los servicios; que transforma problemas sociales en problemas médicos. Asimismo, se sostiene que los sistemas de asistencia médica se administran en beneficio de los que prestan los servicios, en lugar de quienes los reciben y que, a diferencia de la asistencia curativa, que se presta con generosidad, y a menudo hasta con exceso, los servicios de bienestar social, que pueden mejorar significativamente la calidad de vida, se descuidan seriamente.

Por todo esto, algunos aseveran que, para crear empleos y recuperar el rápido ritmo del desarrollo económico que se vivió anteriormente, hay que dismantelar la seguridad social, y prácticamente toda la estructura del Estado Benefactor. Otros sólo proponen un cambio fundamental de orientación de las políticas de seguridad social.

Sin embargo, antes de considerar la validez de las diferentes críticas conviene recordar la notable expansión que ha tenido la seguridad social en los últimos 40 años, periodo durante el cual se puso bajo su protección a más y más categorías de la población, en particular a trabajadores no manuales, los trabajadores independientes y ciertas categorías de personas que no ejercen una ocupación remunerada.

En casi todos los países fuertemente industrializados se pagan ahora prestaciones monetarias en las siguientes contingencias: vejez, sobrevivientes, hijos a cargo, maternidad, desempleo, enfermedad, e invalidez prolongada o definitiva; y por la asistencia médica no hay que pagar nada, o casi nada en el momento de recibirla.

El crecimiento económico hizo posible que partidos políticos diferentes, bajo sistemas e ideologías también diferentes propugnaran por la expansión de la seguridad social en los decenios de 1950 y 1960. El progreso obtenido ha sido paulatino y se ha ajustado al ritmo que permitían las circunstancias. Los beneficios cosechados representan un sentimiento de seguridad, una disminución de la pobreza y un mejoramiento en la salud y la calidad general de vida.

A partir del fuerte aumento de los precios del petróleo en 1973, el ritmo del crecimiento de las economías decayó, y un pequeño sector de la opinión pública que formuló críticas contra la expansión de la seguridad social en aquellos decenios, nuevamente comenzó a alzar la voz, de tal forma que hoy en día algunos que ponen en tela de juicio los fundamentos mismos de la seguridad social, tienen un número de seguidores que hubiera sido impensable ocurriera diez o veinte años atrás.

No obstante, la responsabilidad de los Estados en la estructuración de los programas de seguridad social es irrenunciable. Aún cuando es atacada en

diferentes sectores de la población, la seguridad social lejos de desaparecer, deberá crecer en extensión y en calidad. Desde luego, el avance de la extensión se verá siempre determinada por la celeridad del desarrollo económico.

La expansión de la seguridad social puede contribuir a superar la actual crisis económica si se encuentran los medios adecuados para financiarla o si se puede vencer la resistencia psicológica a pagar lo que dicha expansión costaría.

PERSPECTIVAS

Las transformaciones que exigen hoy una respuesta de la seguridad social son, de tres órdenes:

-Las realidades socio-económicas, que derivan de las transformaciones de la estructura del mercado de trabajo.

-Los cambios de los comportamientos demográficos y sus consecuencias sobre las formas familiares y la estructura de los hogares.

-El envejecimiento de la población, y sus repercusiones sobre la financiación de las jubilaciones y la organización del sistema de salud.

El objetivo fundamental de la seguridad social es dar a los individuos y a las familias la tranquilidad de saber que el nivel y la calidad de su vida no sufrirán menoscabo como consecuencia de alguna contingencia social o económica.

Para prevenir los riesgos y ayudar a las personas y a las familias a adaptarse de la mejor manera posible a las contingencias que pudieran enfrentar, se requiere, además de prestaciones monetarias, una amplia gama de servicios.

El acceso de la mujer a la independencia económica es uno de los factores más importantes de la segunda mitad del siglo XX. La mujer adquiere derechos propios en cuanto a su protección social, mientras que la actividad remunerada se convierte en un medio deseado de afirmación personal.

La crisis del empleo y la necesaria reestructuración económica incrementan el desempleo y las cargas de la seguridad social, a la vez que reducen los recursos del Estado.

La igualdad de derechos entre hombres y mujeres y la independencia económica de la mujer son legítimas; gradualmente se inscriben en los hechos de modo irreversible. El rol de la seguridad social consiste en acompañar esta evolución, teniendo por objetivo el principio de autonomía.

La evolución socio-económica y demográfica tiene dos consecuencias: una, el envejecimiento de la población y la otra, la transformación de las formas familiares y de la estructura de los hogares.

El envejecimiento demográfico incrementa las necesidades financieras para las prestaciones de jubilación y las exigencias de salud. Por lo que se refiere a los efectos del envejecimiento sobre la previsión de vejez, el alarmismo resulta exagerado. En materia de salud, el fenómeno es más complejo; los progresos de la medicina, los modos de financiación y la organización de la dispensación de los cuidados influyen sobre los costos.

Las medidas de rebaja legal o de elevación de la edad de la jubilación requieren atención y prudencia. Remedios a corto plazo tienen efectos perniciosos a largo plazo. Más que el riesgo económico, es en realidad el riesgo de hundimiento de la solidaridad lo que acecha a los sistemas de pensión y, en general, a los regímenes de seguridad social.

Las transformaciones demográficas alteran profundamente las formas familiares y la estructura de los hogares, se manifiestan en primer lugar en una sensible reducción del tamaño medio del hogar, y la aparición y el aumento de las formas de vida atípicas o nuevas, que crean vínculos diferentes al esquema de la familia tradicional.

El modelo predominante de hogar deja de ser el de la mujer en casa y el hombre como proveedor de los bienes y recursos. La pareja casada con hijos pierde su cuasimonopolio, mientras que aumentan las proporciones de solteros y divorciados que viven solos, de parejas consensuales, familias monoparentales, uniones rehechas, personas solas como consecuencia de la pérdida de su compañero o compañera.

No sabemos si la tendencia hacia la adopción de nuevos estilos de vida y la disolución de los matrimonios habrán de mantenerse o se registrará un retorno a las formas de conducta tradicional. Sin embargo estimamos que lo correcto es tratar de adaptar la seguridad social a los nuevos estilos de vida, a fin de evitar la marginación y el abandono de ciertos grupos sociales, como las mujeres divorciadas.

De los servicios de salud tenemos que hacer un uso más eficiente con relación a su costo, modificar cada vez más la relación entre la acción curativa y la acción preventiva, y entre la acción médica y la acción social, y permitir a las personas participar en mayor medida en la adopción de las decisiones relativas a su propia asistencia médica y social. Tenemos que encontrar la manera de ir más allá de la eliminación de las barreras pecuniarias y pasar a suprimir las barreras de clase, de instrucción y de cultura, y de cómo lograr que el consumo corresponda a las necesidades. Hay que utilizar personal y recursos científicos y administrativos del nivel adecuado a la tarea a realizar en cada caso. Además hay que establecer mecanismos para asegurar la participación de la comunidad y de asociaciones sin fines de lucro en la planificación y administración de los servicios locales de salud y de bienestar social.

Creemos que es conveniente no poner límites al progreso de la medicina ni al acceso a los beneficios de la tecnología médica siempre que se haya demostrado que pueden aplazar la muerte y mejorar la calidad de vida.

Habrà que dar prioridad al desarrollo de los servicios de prevención y de readaptación en la política de salud, del empleo, de población y de bienestar social, para contribuir a mejorar la calidad de vida del país.

Por lo que respecta a acciones internacionales, de movimientos de personas entre países, es recomendable que se prosigan los esfuerzos para sacar partido de los mecanismos de coordinación entre los sistemas

nacionales de seguridad social que ofrecen los convenios y recomendaciones en la materia adoptados por la Organización Internacional del Trabajo. También es recomendable que se continúe la red de acuerdos bilaterales y multilaterales y para mejorar la coordinación y la compatibilidad entre ellos.

Se considera conveniente que los esfuerzos se aboquen a ampliar la red de acuerdos bilaterales y multilaterales, además de mejorar la coordinación y la compatibilidad entre ellos.

Una idea que se abre paso, para evitar la marginación y el abandono, es la extensión de los sistemas de seguridad social hacia una profunda solidaridad. La lucha contra la pobreza por este medio es selectiva, eficaz y remuneradora desde el punto de vista político y social.

La crisis de la seguridad social, si es que existe, no es una crisis de la estructura de la institución, sino del cimiento económico indispensable para su funcionamiento. Los efectos económicos y sociales de la recesión se han visto atenuados gracias a la seguridad social. Sin embargo es a ésta a quien culpan los empleadores que creen que es menester reducir los costos salariales para restablecer la rentabilidad de las empresas y aumentar su competitividad. La resistencia psicológica que se observa actualmente a pagar lo que cuesta la seguridad social se debe a la rapidez con que estos pagos han crecido en un periodo de desarrollo económico lento o nulo.

Si ese crecimiento se hubiera repartido en un periodo más largo o producido en un clima económico más favorable, no habría sido objeto de críticas, salvo de parte de una minoría de partidarios incondicionales de ciertas doctrinas. La seguridad social no es la causa de la crisis ni de la recesión, al contrario, es un catalizador de las presiones políticas y sociales que de ellas se derivan, y por tanto contribuye al mantenimiento de la paz social.

4. EL SISTEMA PENSIONARIO

CARLOS J. SOTO PEREZ

Históricamente, y desde un punto de vista muy general, cuatro son los factores principales que han contribuido al notable crecimiento de los gastos por pensiones, dando como resultado una crisis financiera, que afecta a casi todos los regímenes sociales de pensiones:(24,25)

EXPECTATIVAS

Los incrementos en las expectativas de vida de los pensionados, que no fueron considerados en la estimación de los costos de las pensiones que sirvieron de base para el establecimiento de las primas o cuotas de los seguros.

REFORMAS

La disminución de los requisitos para el otorgamiento de las pensiones e incrementos a las cuantías de las mismas, y más aún, la creación de nuevos beneficios; en todos los casos antes señalados, sin el aumento correspondiente a las aportaciones.

RESERVAS

Productos de inversión de la reserva insuficientes, en comparación a los necesarios para conservar el equilibrio financiero derivados en la mayoría de los casos, de la imposibilidad de incrementar la reserva conforme a los requerimientos técnicos y en otros, por no alcanzar una productividad promedio de un nivel equivalente a la que se obtendría con la tasa fijada de antemano en los cálculos actuariales.

CARRERA SALARIAL

El no tomar con la debida precisión, el monto efectivamente pagado a cuenta de los futuros beneficios, para la determinación de las cuantías de las pensiones al hacerse efectiva. Esta situación, se agrava, cuando la base de las aportaciones es el salario del trabajador asegurado, puesto que los montos de las pensiones se fijan a partir del último o de los últimos salarios de contribución, habiendo sido, normalmente, menores a éstos, los que sirvieron como base a las aportaciones; los casos de evasión parcial o total que se dan con alguna frecuencia; y si además, se incluye la cuantía mínima de las pensiones, que es una de las prestaciones que contiene el más elevado espíritu de solidaridad social, la cual, por su naturaleza, no alcanza a ser financiada por las cuotas correspondientes; será muy difícil, por no decir imposible, alcanzar o seguir conservando indefinidamente el aparente equilibrio financiero del régimen de pensiones en estudio.

Estos factores pueden darse para un régimen dado, aisladamente, en su conjunto o en cualquiera de sus combinaciones, dando como resultado algo que quizá por evidente parece no querer aceptarse, y es el hecho de que las pensiones tienen un costo que supera con mucha frecuencia, el nivel de las cuotas y aportaciones que se efectúan para tratar de lograr su financiamiento, ya que los beneficios que se han otorgado, financieramente hablando, van más allá de lo razonable, marchando con toda seguridad hacia un punto en el que ya no será posible afrontar los gastos, en el caso de que no se revisen antes, bajo una óptica realista, las condiciones de otorgamiento y el financiamiento correspondiente(9,26.27).

Usualmente, se ha creído hasta el presente, que los beneficios otorgados no son sino reembolso de las cuotas que se pagan, lo cual no siempre es así, ya que una gran mayoría de los asegurados tienen acreditados derechos en

curso de adquisición por un monto mayor que el total de lo pagado para este fin, incluyendo los productos de inversión correspondientes; esto se confirmará más adelante, para el caso de pensiones por vejez, siendo más crítica la situación financiera para los casos de invalidez y muerte, por ser mayores las expectativas de vida como pensionados y menores las antigüedades de los pensionados directos, dando como resultado aportaciones que son insuficientes, en promedio, a las requeridas para su financiamiento.

Ante el panorama descrito, es necesario actuar a la brevedad posible para establecer un monto adecuado de cuotas y reservas financieras que permitan afrontar en el futuro el gasto por pensiones siempre creciente, evitando así, el llegar a un nivel de desfinanciamiento que ponga en peligro la continuidad del sistema.

Sin embargo, es necesario recalcar que la elección de cualquier programa o el continuar como hasta ahora sin modificaciones, depende de la preexistencia de ciertos supuestos básicos de orden político, económico, sociológico y jurídico; razón por la cual los expertos han usado siempre modalidades y medios adaptados a la situación imperante, si éstos sirven al propósito principal que es la conservación y sostenimiento de las Instituciones.

PERSPECTIVAS

Para analizar con objetividad las perspectivas de los regímenes, es difícil evitar el entrar a la discusión que viene ventilándose desde principios de este siglo, como ejemplo se puede mencionar el Congreso de Actuarios realizado en Viena (1906), sobre la conveniencia o inconveniencia de utilizar un determinado sistema de financiamiento, para lograr el necesario equilibrio en las instituciones de seguridad social(1,3,6,15,24,25,32).

A estas alturas, puede decirse que todos los sistemas se han intentado, algunos con éxito, más aparente que real, sin responder adecuadamente a su finalidad, que es la de conservar el equilibrio financiero, sin necesidad de efectuar ajustes posteriores a su adopción; en consecuencia, el problema no depende en sí del régimen financiero utilizado(13,22), sino principalmente de dos factores que inciden en forma negativa:

-El aumento en la esperanza de vida de los pensionados(20).

-Las demandas sociales atendidas de mejoras a los beneficios y de reducción a los requisitos para su otorgamiento.

En el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el considerable aumento en las expectativas de vida de los pensionados difícilmente pudo ser previsto, por lo inesperado, en los cálculos actuariales efectuados en 1942 como parte del anteproyecto de la Ley del Seguro Social que dio vida al Instituto Mexicano del Seguro Social el 19 de enero de 1943(23). (Cuadro No. 1).

CUADRO No. 1

PENSIONES EN CURSO DE PAGO		ESPERANZA DE VIDA DE LOS PENSIONADOS		
SEGURO	EDAD PROMEDIO	(A)	(B)	INCREMENTO
INVALIDEZ	59	11.63	21.18	82%
VEJEZ	72	6.16	13.13	113%
VIUDEZ	61	10.58	19.72	86%
ASCENDIENTES	68	7.34	14.97	104%

(A) TABLA ORIGINAL (HUNTER TROPICAL)

(B) TABLA IMSS (PRELIMINAR, 1990)

NOTA: CIFRAS EN AÑOS.

Dándose por este fenómeno dos situaciones particulares:

Por una parte, el aumento en la expectativa de vida de los pensionados es en alguna forma prueba del cumplimiento de una de las funciones básicas del Instituto Mexicano del Seguro Social que es la prevención, cuidado y conservación de la salud de la población a su cargo, y por la otra, un mayor tiempo en el otorgamiento de las prestaciones económicas y médicas a que se han hecho acreedores los pensionados y sus beneficiarios, con el resultado de generarse desde un punto de vista económico un volumen de gastos en la Institución, mayor que el originalmente previsto(7).

Las diferentes reformas y adiciones que ha tenido la Ley del Seguro Social desde 1943 hasta diciembre de 1989, son resultado de las acciones de los Poderes Ejecutivo y Legislativo por mejorar las condiciones de los pensionados y sus familiares de acuerdo a las condiciones económicas y sociales imperantes en el país. (Cuadro No. 2).

CUADRO No. 2

A) PRESTACIONES QUE NO EXISTIAN EN EL REGIMEN INICIAL	FECHAS DE IMPLANTACION
1 DOTE MATRIMONIAL.	28 FEB 1949
2 PENSIONES AL VIUDO INCAPACITADO.	28 FEB 1949
3 PENSIONES DE ASCENDENCIA.	28 FEB 1949
4 GASTOS MEDICOS A PENSIONADOS Y SUS DERECHOHABIENTES.	31 DIC 1956
5 COMPATIBILIDAD ENTRE PENSIONES Y TRABAJO REMUNERADO.	31 DIC 1956
6 AYUDA ASISTENCIAL AL PENSIONADO POR ATENCION MEDICA, 20% MAS.	31 DIC 1956
7 MAS.	1 ABR 1973
8 AYUDA ASISTENCIAL AL PENSIONADO POR SOLEDAD, 15% MAS.	1 ABR 1973
9 ASIGNACIONES FAMILIARES POR LA ESPOSA, 15% MAS.	1 ABR 1973
10 PRESTACIONES SOCIALES.	1 ABR 1973
11 ASIGNACIONES FAMILIARES POR LOS ASCENDIENTES, 10% POR C/U.	5 ENE 1989
12 AGUINALDO DE 30 DIAS AL AÑO. PENSIONES DINAMICAS.	5 ENE 1989
B) PRESTACIONES QUE NO EXISTIAN EN EL REGIMEN INICIAL	
13 EL TIEMPO DE ESPERA PARA INVALIDEZ O MUERTE SE REDUJO DE 200 A 150 SEMANAS DE COTIZACION.	28 FEB 1949
14 EL TIEMPO DE ESPERA PARA VEJEZ O CENSANTIA DISMINUYO DE 700 A 500 SEMANAS DE COTIZACION.	28 FEB 1949
15 REDUCCIONES EN LAS LIMITACIONES PARA PENSIONARSE POR VIUDEZ.	28 FEB 1949
16 LAS PENSIONES DE ORFANDAD SE OTORGABAN HASTA LOS 16 AÑOS, AHORA HASTA LOS 25 SI SE ESTUDIA Y VITALICIA SI SE ENCUENTRA INCAPACITADO.	1 MZO 1957
17 LAS PENSIONES DE ORFANDAD SE OTORGABAN HASTA LOS 16 AÑOS, AHORA HASTA LOS 25 SI SE ESTUDIA Y VITALICIA SI SE ENCUENTRA INCAPACITADO.	1 ABR 1973
18 33.33% ADICIONALES A LA CUANTIA MINIMA POR CESANTIA EN EDAD AVANZADA.	1 ABR 1973
19 LA CUANTIA BASICA DE LAS PENSIONES DIRECTAS SE ELEVO DEL 20% AL 35%. LOS AUMENTOS A LAS PENSIONES DEL 1% AL 1.25% DEL SALARIO	1 ABR 1973
20 BASE POR CADA 52 SEMANAS COTIZADAS, CON POSTERIORIDAD A LAS PRIMERAS 500.	1 ABR 1973
21 ANTERIORMENTE ERA MAYOR EL PORCENTAJE DE REDUCCION APLICADO A LAS PENSIONES POR CESANTIA EN EDAD AVANZADA.	5 ENE 1989
22 INCREMENTO EN 125% AL NIVEL ORIGINAL DE LA PENSION DE VIUDEZ. INCREMENTO EN 110% AL NIVEL ORIGINAL DE LA CUANTIA.	5 ENE 1989

Todas las reformas mencionadas a la Ley original, se otorgaron sin modificaciones a la cuota original de los seguros de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte (IVCM), seguramente también tomando en cuenta el entorno económico y social que prevalecía en el país(10,11,12,13).

Podría pensarse que estos factores no afectan el costo de un sistema de capitalización individual, pero no es así, ya que los dos factores reducirían el monto de la pensión y por ende se incrementarían las demandas por un aumento en las aportaciones, que de no atenderse podrían desembocar, como en cualquier otro sistema, en un problema social de consecuencias impredecibles.

En este punto, es conveniente meditar sobre lo acertado que pueda ser, el tratar de utilizar como instrumento de política económica, un ente que por antonomasia lo es de política social(2,21).

Aumento en las expectativas de vida

Este incremento proseguirá, aunque se piensa que en menor escala, lo que encarecería notablemente el costo de las pensiones a otorgarse, de no establecerse los mecanismos de indexación, que permitan elevar gradualmente las cuotas y la edad de retiro.

Por lo tanto, es necesario retornar al espíritu original de las pensiones, que partía de una carencia económica asegurable, de tal forma que la pensión de vejez, no era más que un caso particular de invalidez senil, y de ninguna manera consideraba el otorgar alguna pensión, fundamenta sólo, en un cierto número de años trabajados. De lo anterior, puede derivarse una dicotomía muy clara entre lo que deben ser los intereses asegurables sociales y los privados.

Mejoras a los beneficios y reducción a los requisitos para su otorgamiento

Al delimitarse con claridad, el campo de lo social del correspondiente a lo privado, en lo que respecta a los beneficios por pensiones, debe hacerse patente, en la mayoría de los casos que cualquier incremento en los beneficios y reducción en los requisitos, obedecerían a un interés particular, y por lo tanto, tratarse como tal.

Esto llevaría necesariamente a un sistema mixto, colectivo y solidario por un lado, privado e individual por el otro, en donde las estimaciones actuariales de los costos, tendrían como base, en el primer caso, los sistemas de financiamiento propios para emplearse en grupo abierto (social) y en el segundo, los de grupo cerrado (privado), ya que los riesgos colectivos, en general, deben tener como aval a la sociedad en su conjunto y no así los riesgos individuales, por los cuales tendrán que responder las instituciones de ahorro y aseguradoras privadas(17,19,28,29,30,31).

En consecuencia, para llevar a cabo las acciones que permitan resolver la problemática apuntada, es conveniente establecer una comisión técnica permanente, al más alto nivel, que efectúe los estudios pertinentes para desarrollar alternativas de solución que puedan ser viables en el contexto político, económico, jurídico y social en el cual se aplicarán, en el caso de ser aprobadas, y posteriormente darles el debido seguimiento, para poder efectuar ajustes a tiempo, de ser necesario, evitando desviaciones que podrían nulificarlas.

Para este fin, debe conformarse un equipo no sólo interinstitucional sino también interdisciplinario que contemple las posibles soluciones desde los más diversos enfoques de tal manera que puedan evaluarse con mayor precisión, al menos en el terreno teórico, las diversas situaciones que pudieran darse con la adopción de ciertas medidas, tanto en el corto, como en el mediano y largo plazos(5,14).

Paralelamente al estudio de las soluciones de fondo, y mediante la legislación adecuada, podrían generarse medidas lo suficientemente elásticas que no limiten y sí coadyuven, en su momento, al establecimiento de las que se consideren definitivas; en este punto podría ser recomendable la introducción de sistemas de ahorro obligatorio mediante la apertura de cuentas individuales cuyos efectos serían muy positivos(8), si se encauzan convenientemente a cubrir las necesidades de ahorro interno, que permitan una más rápida expansión del aparato productivo(4).

Si bien las recomendaciones son un tanto generales, también son realistas, sobre todo tomando en cuenta que aún hay tiempo para no incurrir en precipitaciones(16,18), ya que resulta imprescindible, el tener que modificar las condiciones de otorgamiento de los beneficios, puesto que en ciertos casos resultan demasiado generosos y por ende muy costosos; pero siempre resultará aconsejable el gradualismo en las acciones, ya que difícilmente puede imaginarse, con la aproximación necesaria el tipo de sociedad que nos depara el futuro, en el largo plazo, y mucho menos las necesidades asegurables a cubrir en el campo de la seguridad social; lo cual no sucede en el campo privado por ser más limitados sus horizontes en el tiempo.

Por lo tanto, debe marcharse con cautela, y en el caso concreto de los seguros de pensiones, resulta aconsejable tratar de garantizar su equilibrio financiero en etapas, mediante el establecimiento de periodos de equilibrio, de una duración razonable, sin pretender llegar a soluciones, que por tratar de ser definitivas, en la práctica puedan resultar utópicas.

También es necesario, concientizar a la población sobre la importancia que tiene el contar con un sólido sistema de seguridad social, para ello deben efectuarse campañas de difusión permanente y no sólo eso, sino introducir en los planes de estudio a nivel primario, medio y superior, un cuerpo de materias relacionadas con este campo, de tal manera que al ser claro el concepto, se tenga a la seguridad social como lo que es, el cumplimiento de un viejo anhelo del hombre, de seguridad para él y los suyos, por el que vale la pena luchar, aunque su costo, sea relativamente alto.

REFERENCIAS

1. Arellano J.P., Políticas Sociales y Desarrollo en Chile 1924-1984. CIEPLAN, Santiago de Chile, 1985:89-104.
2. Castro G.A., Aspectos Financieros de los Regímenes de Pensiones en América Latina. IV Conferencia Regional Americana de la Asociación Interamericana de Seguridad Social, Buenos Aires, 1988.
3. Baeza S., Manubens R., Sistema privado de pensiones en Chile. Santiago de Chile, Centro de Estudios Públicos, 1988:339-349.
4. CIEMX-WEFA, Perspectivas económicas de México. (XXIII).
5. Churchman, C.W., El Enfoque de Sistemas. México, Editorial Diana, 1974.
6. Drucker P.F., El Cambiante Mundo del Directivo. Barcelona, Ediciones Grijalbo, S.A., 1983:100.
7. Frenk M.J., Morbimortalidad, Sistema de Salud y Estado. Mario Bronfman y José Gómez de León, México D.F., El Colegio de México, 1988.
8. Gómez de León C.J., Partida B.V., Algunos aspectos de los Beneficios de un Sistema de Pensiones mediante Capitalización Individual. México, Secretaría de Programación y Presupuesto.
9. Instituto Mexicano del Seguro Social, Balance Actuarial. México, Subdirección General Técnica, 1961.
10. Instituto Mexicano del Seguro Social, Ley del Seguro Social, México, 1943.
11. Instituto Mexicano del Seguro Social, Ley del Seguro Social. México, 1973.
12. Instituto Mexicano del Seguro Social, Ley del Seguro Social. México, 1989.
13. Diario Oficial de la Federación, México, enero 4 de 1989.
14. Kaiser E. Ecuaciones funcionales de las Matemáticas Sociales. Berna, Oficina Federal de Seguros Sociales, 1965.
15. Asociación Internacional de la Seguridad Social. Informe sobre los Sistemas Financieros del Seguro de Vejez bajo la influencia de la Evolución Económica. Ginebra, Revista Internacional de Actuarial y Estadística de la Seguridad Social, 1961 (7).
16. McGreevey W., Social Security in Latin America Issues and Options for World Bank. Washington, World Bank Report No. IDP-82, octubre 1990.
17. Mesa-Lago C., Aspectos Económicos-Financieros de la Seguridad Social en América Latina y El Caribe: Tendencias, Problemas y Alternativas para el Año 2000. Banco Mundial 1989.
18. CEPAL, El Desarrollo de la Seguridad Social en América Latina 1985. Informe No. 43.
19. Oficina Internacional del Trabajo. La Seguridad Social en la Perspectiva del Año 2000. Ginebra 1984.

20. Oficina Internacional del Trabajo. From pyramid to pillar. Population change and social security in Europe. Geneve, 1989.

21. Paganini M., Lo Vuolo R., Munne G., La Seguridad Social y las Políticas Privatizadoras. Montevideo, II Congreso Interamericano Jurídico de la Seguridad Social, 1990.

22. Redecillas A., Análisis de las Experiencias sobre Nuevas Formas de Financiación de la Seguridad Social en la Región Iberoamericana. Caracas, II Conferencia Regional Americana de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, 1982.

23. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Anteproyecto de la Ley del Seguro Social. México, Talleres Gráficos de la Nación, 1942.

24. Soto P.C.J., Desequilibrio Financiero en los Regímenes Sociales de Pensiones: El caso de México. México, Asociación Internacional de la Seguridad Social Americana No. 15.

25. CEPAL, El Sistema Mexicano de Pensiones. Santiago de Chile, Sistema de Pensiones en América Latina, Diagnóstico y Alternativas de Reforma, 1992,(2).

26. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Secretaría General, Diagnóstico y Medida de Impacto Financiero. México, 1991, Seguridad Social No. 174.

27. Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación General de Comunicación Social. Pensiones: 1944-2025. México, 1989, Cuestión Social No. 15.

28. Thullen P., Die Mathematik der sozialen Rentenversicherung unter dynamischen Bedingungen (Einführung mit Anwendungen in der Praxis). Verlag Versicherungswirtschaft E.V., Karlsruhe,: 73-74.

29. Comisión Interamericana de Seguridad Social, Secretaría General. El Financiamiento de Regímenes Obligatorios de Pensiones bajo Condiciones Dinámicas y las Nuevas Matemáticas Actuariales. México, 1982, Seguridad Social Año XXXI Núms. 135-136, Epoca V.

30 Bureau International du Travail. Thechniques actuarielles de la Sécurité Sociale. Geneve, 1974.

31. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Introducción de las Matemáticas del Seguro Social de Pensiones Bajo Condiciones Dinámicas. México, 1992.

32. Velarde B.A., Cuarta Conferencia sustentada por el señor profesor Emil Schoenbaum. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, octubre 6 1949.

LA AMPLIACION DE LA COBERTURA A GRUPOS DESPROTEGIDOS

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y El Caribe, en 1986 el 61% de la población de esta región estaba en condiciones de pobreza, esta cifra aumentó a 62% en 1990 y se estima que para 1995, seis de cada diez latinoamericanos vivirán en condiciones de pobreza extrema, por lo que no contarán con elementos básicos de alimentación, salud, higiene, vivienda y educación entre otros mínimos de bienestar. La atención a estos grupos marginados es por tanto un problema que deben considerar nuestros países en forma prioritaria.

Algunos países de América Latina como Costa Rica y México, han extendido la cobertura de ciertas prestaciones de sus regímenes de seguridad social a grupos campesinos y marginados sin capacidad de cotización. En nuestro país se puso en práctica el principio de solidaridad desde 1979 por medio del Programa IMSS-COPLAMAR conocido actualmente como IMSS-SOLIDARIDAD y que protege a 11 millones de personas en 17 estados. Sin embargo, no existe institución alguna en toda la región que proporcione atención integral a grupos marginados, principalmente por las dificultades de financiamiento que enfrenta. Otros factores son el aislamiento de ciertas comunidades y los diversos patrones culturales que las conforman. El problema existe y habrá que afrontarlo, mediante la búsqueda de nuevas opciones, que contemplen los aspectos económicos, políticos y sociales del reto y se traduzcan en beneficios tangibles de estos grupos con pleno respeto de sus derechos humanos y su cultura.

1. PANORAMA GENERAL

JOSE NARRO ROBLES

El tema de la protección de seguridad social para grupos marginados es, obviamente de gran complejidad. No se trata solamente de reconocer la dificultad o la complejidad del planteamiento, aunque es un principio metodológico de gran importancia ubicar con claridad el problema, sino de acercarnos a una solución viable, considerando de entrada que se trata de un reto de nuestra realidad que tenemos que enfrentar con audacia y con imaginación y que, por otro lado, rebasa el ámbito de los profesionales de la salud, aunque los implica centralmente, para colocarse en el terreno de la política y de las políticas públicas.

La seguridad social ha sido planteada como un derecho de carácter universal por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas y ratificada, en esos términos por diversas instancias. Hay por consiguiente bases normativas y antecedentes para hacer realidad ese planteamiento en países como México. Sin embargo, la viabilidad concreta de lograr la cobertura universal de la seguridad social se enfrenta con la situación económica, por la que en los últimos años particularmente en los ochenta se contrajo la inversión pública y la pobreza se incrementó. De manera que, se reconoce que en México alrededor de 41 millones de habitantes, viven en condiciones de pobreza y, de éstos, el 40%, equivalente a 17 millones, viven en situación de extrema pobreza.

Si bien la pobreza de la población y del propio Estado es un factor que impide la cobertura universal de la seguridad social, la inversión en este rubro es un poderoso elemento para combatir la pobreza. La noción, por otra parte, prevaeciente en América Latina sobre la seguridad social, está vinculada también con la noción del trabajo asalariado, en que la seguridad social es financiada con los aportes de los propios trabajadores y de los patronos. La marginación socioeconómica y social es, con mucha frecuencia, también marginación del trabajo asalariado en términos formales.

Por lo anterior, es conveniente revisar si sobre los organismos existentes en nuestro país como de seguridad social, el I.M.S.S. y el I.S.S.S.T.E., pudiera gravitar la extensión y cobertura de la seguridad social a grupos marginados. Estas instituciones operan con una lógica laboral, en la que se sustentan funcional y financieramente, y ésta se rompe cuando se incorporan a sus servicios personas o grupos que no se encuentran formalmente en una situación de trabajo subordinado, con el riesgo evidente de llegar a crisis presupuestaria y, por consiguiente, a un abatimiento de la calidad de los servicios. Esto, dicho así, no es meramente una consideración hipotética, de hecho el Instituto Mexicano del Seguro Social, desde hace 40 años ha aplicado diferentes esquemas para extender la seguridad social a trabajadores del campo, y desde hace 20 años aplica un esquema con financiamiento del

gobierno federal, con enfoque de atención primaria, que cubre a 11 millones de habitantes, de los cuales el 28% son indígenas.

La marginación es un fenómeno de carácter estructural, que demanda redefinir estrategias de un desarrollo y la adopción de políticas de crecimiento económico que beneficien a los pobres y a los marginados. La cobertura de la seguridad social, concebida no exclusivamente como atención médica, sino también como protección económica y de prestaciones sociales implica también incrementar considerable y significativamente el gasto social del Estado.

Al respecto, resulta interesante tener presente que el año próximo se celebrará una Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social en Copenhague y que, en esa perspectiva, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) publicó el Informe sobre Desarrollo Humano 1994. Este informe, conocido por la prensa pero que ya circula como libro, se centra sobre el valor de la vida en sí misma y maneja el concepto de desarrollo humano sostenible, reivindicando la obligación de proporcionar condiciones, a la vez que el derecho de todos los individuos para alcanzar una capacidad humana plena, en todos los terrenos: económico, cultural, social y político. Se maneja también el concepto complementario de «seguridad humana» (en el empleo, en el ingreso, en la salud, en el medio ambiente), al que se propone como eje articulador las estrategias nacionales, la cooperación internacional y los mecanismos mundiales de gobernabilidad. Se concibe que el desarrollo humano es un proceso de ampliación de la gama de opciones de que dispone la gente, mientras que la seguridad humana significa que la gente puede ejercer esas opciones en forma segura y libre, y de que puede tener relativa confianza en que las oportunidades de hoy no desaparecerán totalmente mañana. El informe presenta una clasificación de países, de acuerdo a índices de desarrollo humano, en la que México ocupa el lugar 52.

Conviene reiterar que la intención del desarrollo debe consistir en garantizar mejores posibilidades de vida para el hombre, en alcanzar medios que le permitan la plena expresión de sus capacidades y potencialidades y en poner en práctica mecanismos que disminuyan las desigualdades y cierren la brecha que existe entre quienes tienen en exceso y quienes carecen de lo fundamental, en particular los grupos marginados, con los que se tiene una histórica y profunda deuda social. Se requiere una sociedad más solidaria, mejores fórmulas para distribuir con equidad la riqueza social que se produce mediante el trabajo de todos los mexicanos. También es indispensable imaginar y operar nuevas modalidades que amplíen los espacios y favorezcan los procesos de concertación entre los diversos sectores y actores sociales, para el logro de esos propósitos.

Llevar servicios de salud y de bienestar a los núcleos de población que más los necesitan equivale a cumplir no sólo con un compromiso político ineludible, sino con una responsabilidad ética e histórica. Debe reconocerse que éste ha sido una de los signos que ha orientado el desarrollo de la seguridad

social en estos años, particularmente a través del Programa IMSS-Solidaridad. Resulta claro que lo que se pretende tiene que ver con la mejoría en la calidad de vida de nuestras grandes mayorías, con el abatimiento de la pobreza y, de alguna manera, con el reforzamiento de la identidad nacional y el cultivo de nuestros valores.

La búsqueda de esquemas que permitan luchar de manera colectiva y organizada contra la pobreza, la insalubridad, la inestabilidad y las amenazas de orden económico, laboral y de tipo social es, como ya ha sido asentado, una de las características más sobresalientes de las sociedades modernas. La modernidad que persigue el país no puede ser compatible, ni coexistir por más tiempo, con las condiciones de la realidad de grandes sectores marginados.

Es necesario entender que hoy la misión de la seguridad social mexicana consiste en cumplir a plenitud como elemento redistribuidor de la riqueza, como factor de justicia social y como mecanismo fundamental de solidaridad y de concertación entre diversos sectores de la sociedad, para propiciar la satisfacción de las necesidades básicas, para contribuir a la realización de las aspiraciones superiores y para brindar cada días mayor bienestar a un número creciente de mexicanos. Todo lo cual requiere de la definición de una estrategia de desarrollo del país, así como de políticas públicas claras y funcionales.

2. MARGINACION, SEGURIDAD SOCIAL Y ASISTENCIA SOCIAL

ENRIQUE PACHECO ALVAREZ

El lugar de donde yo procedo corresponde a un Estado que pertenece a los marginados de la República, el Estado de Oaxaca; por ello es que me siento particularmente motivado por el problema de la marginación en nuestro país.

Considero que lo primero es definir quiénes son los marginados.

Para mí están los marginados de la vida económica, correspondiendo a ellos los 40 millones de mexicanos que viven en la pobreza, de manera especial, de entre de ellos los 17 millones que vegetan en la extrema pobreza. Estos no son pobres por voluntad propia, son pobres porque el sistema económico en que vivimos no les ha dado la oportunidad de un trabajo remunerador. En el campo, los ejidatarios han recibido malas tierras, y el número de campesinos se ha multiplicado de tal manera que la parcela, cuando ha sido de buen temporal o de riego, se ha dividido entre los hijos, cayendo en el minifundismo improductivo. En las ciudades, el obrero, en su gran mayoría, no recibe el salario remunerador que señala el artículo 123 de la Constitución Mexicana, que sea suficiente para satisfacer sus necesidades y las de su familia; pero lo más grave es el constante aumento de pérdida de empleos y

como consecuencia de cesantes que se incorporan rápidamente a este grupo de marginados que va en aumento. Si la economía de un liberalismo desbordado sigue sin tener en cuenta a la mayoría de los mexicanos, dejará de tener justificación histórica, ya que ésta se consigue cuando se da el bienestar a la mayoría y no, como sucede ahora, a pocos millonarios.

Están los marginados de la educación y la cultura, aquellos que no han recibido la enseñanza del profesor, tanto en las áreas rurales como en las ciudades, y que en el primer caso los ha llevado a permanecer aislados en un monolingüismo que no han podido romper y en el segundo caso, en un analfabetismo cultural.

Encontramos a los marginados de la geografía. En mi Estado, Oaxaca, y vuelvo al ejemplo que me es tan doloroso, las carreteras no se han desarrollado en la extensión requerida manteniendo con ello en el aislamiento a los habitantes que se distribuyen en el número de 570 municipios y 7 mil poblados. A primera vista excesivos, pero que el aislamiento justifica. Aquí, como en todo, se han elaborado explicaciones para señalar el por qué en el retraso de la construcción de vías de comunicación: lo montañoso del territorio al que se le compara con una hoja de papel arrugada lo que hace difícil y costosa la construcción de caminos. Yo diría que la causa principal es la negligencia de algunos gobernantes y la falta de apoyo, en este sentido, por parte de la Federación. Sin embargo, está en proceso de construcción una super carretera con recursos federales, que por sus características de varios carriles y por su trazo más directo disminuirá el tiempo de recorrido de la ciudad capital del Estado de Oaxaca a Puebla y al Distrito Federal, obra del presidente Carlos Salinas, tan trascendente como fue la introducción del ferrocarril o, años después, su transformación en vía ancha.

Existen también los marginados del tiempo vivido, a quienes se ubica dentro de la tercera edad y a quienes dejando de ser productivos se ha expulsado de los corazones de los familiares jóvenes. Me han contado y sería bueno saberlo, yo desconozco si se lleva una estadística de esto, que en los centros hospitalarios oficiales, en los del Seguro Social y en los del ISSSTE, los hijos o parientes abandonan a estos marginados y ya no regresan por ellos.

Hay un caso de marginación que afortunadamente no se da en México, el del racismo. Nosotros estamos orgullosos de nuestra procedencia india, lástima que hayamos hecho tan poco por nuestros contemporáneos indígenas.

Clasificados para mí, así, los grupos de marginados, entraré a definir, y con ello a diferenciar la seguridad social y la asistencia social, que son conceptos que frecuentemente confundimos, para a continuación ubicar a los marginados dentro de este marco conceptual.

Mediante la seguridad social se da al individuo y a su familia una amplia protección en el aspecto médico, pago de días no laborados por enfermedad, distracción, cultura, deporte, pensión, jubilación, etcétera, mediante una cuota periódica que resulta a cargo del trabajador o empleado, por lo tanto su característica es que el servicio que se recibe no es gratuito.

Además, concurren a cubrir los gastos los patronos y el gobierno, por lo que el presupuesto total se cubre de manera tripartita.

En cambio la asistencia social constituye una obligación del Estado para atender en los aspectos anteriores a la población necesitada, invirtiendo en ello los impuestos que recauda en la aplicación de programas de salud, centros hospitalarios y demás beneficios, sin que exista la obligación de cubrir periódicamente una cuota para ello. El carácter obligatorio que tiene, la distingue de una supuesta caridad, por lo que, en el caso que nos ocupa, los marginados están en su derecho de exigir tal asistencia social, la cual en nuestro país se ha desarrollado en el aspecto de la salud y, más ampliamente, en los casos de desastres.

A veces confluyen la seguridad social y la asistencia social en un mismo organismo, como es el caso del Programa IMSS-Solidaridad, en que el Instituto tiene la infraestructura que se aprovecha, lo que se presta a confusión. Tal manera de dar la asistencia social no debe ser de carácter demagógico ni tampoco llevar a comprometer el equilibrio financiero del organismo, lo que a veces se olvida llegando a arriesgar las finanzas del IMSS.

Con relación al Estado de Oaxaca es pertinente señalar que tiene una población de 3 millones de habitantes, una superficie de poco más de 94 mil kilómetros cuadrados, y según datos del INEGI en seguridad social la población derechohabiente es de 653,597 y la población usuaria de 507,358, referidos al IMSS y al ISSSTE; además, la asistencia social reporta una población usuaria de 2'335-054. A mí me agradó leer los anteriores datos estadísticos, pero para quien ha vivido, ha sufrido y ha caminado los caminos de Oaxaca nos resulta más realista la información de la Academia Nacional de Medicina, que nos dice que Chiapas y Oaxaca ocupan el primer lugar en mortandad por enfermedades infecciosas y crónicas; si el promedio de vida en el país es de 73 años, en estos Estados, caracterizados por su extrema pobreza, el promedio de vida es de 50 años; que la esperanza de vida al nacer es drásticamente menor que la del resto de la República ya que los alumbramientos se dan sin la asistencia técnica adecuada y las madres presentan acentuados índices de desnutrición; que el índice de mortandad nacional ha disminuido a excepción de Chiapas y Oaxaca, en donde los niveles de pobreza, hacinamiento e insalubridad sólo son equiparables al de naciones sumidas en el más caótico subdesarrollo; que las principales enfermedades que causan la muerte en esos Estados, como tuberculosis, cólera, enfermedades respiratorias y todas las que produce la desnutrición crónica, están ligadas a la pobreza extrema; y que la mala alimentación causa estragos irreversibles en la población oaxaqueña, y si a esto agregamos el desarrollo del alcoholismo el panorama desolador está completo. Cuando se transitan las veredas de la mixteca, al finalizar el tianguis de las principales poblaciones, encontramos a indígenas borrachos que quedan tirados a la vera del camino, y la mujer y los críos cuidándolos. Son indígenas a los que no solamente se ha alcoholizado sino envenenado al darles alcohol con éter.

Para mitigar el frío y el hambre la madre moja la boca del niño con aguardiente, iniciándolos así involuntariamente.

Felicito a esta institución por el Programa IMSS-Solidaridad, por lo que está haciendo en el país y por lo que está haciendo en Oaxaca; pero aquí requerimos que los grupos marginados de Oaxaca, que los grupos indígenas agrupados en 16 etnias, tengan mayor atención y que el programa tenga el tamaño de nuestra necesidad y de nuestra hambre.

Finalmente, ¿qué es lo que propondría como solución?. Para dar respuesta llego al terreno de una utopía: empleo remunerado para los grupos marginados, con salario mínimo en los términos del artículo 123 Constitucional, suficiente para satisfacer las necesidades normales de un jefe de familia en el orden material, social y cultural y para prever la educación obligatoria de los hijos. Mientras no profundicemos los cambios económicos con sentido social en nuestra estructura económica será una utopía llegar a esto. Es que al darles trabajo a todos estarán en condiciones de incorporarse con sus cuotas a la seguridad social, mientras ello sucede hay que ampliar al máximo la obligación del Estado de dar la asistencia social y ésta incluye, además de los servicios médicos el dotar de agua potable, drenaje, alumbrado, etcétera a las poblaciones oaxaqueñas como un medio para que disminuyan sus enfermedades. La solidaridad social debe estar con los grupos marginados de la economía.

3. FUNDAMENTOS DEL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD

GEORGINA VELAZQUEZ DIAZ

Los sistemas de seguridad social surgidos en América Latina a partir de los años veinte han aspirado siempre a la cobertura universal de la protección integral (enfermedad, incapacidad, cesantía, viudez, orfandad, vejez, prestaciones sociales, etcétera), con el objeto de alcanzar el bienestar de la población. Sin embargo, para alcanzar la cobertura universal se requiere que se den determinadas condiciones de desarrollo de los países, aunadas a políticas sociales que consideren deseable y necesaria la protección de la seguridad social para todos los habitantes de un país.

La protección de la seguridad social para grupos marginados pasa entonces por la normativa jurídica que la respalde, por las condiciones económicas de los países, por la capacidad de presión de los grupos marginados y por la voluntad política de compromiso social de los gobiernos para establecer prioridades, identificar a los grupos en desventaja social y económica y darles a éstos un lugar en la política social y un tratamiento específico en los planes de desarrollo.

El artículo 22 de la «Declaración Universal de Derechos Humanos» emitida por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1948, establece que

cada individuo como miembro de la sociedad tiene derecho a la seguridad social⁽¹⁾. De esta manera existen las bases jurídicas nacionales e internacionales para la protección a la salud y a la seguridad social de todos los individuos y familias. En una interesante recopilación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) que comprende de 1922-1992 se registran múltiples resoluciones para extender la seguridad social a grupos marginados, urbanos y rurales⁽²⁾.

En el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (1989), en el artículo 24 correspondiente al capítulo V sobre Salud y Seguridad Social que muchos países han firmado con la Organización Internacional del Trabajo⁽³⁾, se establece que los pueblos indígenas tienen derecho a organizarse y a asumir control y responsabilidad por los servicios de salud, a que éstos tomen en cuenta las condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como los métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales de los pueblos indígenas, que se de preferencia a la formación y el empleo de personal de las comunidades y énfasis a la atención primaria de salud con posibilidades de derivar pacientes a otros niveles. Finaliza señalando que la prestación de los servicios de salud a grupos indígenas, deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

El Convenio anterior precisa el enfoque que debe darse a la extensión de los servicios de salud a grupos marginados y rescata el importante papel de la coordinación interinstitucional, entre sectores y con las organizaciones civiles.

A pesar de lo anteriormente expuesto, las condiciones de salud y de sobrevivencia de grandes grupos humanos se han visto agudizadas como consecuencia de los problemas económicos de la última década, el incremento de costos, la mayor demanda de servicios y escasez de los mismos, así como por la creciente impaciencia social de grandes grupos, consecuencia del deterioro del ambiente y de las condiciones de vida, la falta de empleo y por los precios inflacionarios en muchos casos. Contrariamente a lo anterior los países necesitan una población sana para participar en el desarrollo económico y social, ya que como sabemos la salud no es sólo un producto derivado del desarrollo, sino un requisito esencial para que la población pueda llevar una vida normal, trabajar y producir⁽⁴⁾.

La crisis de los ochenta y sus efectos en la salud y el bienestar de los marginados, debe verse como un fenómeno estructural que demanda redefinir estrategias de desarrollo y ajustar las económicas para hacer frente a las nuevas circunstancias socio-políticas del momento.

El dilema entonces, que enfrentan los países requiere de políticas concretas y de voluntad política para hacerlas operativas y de beneficio social. Las últimas cinco décadas, por ejemplo, se han destinado a considerar el problema del acceso a los servicios de salud y la equidad en la aplicación de éstos⁽⁵⁾. Detrás de los criterios de accesibilidad está la discusión acerca

de cómo se ve el derecho a la salud, si como un privilegio que depende de las fuerzas del mercado o como un derecho que conlleva la responsabilidad social del Estado de dar respuesta a las necesidades de los habitantes, en particular, a los que no se beneficiaron de las décadas de desarrollo en algunos países.

Por lo anterior, la protección a la salud de los grupos marginados, así como las políticas y acciones que en este sentido se apliquen están determinadas entre otros aspectos por los criterios para asignar los recursos y por las estrategias para definir, jerarquizar y atender las necesidades de la población.

En este sentido, la atención primaria de salud resulta un enfoque racional, práctico y eficaz, que convoca a la participación comunitaria y demanda el compromiso de los habitantes en la identificación de sus necesidades de salud, planeación, realización de acciones y evaluación de avances y limitaciones.

En México, la crisis de los ochenta aumentó cantidades de «nuevos pobres» (pobres por insuficiencia de sus ingresos, pero sin carencias críticas en sus necesidades básicas educacionales, sanitarias y de vivienda), al crecimiento tendencial de la «pobreza crónica» (pobres por insuficiencia de ingresos y con carencias críticas básicas). Este fenómeno ha sido similar en todos los países de la región⁽⁶⁾.

Entre 1980 y 1987 se produjo un incremento de personas en condiciones de pobreza y pobreza extrema tanto en términos absolutos, como en términos relativos. Actualmente de acuerdo con la información que proporciona el Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad, en México, cerca de la mitad de los habitantes (41 millones) están en condiciones de pobreza y de esta cifra, el 40%, equivalente a 17 millones se encuentra en condiciones de extrema pobreza⁽⁷⁾.

Los pobres se ubican en las áreas rurales y en la periferia de las ciudades y demandan que la sociedad les pague en el acceso a servicios de salud y en la satisfacción de sus necesidades básicas, parte de la enorme deuda que por generaciones se ha acumulado en los países de América Latina⁽⁸⁾.

La lucha contra la pobreza entonces, enmarca las estrategias sociales para que los marginados accedan a la educación, la salud, el empleo, la vivienda, la alimentación y disfruten de los mínimos de bienestar a que tienen derecho en una sociedad justa y equitativa.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, durante 40 años ha aplicado diferentes esquemas para extender la seguridad social a trabajadores del campo y desde hace 20 años aplica un esquema técnico administrativo sustentado en la legislación del 1973, con financiamiento del gobierno federal y administrado por la institución, que opera una red de servicios de salud de primero y segundo nivel con enfoque de atención primaria para atender a más de 10 millones de habitantes del medio rural marginado (28% son indígenas) y ha acreditado cambios en sus condiciones de salud, con la participación comprometida de dichos grupos, a un costo factible para el país.

El modelo que aplica el Instituto Mexicano del Seguro Social se sustenta en la política social del gobierno de la República de lucha contra la pobreza y puede ser una alternativa para otros países con problemas y recursos similares.

REFERENCIAS

1. Asamblea General de Naciones Unidas. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. New York, Resolución 117 A (111), Diciembre 10 de 1948.
2. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. *50 Años de Resoluciones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (1942-1992)*. Documento Conmemorativo. México, CIESS. 1992.
3. Organización Internacional del Trabajo. *Convenio No. 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*, Seguridad Social y Salud, Art. 24, part V, México, 1989.
4. Mesa L.C., *Atención de Salud para los Pobres en América Latina y El Caribe*. Organización Panamericana de la Salud y Fundación Interamericana. México, Publicación Científica No.539.
5. Editorial, *Accessibility, Ethics and Equity in Health Care*. U.S.A., Social Science and Medicine. (36), Num. 12:III-VII.
6. Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL), *Nota sobre el Desarrollo Social en América Latina*. Primera Cumbre Iberoamericana. Guadalajara, Jalisco, México.
7. Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad. *El Combate a la Pobreza. Lineamientos Programáticos*. México:19-57.

4. ATENCIÓN A LA SALUD EN POBLACIONES MARGINADAS

JAVIER CABRAL SOTO

MARCO CONCEPTUAL

Introducción

La extensión de la seguridad social a grupos marginados implica tomar decisiones basadas tanto en principios éticos, como económicos y pragmáticos.

Desde el punto de vista ético, existen suficientes argumentos para invertir en salud, si se tiene como meta la reducción de la pobreza. La población de áreas marginadas se encuentra más afectada que otras poblaciones ante una alteración en sus condiciones de salud; la incidencia de enfermedades en estos sectores es mayor. Además, sus ingresos dependen por completo del trabajo físico, y no cuentan con ahorros que les permitan sortear una situación de

incapacidad por enfermedad. A su vez la seguridad social no sólo es un instrumento en la lucha contra la pobreza. Como señala acertadamente Narro, en México la seguridad social ha servido también como mecanismo para atender demandas y mejorar los niveles de vida de varios sectores de la población a la par que provee de mecanismos más justos y equitativos de redistribución social para impulsar el desarrollo y superación de los individuos.

La situación de salud en poblaciones marginadas, fundamento ético para la ampliación de la cobertura

El nivel de salud está estrechamente relacionado con la pobreza y el nivel educativo. Se ha estimado que un tercio del incremento que han logrado los países en vías de desarrollo, en la esperanza de vida de sus poblaciones, depende directamente de la reducción de la pobreza, mientras que los dos tercios restantes son consecuencia de un mayor gasto en salud.

Durante la crisis económica que ocurrió en los países latinoamericanos en la década de 1980, la inversión en salud se vio seriamente afectada y el incremento en la mortalidad por diarrea observado en México fue reflejo de esta desatención a la inversión en salud, cuyos efectos son más notorios en poblaciones marginadas con indudable repercusión en la esperanza de vida de las poblaciones.

La mortalidad infantil es mayor en las zonas marginadas, y los niños en edad preescolar tienen más del doble de probabilidad de sufrir discapacidades físicas o mentales graves. De hecho un incremento del 10% en los ingresos de las familias marginadas, reduce en 1 a 2% la mortalidad infantil.

En México se ha observado que la mortalidad posneonatal es 35% mayor en los municipios de alta marginación. A su vez las causas por las que fallece la población infantil, menor de un año, son diferentes en las zonas marginadas en comparación con el resto del país. De esta manera las principales causas de muerte son infecciosas y parasitarias en las zonas marginadas, y los niños que habitan ahí, tienen dos veces mayor riesgo de morir por enfermedades prevenibles por vacunación, o por sarampión, por parasitosis y por infecciones intestinales, que los niños de zonas de bajo o nula marginación; y tres veces mayor riesgo de fallecer por desnutrición.

A su vez la mortalidad preescolar es dos veces mayor en las zonas marginadas de México, pero los niños de este grupo de edad se mueren cinco veces más por enfermedades infecciosas y parasitarias, ocho veces más por infecciones intestinales y cuatro veces más por sarampión, en comparación con aquellos que viven en zonas de baja o nula marginación.

En la edad escolar en México, los niños de áreas marginadas mueren ocho veces más por enfermedades infecciosas y parasitarias, doce veces más por sarampión y por infecciones intestinales y seis veces más por tuberculosis, que aquellos que viven en zonas no marginadas.

La población marginada adulta también se enferma más, y tiene muy mayor porcentaje de riesgos de enfermar, del 48% en diarreas, del 12% en diabetes, del 68% en hipertensión, del 29% en enfermedades del corazón y del 23% en bronquitis, en comparación con los no marginados.

Disponibilidad, accesibilidad y utilización de servicios de atención médica por poblaciones marginadas

La disponibilidad de servicios en las zonas marginadas habitualmente se restringe a los servicios de asistencia social proporcionados por la Secretaría de Salud u otras instituciones del gobierno, como es el caso del Programa IMSS-Solidaridad en México. Estos servicios cuentan habitualmente con una cobertura legal, que no siempre está en efecto. De ahí que la cobertura estadística basada en estimaciones de la población protegida o la cobertura real que es la que de hecho dispone y tiene acceso a los servicios, sean estimaciones más confiables sobre la verdadera disponibilidad de los servicios médicos para las poblaciones marginadas.

En los países latinoamericanos, las poblaciones marginadas no cuentan habitualmente con protección del seguro social, salvo en países como Costa Rica, Cuba, Chile y varios del Caribe no latino. Los habitantes de zonas marginadas no tienen empleo o son subempleados; son trabajadores estacionales o temporales, o bien obreros familiares no remunerados, por lo que no están empleados en forma permanente y no tienen disponibilidad constante de la seguridad social. Muchas veces, aún cuando están empleados, laboran en áreas no cubiertas por la seguridad social, como la agricultura, el servicio doméstico o bien en actividades autónomas. Indudablemente esta forma de protección dificulta la disponibilidad de servicios de atención médica.

En México se ha documentado que mientras la cobertura de la seguridad social a nivel nacional es del 54%, en las poblaciones no marginadas es del 64%, mientras que en las marginadas es apenas del 35%. Esta diferencia es más acentuada entre el medio urbano y rural, pues los no marginados del medio urbano tienen una cobertura del 70% mientras que en la población marginada es del 48%. A su vez en el medio rural estas proporciones son del 48% y 28% respectivamente.

La disponibilidad de servicios, en consecuencia, es también diferencial en México. Mientras que en las zonas no marginadas hay una relación de 15 médicos por cada 10,000 habitantes, los habitantes en zonas marginadas disponen apenas de ocho, y mientras los primeros tienen 24 enfermeras por la misma cantidad de habitantes, las poblaciones marginadas tienen apenas diez. En relación a las camas, los marginados tienen en promedio la mitad de camas hospitalarias, lo que significa una disponibilidad de 50% menos, de contar con el recurso. Aún en poblaciones cubiertas por la seguridad social, la disponibilidad de servicios es diferencial según el grado de marginación, pues mientras los no marginados tienen 10 camas, 13 médicos y 25

enfermeras por cada 10,000 derechohabientes, las poblaciones marginadas tienen apenas seis, ocho y trece respectivamente.

Los habitantes de zonas marginadas, a su vez, tienen mayores dificultades para el acceso a los servicios. La accesibilidad geográfica muchas veces está limitada por la dispersión de estos grupos poblacionales, o bien por la falta de suficiencia de un servicio de transporte adecuado, tanto en las áreas urbanas como en las rurales. La accesibilidad económica también influye en la demanda y uso de los servicios médicos. El costo directo y el costo indirecto de la atención tiende a ser mayor en áreas marginadas, y el costo de oportunidad es sensiblemente superior. La falta de un seguro social que cubra las incapacidades laborales por causa médica, obliga al sujeto enfermo a postergar su atención, toda vez que el ingreso económico familiar, depende en gran medida y no pocas veces en forma exclusiva, de su capacidad física para laborar. El abandono de los tratamientos se incrementa, en consecuencia, ante el hecho de que la demanda de servicios y su utilización, están en función directa de la percepción de la gravedad de la enfermedad, por el sujeto.

La utilización de servicios, en consecuencia, es también diferencial según el grado de marginación social. Como consecuencia directa de las barreras en la disponibilidad y accesibilidad a los servicios, los habitantes de áreas marginadas utilizan menos los servicios, no obstante estar disponibles y accesibles geográficamente. Según la Encuesta Nacional de Salud realizada en México en 1987, el 48% de los enfermos en áreas no marginadas que cursan con algún padecimiento agudo, utilizan los servicios de salud, proporción que desciende al 27% en zonas marginadas. Estas proporciones son del 87% y 75% respectivamente para enfermedades crónicas. El 73% de los casos de diarrea en áreas marginadas no reciben atención médica durante su enfermedad, proporción que es del 48% en los habitantes sin marginación. Cuando la afección a la salud es traumática, el 43% de los marginados no reciben atención médica, pero en casos de fractura el 32% no la reciben. Estas proporciones son del 29% y 11% respectivamente en poblaciones sin marginación.

Bases económicas para la protección de grupos marginados

Desde el punto de vista económico, los costos crecientes de la atención a la salud, dificultan en gran medida la extensión de la cobertura de los sistemas de seguridad social, sobre todo dentro de un modelo que financia el seguro social mediante el aporte de los trabajadores y los patrones, como sucede en la mayor parte de los países de América Latina. Bajo la premisa de que las necesidades en salud tienden a ser infinitas, mientras que los recursos tienden a ser escasos, el planteamiento de intervenciones costo-efectivas debiera guiar toda propuesta dirigida a proporcionar seguridad social a las zonas marginadas.

Para evaluar la posibilidad real de extender la protección de la seguridad social a los grupos marginados, las fuentes de financiamiento deben ser claramente definidas. Durante la crisis económica que afectó a América Latina en los años ochenta, el gasto en salud disminuyó a la par que el gasto en otros sectores, es decir no hubo una afectación unilateral al sector salud, pero la inversión llegó a niveles cercanos a cero, y los gastos en medicina curativa se mantuvieron a expensas de los correspondientes para acciones anticipatorias y preventivas. De esta manera, factores externos condicionaron ajustes en los sistemas de salud, con efectos adversos en la población, como fueron el incremento en la proporción de niños con bajo peso al nacer en Brasil y México, o el incremento en la mortalidad por diarrea en este último país.

La seguridad social en zonas marginadas: los conceptos de equidad y financiamiento de los servicios

Una de las mejores formas de invertir en salud, es fomentar un entorno que permita a los individuos y sus familias, mejorar su estado de salud, como son la adopción de políticas de crecimiento económico que beneficien a los pobres y marginados. También el mejoramiento en el gasto público en salud, debe ser una premisa básica para lograr la salud para todos. La extensión de la seguridad social a zonas marginadas deberá ser vista en este contexto, por lo que debiera contemplar no sólo la atención médica, sino además, promover la educación para la salud, la detección y control de factores de riesgo y la participación comunitaria y otras prestaciones de la seguridad social, básicamente, las prestaciones de enfermedad o maternidad, las pensiones de invalidez, vejez o sobrevivientes y la protección contra riesgos profesionales. Sin embargo el costo de ampliar la cobertura del seguro social a toda la población en los países de América Latina y El Caribe, utilizando como en la actualidad el modelo de Bismarck, no será económicamente viable en muchas naciones, aunque éstas fuesen capaces de superar las barreras estructurales existentes. De acuerdo con Mesa Lago, sólo seis países llegarían a una cobertura universal de la atención médica con un porcentaje relativamente bajo del PIB (producto interno bruto); pero por ejemplo en el caso de México, uno de estos seis países, el autor sugiere que se requeriría invertir el 5.4% del PIB en salud. Actualmente el gasto en salud en México como porcentaje del PIB, según diversas fuentes, se encuentra entre el 3.2 y el 5.7%, pero la cobertura de la atención médica dista aún de ser universal.

Esta realidad obliga a implementar estrategias de financiamiento óptimas. Indiscutiblemente el Estado debiera regular este sistema y propiciar su financiamiento en parte a través de impuestos, o por medio de la transferencia de recursos del sector urbano formal o de grupos con ingresos más altos. Estas estrategias debieran incluir una reducción en los costos de operación del sistema, mejoría de la eficiencia y la participación intersectorial.

La implementación de estrategias para detectar prioridades de atención, tales como la de años de vida ajustados en función de la discapacidad, diseñada recientemente por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, permite establecer aquellas medidas de intervención en salud que resulten con mejor costo-efectividad. El pensar en una extensión indiscriminada y global de los servicios resultaría demagógico y seguramente implicaría el fracaso de la universalización de la seguridad social. El concepto de equidad al proporcionar los beneficios de la seguridad social, debiera ser premisa constante de acción, entendiéndose equidad como igualdad de oportunidades y de distribución, en función directa de las necesidades de salud de los diferentes grupos poblacionales.

La seguridad social en zonas marginadas: una propuesta pragmática

Es conveniente señalar que la extensión de la seguridad social a zonas marginadas requiere implementar estrategias inteligentes que aprovechen la experiencia de la seguridad social vigente, pero bajo un principio estratégico de financiamiento basado en intervenciones de mejor costo-efectividad. La seguridad social tiene como objetivo central la protección de los asegurados, traducida esta protección en prestaciones de enfermedad y maternidad, y en un esquema de pensiones. Tal vez uno de los aspectos críticos en el funcionamiento de las instituciones de seguridad social en México, sea precisamente esta función dicotómica. La utilización de fondos de las pensiones para mejorar e incrementar la infraestructura de atención médica, si bien indispensable para el desarrollo inicial de la seguridad social en México, ha propiciado una crisis en el sistema de pensiones. La separación financiera de los recursos de las pensiones y los de la atención médica seguramente evitaría esta crisis de las pensiones. Cambios estructurales y acciones específicas como las implantadas con las recientes reformas a la Ley del Seguro Social en México pueden ser alternativas que sin privatizar a la institución, permitan contener financieramente dentro de un marco de equilibrio. Estas acciones específicas comprenden una mayor eficiencia en la organización con el fin de racionalizar recursos.

La seguridad social en áreas marginadas debiera iniciarse con la extensión de la atención médica, vigilando la posibilidad de incorporar gradualmente el sistema de pensiones y prestaciones sociales. Para la extensión de la atención médica la selección de prioridades de intervención debiera ser la guía rectora de planeación estratégica. Un estudio reciente de la Fundación Mexicana para la Salud ha propuesto un paquete universal de servicios esenciales de salud. Si bien debieran proponerse adecuaciones regionales, la ventaja de utilizar otros indicadores de necesidades de salud, aunados a los tradicionales, hace atractiva y viable esta propuesta. El peso de la enfermedad medido a través de los años de vida saludables perdidos (AVISA), que incorporan no sólo la mortalidad y la ocurrencia de los

padecimientos, sino la incapacidad resultante, parece ser una fuente importante de información en salud. En consecuencia es necesario proponer intervenciones con mejor costo-efectividad, es decir aquellas que logren un mayor descenso de los AVISA a un menor costo-promedio. Estas prioridades de intervención serían las que se incluirían en una primera fase de extensión de los servicios de atención médica.

Como señala Narro, estas acciones deben ser dirigidas a elevar la calidad de vida de la población, buscando la equidad en salud para disminuir las desigualdades señaladas, con un esfuerzo para disminuir los riesgos en salud mediante acciones preventivas. El reto consiste en mejorar la productividad de los servicios mejorando los niveles de eficiencia. Estrategias como la atención primaria a la salud, a través de paquetes de servicios esenciales de salud, pero buscando sobre todo la participación comunitaria, seguramente propiciarán una mejor eficiencia en la organización. Una mayor concertación con organizaciones privadas no gubernamentales, las que habitualmente trabajan con poblaciones marginadas, seguramente facilitará el proceso de extensión de cobertura. El éxito de las estrategias e intervenciones en salud debe ser promovida, por políticas nacionales que favorezcan el ingreso económico y escolaridad en la población.

Pensar en una extensión indiscriminada y global de los servicios en este momento y en nuestra situación actual, resultaría demagógico y seguramente implicaría el fracaso de la universalización de la seguridad social. La realidad nos obliga a implantar estrategias en las que el concepto de cobertura universal debe ser cambiado por acciones de salud que tengan las características de ser más rápidas, precisas y de bajo costo, es decir, una intervención, entendida ésta como un servicio o un conjunto interrelacionado de servicios para atender uno o más problemas de salud específicos. Dichas intervenciones no deben ser uniformes para todo el país, sino que deben formar parte integral de una estrategia que responda a la diversidad epidemiológica de las diferentes regiones, tomando en cuenta los flujos y reflujos de la población marginada en los sectores marginales y no marginales del sistema económico y que condicionan la permanencia en la seguridad social.

La implementación de estrategias adecuadas de financiamiento harán viable este proceso, donde será fundamental la participación del Estado, a través de subvencionar las primas del seguro de los sectores marginados, la modulación y la normatización del proceso de atención a la salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Alvarez MC. *La Seguridad Social en México*. México, Serie Monografías
4. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. 1993.
2. Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Indicadores del desarrollo mundial*. Oxford University Press. Washington, D.C., 1993.

3. Bobadilla JL, Frenk J, Cowley P, Zurita B, Querol J, Villarreal E, Lozano R. *El paquete universal de servicios esenciales de salud*. México, Serie «Economía y salud: Documentos para el análisis y la convergencia», número 11. Fundación Mexicana para la Salud. 1994.
4. Carrin G, Vereecke M. *Strategies for health care finance in developing countries*. St. Martin's Press. New York, 1992.
5. Cruz C, Alvarez F, Frenk J, Knaul F, Valdés C, Ramírez R. *Las cuentas nacionales de salud y el financiamiento de los servicios*. Serie «Economía y salud: Documentos para el análisis y la convergencia», número 7. México, Fundación Mexicana para la Salud. 1994.
6. Frenk J. *Hacia la reforma del sistema de salud: una propuesta estratégica*. Serie «Economía y salud: Documentos para el análisis y la convergencia», número 12. México, Fundación Mexicana para la Salud. 1994.
7. Green A. *An introduction to health planning in developing countries*. Oxford University Press. Oxford, 1992.
8. Lombera Pallares E, Cohen N, Macotela CB. *La Seguridad Social en el proceso de cambio internacional*. México, Instituto Mexicano del Seguro Social. 1980.
9. Lozano R, Infante C, Schlaepfer L, Frenk J. *Desigualdad, pobreza y salud en México*. México, Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad. El Nacional. 1993.
10. Lozano R, Murray C, Frenk J, Bobadilla JL, Fernández S. *El peso de la enfermedad en México: un doble reto*. Serie «Economía y salud: Documentos para el análisis y la convergencia», número 3. México, Fundación Mexicana para la Salud. 1994.
11. Mesa Lago C. *Atención de Salud para los pobres en América Latina y El Caribe*. Washington, D.C., Publicación Científica 539. Organización Panamericana de la Salud-Fundación Interamericana. 1992.
12. Narro Robles J. *La seguridad social mexicana en los albores del siglo XXI*. México, Fondo de Cultura Económica. 1994.
13. Ron A, Abel-Smith B, Tamburi G. *Health insurance in developing countries. The social security approach*. International Labour Office. Geneva, 1990.
14. Ruedga Barba A. *Estado, seguridad social y marginados*. Serie Estudios 4. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México, D.F., 1994.
15. World Health Organization. *Economic support for national health for all strategies*. World Health Organization. Geneva, 1988.
16. World Health Organization. *Macroeconomic environment and health, with case studies for countries in greatest need*. World Health Organization. Geneva, 1993.

LAS EXPERIENCIAS NACIONALES EN SEGURIDAD SOCIAL

A lo largo de su desarrollo histórico la seguridad social ha experimentado diversos modelos que por lo general se ajustan a políticas económicas y sociales vigentes en el ámbito mundial, pero que se relacionan más estrechamente con las características particulares de cada país y con las repercusiones específicas que en cada uno de ellos han tenido los fenómenos de tipo universal. De ello se deriva una amplia gama de experiencias nacionales en materia de seguridad social, que varían desde los sistemas totalmente a cargo del Estado hasta aquellos predominantemente privados que en consecuencia se inspiran en la economía de mercado. No se debe hablar de modelos de aplicación general y al hacer planteamientos de reforma de la seguridad social, es muy importante analizar las enseñanzas de otros países respecto a su problemática y la forma en que responden a la misma.

De particular interés para nuestro país, es el conocimiento de las características de la seguridad social en Canadá y Estados Unidos de América que son socios de nuestro país en el Tratado de Libre Comercio así como la iniciativa de reforma del presidente Clinton al sistema de atención a la salud por las posibles repercusiones que tendría en áreas similares de nuestro país.

La experiencia de la Comunidad Económica Europea es importante por tratarse de un bloque económico que de alguna forma es comparable a los grupos comerciales a los que eventualmente se integrará nuestro país. Son también dignos de conocerse los sistemas de países como Suecia y Japón que han alcanzado un alto nivel de seguridad social, los correspondientes a países en desarrollo como Chile, Colombia y Costa Rica y las tendencias actuales en otros países del orbe.

1. PAPEL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA INTEGRACION EUROPEA

LUIS J. MORALES AGUILAR

Referirse a la integración europea es hablar del más importante plan de desarrollo económico, social y político en el periodo posterior a la II Guerra Mundial. Este proceso no solo cambia profundamente el papel de Europa Occidental en la escena política y económica a nivel mundial, sino que afectará, con el tiempo, todos los aspectos de la vida cotidiana de sus ciudadanos.

La seguridad social en la Unión Europea muestra características únicas en el mundo, algunos países tienen un desarrollo industrial alto, otros, tienen una democracia parlamentaria, aún otros, mantienen una economía mixta, pero ninguna parte del mundo conoce un desarrollo tan elevado en el sistema de seguridad social.

En los países que conforman la Unión Europea, la seguridad social absorbe entre el 25 y 30% del PNB, y representa entre 1/3 y 1/2 de los costos laborales, proveyendo el ingreso principal para una gran parte de la población inactiva y sosteniendo así, en gran medida, la demanda interna del mercado.

Al mismo tiempo, provee de considerables cantidades de ahorros en la sociedad, para ser invertidos en la economía nacional a través del sector público.

Este es uno de los elementos básicos del tipo de sociedad que Jacques Delors, Presidente de la Comisión Europea, ha llamado el «tercer camino» de Europa, que consiste esencialmente en una combinación de una protección social muy desarrollada y un elevado grado de libertad personal.

Este concepto de sociedad se ha visto más o menos amenazado, a partir de la crisis económica que comenzó en 1974, pero ha logrado sobrevivir. La esperanza ahora es que el cumplimiento del mercado único, en vigor desde el 1° de enero de 1993 mejore la economía europea de tal modo que sean aún más posibles los cambios en política social y que la combinación de libertad económica y política y de protección social alta, pueda ser mantenida y fortalecida en el futuro.

La primera preocupación debe ser obviamente, que el mercado integrado europeo aumente su productividad y riqueza general. La integración económica debe ser un triunfo y proveer la base necesaria para un desarrollo social ulterior.

Al mismo tiempo, se sabe que no es posible una política económica sin una política social. Los costos de las empresas son ingresos para las familias y los gastos de las familias son ingresos para las empresas. La protección de ingresos para las familias en la sociedad no puede ser vista como algo distinto a la promoción de prestaciones para la industria. Las medidas sociales tienen una influencia en la política económica y viceversa. La integración económica de Europa debe ir acompañada por un cierto grado de integración social o, al menos, por medidas para vigilar las consecuencias de este desarrollo en la política social.

En lo que respecta al área de seguridad social, dentro de la Unión Europea, se distinguen dos tipos de políticas:

LA COORDINACION DE SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y SU ARMONIZACION

La Coordinación es la creación de un sistema de reglas concernientes a la aplicación de los sistemas nacionales existentes, en casos en que dos ó más sistemas se aplican simultáneamente o se excluyan mutuamente.

La armonización, por otro lado, es un proceso dinámico, mediante el cual los diferentes sistemas nacionales se acercan el uno al otro, y las reglas o principios comunes son introducidos para toda la comunidad.

Ahora vamos a tratar más profundamente cada uno de estos aspectos de la política social.

En primer lugar, **el Sistema Europeo de Coordinación de Seguridad Social.**

Desde el inicio de la Comunidad Económica Europea, la Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social, ha recibido una atención muy especial. De hecho, la Comunidad utilizó un acuerdo preexistente entre los países de la Comunidad Europea del Carbón y del Acero, acerca de los **derechos de seguridad social de los trabajadores que se desplazaban de un país a otro**, emitiendo, dentro de las primeras decisiones de la Comunidad, dos regulaciones completas y detalladas a este respecto. Estas regulaciones son las número 3 y 4 del Tratado Constitutivo de la Comunidad Económica Europea de 1958 (Reemplazadas en 1981 por la regulación 1407/81).

Estos mecanismos establecieron inmediatamente el principio de igual tratamiento de trabajadores inmigrantes y nacionales bajo los sistemas de seguridad social de los Estados miembros; organizaron un sistema de totalización de periodos de trabajo y de seguro en diferentes países para el otorgamiento de prestaciones, y un sistema de cálculo de estas prestaciones mediante una base de prorrateo cuando se hubieren articulado estos derechos en los diferentes países.

Un elemento importante de estas regulaciones fue el **principio de aplicabilidad de un solo sistema**, que normalmente sería el sistema del país donde la persona estuviese empleada. Con el fin de asegurar una adecuada ejecución del sistema, fue instituido un Comité Administrativo para la Seguridad Social de los Trabajadores Inmigrantes. Este Comité, con sede en las oficinas de la Comunidad en Bruselas, fue formado con representantes de los sistemas de seguridad social nacionales y de las organizaciones de los trabajadores y patronales.

Estas regulaciones han sido de enorme importancia para el aspecto social de la Comunidad Europea. No sólo han hecho la libre circulación de trabajadores algo más real, y no sólo han proveído prestaciones de seguridad social, o por lo menos un mejoramiento en estos beneficios para millones de trabajadores durante años; sino que han situado la seguridad social dentro de

las materias de preocupación de las instituciones comunitarias, y han promovido la seguridad social al rango de capítulo importante en la legislación europea.

En la práctica, el concepto de trabajadores «desplazándose dentro de la Comunidad» no sólo se aplica a los trabajadores y sus familias que emigran a otro país buscando trabajo, sino a los que viajan por razones personales, como vacaciones. Este último punto es de gran importancia para la extensión de los derechos de cuidado de salud dentro de la comunidad.

En este punto es necesario plantearnos una reflexión: ¿El cumplimiento del mercado único europeo en 1993 debería tener influencia sobre el sistema de coordinación en materia de seguridad social?.

La respuesta, en términos generales es no. En este aspecto, la situación actual no es muy diferente a la situación en 1958 cuando el Mercado Común Europeo fue introducido.

El sistema de coordinación de los sistemas de seguridad social, creado en aquel tiempo, ha resultado suficiente para la ejecución del mercado común, como ha sido demostrado por el desarrollo económico en los años sesenta. Ciertamente, se pueden criticar algunos defectos del sistema. Sin embargo si estos defectos, no han constituido un obstáculo para el éxito del mercado común. ¿Por qué sería diferente para el mercado más integrado después de 1993?.

Con un mercado único, más perfectamente integrado, sin ninguna barrera interna a la libre circulación de bienes, servicios, capitales y personas, es evidente que se intentará remediar, en lo posible, estos defectos, de los cuales, quiero ahora mencionar los más importantes, ya que probablemente serán objeto de medidas comunitarias en un futuro cercano.

Una de las más importantes medidas será seguramente eliminar **los obstáculos a la libre circulación de bienes y servicios en el cuidado de la salud**, como es el caso de las reglas de los sistemas internacionales de seguros y servicios de salud, en las que se estipula el pago de servicios solamente cuando son producidos nacionalmente.

Se pretende que los beneficios del mercado único se hagan extensivos al campo de servicios farmacéuticos y médicos. Esto requiere, entre otras, una regla europea estableciendo el derecho de todas las personas aseguradas socialmente en la comunidad, a los servicios médicos producidos y proveídos en cualquier lugar de la comunidad.

Actualmente, se limita tal derecho al cuidado médico urgente, salvo cuando el beneficiado ha obtenido permiso de la institución competente de su país para ser tratado en el extranjero. (Art. 22 de la Regulación 1408/81).

Es claro que en este caso, se deberían prever salvaguardas para evitar que beneficiarios listos intenten financiar sus vacaciones en el sur de Italia, Grecia o Portugal, con el pretexto del cuidado de la salud o de rehabilitación.

Asimismo, en el campo de los medicamentos y sus aplicaciones, la Comisión debería vigilar cuidadosamente la tendencia de los fabricantes, de

evitar la competencia y ponerse de acuerdo en los precios. Sin embargo, no queda muy claro por qué la integración del mercado no proveería de una racionalización y aumento de la productividad en esta área, cuando resulta así para todos los demás bienes y servicios.

Por otro lado, lo que es cierto para el sector de cuidado de la salud, debería ser cierto también para **los otros tipos de servicios de la seguridad social**, como servicios de orientación, formación y entrenamiento vocacional, y todas las formas de mediación para el pago de contribuciones y consecución de prestaciones. La ejecución del mercado interno requerirá que organizaciones eficientes, capaces de proveer servicios a un costo menor y con igual o mejor grado de calidad, puedan ser solicitadas por personas de otros países como si fuesen de su mismo país.

En relación a la posible inclusión de nuevos grupos de beneficiarios y prestaciones, podemos afirmar que, si la libre circulación de trabajadores es una condición para el funcionamiento del mercado único europeo, entonces, la coordinación de sistemas de seguridad social debería mejorarse para incluir ciertos grupos y tipos de prestaciones hasta ahora excluidas de su campo de aplicación.

Primero deberíamos mencionar a **los extranjeros, originarios de países no comunitarios**, establecidos en uno de los países miembros y cubiertos ahí por uno de los sistemas nacionales. Hasta ahora, no disfrutan el beneficio del sistema de coordinación europea, lo que implica que no son tratados igual que los nacionales y sus prestaciones no serán totalizadas ni son exportables dentro de la comunidad. Esto es una discriminación llamativa, sobre todo porque estos trabajadores son activos en el mismo lugar de trabajo que otros extranjeros, de origen comunitario, quienes si disfrutan estas prestaciones. Ciertamente, si es provechoso para la comunidad que trabajadores inmigrantes puedan circular libremente dentro de su territorio, llegando hasta donde sus servicios son necesarios, lo mismo podría decirse de los inmigrantes originarios de países extracomunitarios, quienes pagan las mismas contribuciones para la seguridad social y los mismos impuestos que todos los trabajadores.

Un segundo grupo que necesita mención es el de los **trabajadores en el sector público**. Hasta ahora, el sector público queda excluido del campo de aplicación de las regulaciones comunitarias en la seguridad social. Sin embargo, el servicio público representa en todos los estados miembros entre **20 y 30%** del empleo total, y esta proporción tiende a aumentar.

La base para esta exclusión de la regla en el Tratado de Constitución de la Comunidad Europea, que permite a los países reservar el empleo en el sector público para sus nacionales. Esta regla es derivada de un concepto bastante viejo del servicio público como parte de la soberanía de los Estados y, por lo tanto, no abierto a extranjeros, de quienes la lealtad al Estado podría dudarse. Un concepto más moderno del sector público tendería a considerarlo más como un sistema separado de producción de bienes y servicios para la población, bajo un manejo público, el cual debería ser lo más similar posible al manejo de empresas privadas.

En algunos países, ya se puede encontrar un concepto restringido de servicio público, aplicado sólo a personas con responsabilidad política y a sus subalternos directos, y no al gran número de personas empleadas por autoridades e instituciones públicas.

La Corte Europea de Justicia, ha reunido este concepto más moderno restringiendo «servicio público» a estas ocupaciones, que incluyen un ejercicio real de poder público o que tienen una importancia real para la seguridad nacional. Esto implica que para todas las demás ocupaciones en el sector público, la libre circulación debe ser instituida y los ciudadanos de cualquier otro país comunitario deben ser aceptados.

Otro aspecto a ser tomado en cuenta es el de los **sistemas complementarios u ocupacionales**. En muchos países europeos, los sistemas de seguridad social son suplidos por arreglos privados sobre una base contractual, otorgando prestaciones adicionales, estos arreglos pueden ser de dos tipos: 1) Privados e individuales, bajo la forma de contratos de seguros o cuentas de ahorros y, 2) Socializados, en la forma de acuerdos colectivos dentro de una empresa o industria.

A este esquema se le ha llamado «sistema de tres pilares»: el primer pilar sería el sistema de seguridad social gubernamental, el segundo pilar son los sistemas ocupacionales y el tercer pilar es el seguro o provisión individual.

En términos de libre circulación, es muy importante para un trabajador que se traslada de un país a otro, el no perder tanto sus prestaciones adicionales como sus beneficios legales.

En el caso del seguro individual o ahorros técnicos, bancos y compañías de seguros no tienen, en principio, restricciones en la exportación de prestaciones a cualquier otro país del mundo y no hacen distinciones al aceptar clientes, independientemente de su nacionalidad o su país de empleo.

El problema real está en el segundo pilar, es decir, **los sistemas ocupacionales**. Muchas veces, estos tipos de provisión tienen como meta implícita el restringir la morbilidad de los trabajadores. Los patrones instituyen prestaciones adicionales para sus trabajadores, además de las prestaciones legales de seguridad social, con el objeto de fortalecer los lazos entre el trabajador y su trabajo. En contrapartida, se tiende a imponer ciertas condiciones al derecho de las prestaciones, como la duración del tiempo de trabajo en la misma empresa.

Si ya a nivel nacional no siempre es fácil de articular en cierto grado la transferencia de derechos en cuestiones de prestaciones ocupacionales. A nivel internacional, esto es todavía más difícil. La razón es la enorme variedad de técnicas utilizadas por los patrones para proveer prestaciones adicionales a sus trabajadores. Algunos empleadores simplemente contratan un seguro para tal efecto; otros crean un fondo de pensión independiente, manejado por el empleador mismo, o por la organización de trabajadores; otros empleadores crean un fondo como reserva dentro de la empresa.

En el aspecto de los periodos otorgados por incapacidad, ausencia por razones familiares, desempleo, etcétera, aparecen también grandes diferencias. Aún más grandes son las diferencias en cuestión de protección contra pérdida de derechos en caso de quiebra o disolución de la sociedad, y en el caso en que otro empleador se haga cargo de la empresa. En relación a este último punto, la Comunidad Europea ya ha redactado una directiva concerniente a la toma de mando sobre derechos y obligaciones del empleador en términos de las prestaciones del empleado.

También en relación a la libre circulación de trabajadores, todavía existe una brecha importante en la coordinación existente de sistemas legales de seguridad social, se trata de las **prestaciones de desempleo y de jubilación anticipada**.

Con el sistema existente, el desempleado sólo puede moverse de un país a otro con el mantenimiento de su beneficio, por un corto periodo de tres meses, en el cual tiene que buscar trabajo en el otro país. Sólo se puede hacer esto con el permiso de las autoridades de empleo de su propio país y las del país que lo recibe. Después de tres meses, si no ha encontrado trabajo, debe regresar inmediatamente al país donde originalmente ha perdido su trabajo so pena de perder todo derecho a sus prestaciones.

Bajo esta situación, es prácticamente imposible para un trabajador desempleado ir a otro país a buscar trabajo. En cuanto empieza a conocer un poco el país y sabe adonde ir, tiene que volver. Esta regulación está obviamente concebida bajo la perspectiva de la libre circulación de trabajadores sólo sin son requeridos por un empleador en otro país. En todo caso, la comunidad ganaría mucho con una circulación realmente libre, donde los trabajadores pudieran ir por la comunidad ofreciendo sus servicios a los empleadores en donde éstos se encuentren.

Ciertamente, el miedo al abuso de las prestaciones del desempleo existe muy fuertemente en todos los países europeos. En todas partes se hace un control muy estricto, y se toman medidas para prevenir el abuso de las prestaciones. Un elemento importante de la coordinación de los sistemas de seguridad social europeos, sería el reconocimiento mutuo de controles y frenos satisfactorios en los diferentes países. Sin esto, no sería posible la coordinación de sistemas nacionales.

En materia de prestaciones de **jubilación anticipada**, el caso de extensión de los derechos de los trabajadores desplazándose dentro de la comunidad es aún más problemática. Estas prestaciones son creadas en la mayoría de los países con el objetivo de retirar trabajadores de edad, del mercado laboral, para conceder oportunidades a personas más jóvenes en desempleo. Si este es el motivo, no existe una razón clara para obligar a este beneficiario a permanecer en el país donde trabajó por última vez.

En este sentido, del profesor Danny Pieters de la Universidad de Tilburg, Países Bajos, ha lanzado una propuesta en relación a lo que él llama el «**Decimotercer Estado**», el cual tiende a crear un decimotercer sistema de

seguridad social supranacional, sólo para aquellos ciudadanos que viajan de un país a otro y concibe este sistema como opcional, en el sentido de que cada trabajador elegiría permanecer dentro del sistema de coordinación existente o integrarse en el sistema europeo.

Este sistema europeo debería proveer de un sistema racional de prestaciones, a un nivel no más bajo que las prestaciones normales en la mayoría de los países europeos. Aunque en la práctica, resultaría ser mejor que la mayoría de los sistemas.

Su financiamiento debería hacerse de la misma manera que los sistemas nacionales: el trabajador y su empleador deberían pagar contribuciones al Fondo de Seguridad Social Europeo, en la misma proporción en que lo harían bajo el sistema de coordinación. Asimismo, las contribuciones pagadas al sistema nacional, antes de la migración, deberían ser transferidas al Fondo Europeo y, las autoridades públicas deberían subsidiar este sistema en una cantidad equivalente a la que dan al sistema nacional bajo el cual el trabajador habría pagado sus contribuciones iniciales.

Es importante mencionar que nadie esperaría que un sistema de «decimotercer estado» pudiera ser creado en poco tiempo, pero parece ser una de las propuestas más brillantes en el campo de la seguridad social durante la última década.

Hasta ahora, hemos considerado las mejoras necesarias en la coordinación de los sistemas de seguridad social sólo desde el punto de vista de la **creación del mercado único del primero de enero de 1993**.

No obstante, debería verse también como un paso hacia una mayor integración, no sólo en la comunidad de países ni de actores económicos, sino también de ciudadanos. Aún si no se llegara a crear unos «Estados Unidos de Europa», se podría plantear la cuestión de ¿por qué la libertad de circulación dentro de la comunidad tiene que ser limitada a los que son económicamente activos y útiles para el proceso de producción? ¿por qué negar el beneficio de medidas de seguridad social a alguien que circula de un país a otro por razones privadas, cuándo recibiría estas prestaciones si circulara por motivos de trabajo?

Ya se han hecho esfuerzos para extender el beneficio de la coordinación europea a ciertos grupos, como **los estudiantes**, quienes no son considerados trabajadores, pero que reciben prestaciones de programas comunitarios especiales concernientes a la promoción de intercambios dentro de la comunidad. Sería en efecto muy extraño negar los beneficios de la coordinación europea a gente que circula gracias a un programa patrocinado por la comunidad, se espera esta extensión a corto plazo.

Una cuestión muy diferente es la de los **minusválidos, y los beneficiarios de ingreso mínimo y de prestaciones de asistencia**. Se percibe una resistencia muy fuerte por parte de los Estados miembros para abrir sus fronteras a esta categoría de personas, quienes podrían ser atraídas fuertemente hacia los países con las prestaciones más elevadas, haciendo así

la situación financiera de estos sistemas muy difícil. Por otro lado, debe admitirse que cada vez más prestaciones, que anteriormente fueron llamadas de asistencia, están integradas ahora dentro del sistema de seguridad social como prestaciones mínimas garantizadas y, por lo tanto, están incluidas en el Sistema de Coordinación Europea.

Hasta ahora, el derecho a la asistencia es reconocido generalmente por todos los países, y como consecuencia el derecho a la asistencia no depende de medidas discrecionales tomadas por las autoridades encargadas de la asistencia, sino que es considerado como un derecho legal, protegido por las cortes.

Todas las prestaciones actuales de asistencia vendrán bajo la definición de seguridad social en las regulaciones europeas, y prácticamente ninguna de ellas o sólo unas pocas permanecerán bajo la definición de asistencia. De ahí será fácil dar el paso de incluir asistencia general en el sistema de seguridad social y aplicar las mismas reglas a prestaciones de asistencia que son aplicadas ahora a las prestaciones de seguridad social. Las consecuencias financieras de esta inclusión no serían tan dramáticas para los sistemas más generosos como se puede temer, porque en las regulaciones europeas actuales ya el cargo financiero para las prestaciones pagadas por el país competente es compartido con el país o países de origen de acuerdo con el tiempo pasado bajo cada sistema. Se podría proceder de manera similar en el caso de las prestaciones de asistencia. El resultado sería que personas ahora consideradas como marginales en los diferentes países no serían excluidas de las reglas comunitarias europeas y recibirían el mismo trato que personas económicamente activas. Podrían organizar su vida como desearan y cambiar su residencia a otro país, si les conviene más. La «Europa de los ciudadanos» no sería sólo una «Europa para la clase media» sino que abarcaría a todos los niveles de la población.

Dejaremos ahora el campo del arbitraje de conflictos entre los sistemas nacionales existentes y nos trasladaremos al área de influencia de las regulaciones, directivas y recomendaciones emitidas por la comunidad europea. Actualmente, la política social europea efectivamente modifica ciertos aspectos de los sistemas nacionales de seguridad social, dejando de ser exclusivamente nacionales y situándose, aunque sea sólo en parte, dentro del campo de la política europea.

La cuestión de la **armonización** de sistemas de seguridad social fue un gran punto de discusión en los primeros años de la Comunidad Económica Europea. El debate se centró alrededor de, si la armonización de sistemas de seguridad social era necesaria antes de la apertura de las fronteras del mercado común. No se pensaba en armonización por razones de política social, sino que era visto como parte de las condiciones necesarias para la existencia de la comunidad europea.

Dos tesis opuestas se confrontaban, ya en las pláticas de preparación antes de la institución del mercado común, el gobierno francés planteaba que sus avances en la materia de política social, claramente expresados en

sus salarios femeninos superiores, sus vacaciones mejor pagadas, y sus costos de contribución social más altos, representarían una desventaja comparativa en la competencia abierta con, por ejemplo, la industria alemana, que estaba menos cargada con medidas sociales similares. Entonces, el gobierno francés pensaba que muchas medidas de política social deberían ser armonizadas, durante un periodo de transición, antes de que productos franceses pudiesen competir en un mercado abierto con los productos alemanes.

El punto de vista opuesto, era defendido, sobre todo, por el gobierno alemán. Ellos consideraban que la armonización social no era necesaria como una medida preliminar, porque la ejecución del mercado común en sí, llevaría consigo la armonización necesaria en los costos sociales de las empresas.

Estimaban que los cargos sociales típicos de las empresas son sólo una parte del costo total de la producción, y que esto estaría ampliamente compensado por otros aspectos de costos, de tal manera que el costo total de la producción no sería muy diferente de un país a otro.

Esta opinión coincidió ampliamente con el punto de vista tomado por un comité de expertos, comisionado en 1956 para investigar la materia de armonización social en la integración europea. Este comité consideraba que efectivamente, las contribuciones de seguridad social o los «salarios indirectos» son muchas veces compensadas por salarios directos mediante negociaciones colectivas entre empleadores y trabajadores; además, las contribuciones sociales elevadas pueden ser compensadas por impuestos gubernamentales más bajos, y viceversa. De este modo, podía calcularse que las diferencias reales en el costo de labor por unidad de producto, son más bajas que las diferencias entre la tasa de contribuciones de seguridad social. Una armonización obligatoria de las contribuciones de seguridad social, llevaría por esta razón a distorsiones en la competencia internacional, en vez de reducir las distorsiones.

En la Conferencia de Roma, donde se negoció el Tratado Europeo, los dos partidos opuestos llegaron a un acuerdo. La política social permanecería esencialmente bajo la competencia de las autoridades nacionales, pero, al mismo tiempo, se dieron ciertos poderes a las autoridades europeas en el campo de política social, ahí donde es considerado de importancia para la creación y la ejecución de un mercado común.

El artículo 117 del tratado en cuestión, establece como uno de los objetivos del mercado común el mejoramiento en las condiciones de vida y de trabajo para los ciudadanos en los estados miembro. Pero queda claro que, al mismo tiempo, este objetivo debe ser logrado, sobre todo, por el efecto automático de la apertura de las fronteras para el comercio internacional y de las políticas económicas europeas. Sólo en un modo secundario, este objetivo se promoverá por procedimientos previstos en el tratado, sobre todo, a través de la armonización de las legislaciones y regulaciones.

La comisión europea está sólo encargada de hacer estudios, de promover la cooperación entre los estados miembros y de hacer recomendaciones, pero no le

es otorgado algún poder estricto en el campo de la seguridad social, a excepción de dos puntos: Primero, el **Tratado** provee la igualación de remuneración para el hombre y la mujer, antes del periodo de transición, así como las reglas concernientes a las vacaciones pagadas, como lo habían solicitado los franceses y segundo, a las autoridades europeas se les otorga el poder de intervenir, mediante regulaciones y directivas, en todo tipo de legislación y regulaciones, incluyendo asuntos de seguridad social, donde las disparidades en reglas nacionales creen o amenacen con crear distorsiones en la ejecución del mercado común.

En los años posteriores a la creación del mercado común, se hizo un esfuerzo enorme para realizar la armonización social, llegando a su máximo durante la Conferencia de Seguridad Social en 1962 en Bruselas, donde se intentó crear **un programa de seguridad social** de consensos para ser llevado a cabo en los años siguientes.

Desafortunadamente, algunos gobiernos, prefirieron no tomar parte en la conferencia en calidad oficial, sino sólo enviar observadores. Como consecuencia de esta actitud, la conferencia entera cambio de una negociación útil entre los estados miembros, a un mitin científico, donde los expertos de los empleadores, las uniones de comercio y otros grupos interesados, así como expertos independientes de varios orígenes, intercambiaron sus puntos de vista sobre el futuro desarrollo de la seguridad social en la comunidad europea. Se produjo una documentación inmensa y muy valuable sobre la seguridad social en la comunidad europea, lo que ha sido de gran utilidad para investigadores y políticos en toda Europa, pero no se dieron resultados prácticos.

De esta conferencia, la comisión trató de extraer un programa de armonización social. Sin embargo, la propuesta nunca fue aceptada por el Consejo de Ministros.

Más aún, mientras el periodo de transición para la puesta en marcha del mercado común había terminado, éste se encontraba en plena ejecución. Sin mostrar limitaciones por la ausencia de un sistema de seguridad social armonizado, por lo que para 1966 se podía decir que el tema de armonización social ya no existía.

En 1967, el Ministro Holandés de asuntos sociales, hizo una propuesta al Consejo de Ministros para concentrar los esfuerzos de la comisión en un estudio de ciertos aspectos del sistema de seguridad social, los que supuestamente eran de relevancia para la comunidad. Esta propuesta fue recibida con agrado, como una manera de volver otra vez al tema de la armonización social, ofreciendo a la comisión, al mismo tiempo, la posibilidad de mantener un cierto grado de actividad en el campo de la seguridad social, en el cual ya había hecho muchos esfuerzos.

Al mismo tiempo, la comisión tomó con fuerza las tareas del artículo 118 del tratado, es decir, la promoción de la cooperación entre los estados miembros en todas las áreas de política social, incluyendo la seguridad social. Se instituyeron dos comités permanentes, uno de funcionarios civiles de alto nivel de los Departamentos Sociales de los Estados Miembros, y otro de expertos

independientes de los diferentes países. Los encuentros regulares de estos comités llevaron consigo una comunicación de ideas y de desarrollo en los diferentes países miembros. La seguridad social se había convertido para la comisión europea en un área de estudios y de intercambio de ideas, en vez de una área de política europea.

Las cosas no cambiaron mucho hasta el año de 1975, cuando sucedieron dos acontecimientos que implicarían un cambio completo de actitud de las autoridades a este respecto. El primero fue la crisis económica que comenzó a finales de 1974. En principio considerada como una reducción temporal de la actividad económica, y como parte del movimiento cíclico normal de la economía, en poco tiempo tuvo que ser reconocida como una depresión económica, de naturaleza similar a la vivida en 1930. En cuanto quedó claro que la recuperación de la actividad industrial, no llevaría consigo un mejoramiento en las figuras de empleo y de finanzas públicas, quedó claro también que se estaba enfrentando una situación económica seria, que no podía ser resuelta mediante las medidas ordinarias de la política económica.

Un resultado importante de esto fue que el mercado común como una entidad puramente económica, había perdido mucho de su atractivo para las poblaciones europeas. En los primeros años del mercado común, la construcción europea se había beneficiado del boom económico de los sesenta. El excelente desempeño de las economías europeas se atribuía, con o sin razón, por lo menos en parte, al éxito del mercado común, que ganó mucha popularidad. Ahora, con la baja en la economía, la comunidad europea necesitaba rápidamente buscar otros caminos, si no quería perder la simpatía de los ciudadanos. Una comunidad europea de bancos, compañías y sociedades, no sería aceptada por la población.

Las autoridades europeas entendían este cambio de mentalidad y comenzaron inmediatamente a buscar otras maneras de seguir en contacto con sus poblaciones. Se creó así una nueva estructura comunitaria: **Las cumbres de los Jefes de Estado y de Gobierno Europeos**. En la primera de estas cumbres, se decidieron pasos importantes hacia una política social. Surgió el lado social de la comunidad europea.

Inmediatamente después, surgió el otro evento importante, que daría orientación al esfuerzo de una política social nueva. El año 1975 es declarado por la O.N.U. como el **Año Internacional de la Mujer**, con gran éxito. Este suceso coincidió, de manera importante, con dos decisiones judiciales en materia de pensiones de viudas, las dos en el mes de marzo: el día 12, la Corte Constitucional Alemana, declaró anticonstitucional cualquier diferencia entre las condiciones de derecho a pensiones de sobrevivientes entre hombres y mujeres y; el día 19, la Corte Suprema de los Estados Unidos, decidió que la exclusión de viudos al derecho a una pensión de sobreviviente en la legislación americana, estaba en contra del principio de igualdad de derechos, garantizada en la Constitución.

La decisión alemana, sobre todo, dio paso a la acción europea en este campo. La hostilidad tradicional alemana a medidas europeas en el área política social, podía quedarse a un lado, porque el gobierno alemán de todos modos debería cambiar su legislación. Si la comunidad europea proponía una armonización en los mismos parámetros, los alemanes no podrían oponerse racionalmente y esta medida estaría en el mismo momento, de acuerdo con una competencia substancial en materia de política social prevista en los tratados.

A la primera directiva, sobre pago equitativo, siguió una segunda sobre igual acceso entre hombres y mujeres al empleo.

En este sentido, algunos casos decididos en la Corte de Justicia ya habían mostrado el problema de distinguir entre **remuneración directa e indirecta**. Si ciertas prestaciones sociales debían ser consideradas como remuneración indirecta, también la directiva sobre pago igual, debería ser aplicada al caso de remuneraciones indirectas.

Era una consecuencia natural de este proceso, que la corte europea decidiera en 1978 emitir una directiva, imponiendo un trato igual hacia hombres y mujeres en materia de seguridad social.

Esta directiva, sin embargo, iba mucho más lejos, no sólo prohibía toda discriminación directa basada en el sexo, sino también discriminación indirecta entre hombres y mujeres, basada en la familia o en el trabajo en casa. La última regla, ha llevado a un cierto número de decisiones de la corte de justicia, obligando a los estados miembros a cambiar sus legislaciones y animando a otros a hacerlo antes de ser llevados ante la corte. Este caso representa una de las mayores realizaciones en el área de armonización social en la comunidad europea.

El aspecto más importante de esta directiva, es que no está basada en los artículos concernientes a política social (117 y siguientes). Tampoco está basada en los artículos 100-102, que permiten a la comunidad emitir regulaciones o directivas para armonizar la legislación cuando una disparidad de legislaciones pueda crear una distorsión en la competencia internacional del mercado común. De hecho, la directiva en cuestión se emitió sin ningún poder explícito dado a las autoridades europeas por el tratado más bien, se emitió por unanimidad del consejo europeo, de acuerdo con el artículo 235 del tratado, un artículo muy general que permite al consejo emitir directivas, siempre y cuando se considere necesario para la realización de algún objetivo de la comunidad, y bajo la condición de ser **por voto unánime**.

Otro ejemplo de acción concreta es el conocido programa de pobreza. En el Tratado de Roma, ningún artículo obligó, ni siquiera permitió a las autoridades europeas la actuación en asuntos concernientes al problema de la pobreza en la comunidad. Este problema estaba lejos de los objetivos designados por los autores del tratado de 1958, que se orientó más bien hacia la política económica.

Si trata algunos aspectos de la política social, es sobre todo, como un auxilio para la política económica, y se circunscribe casi exclusivamente al aspecto de los trabajadores.

Sin embargo, el 22 de julio de 1975, el Consejo de Ministros decidió instituir un programa de proyectos guías y estudios sobre pobreza, al cual siguieron un segundo y un tercer programa.

Una vez más, las autoridades europeas se aprovecharon de la tendencia general existente en la opinión pública, para obtener unanimidad en el consejo sobre un caso específico de acción en materia de política social en los sesenta, los estudios de pobreza, iniciados en Inglaterra, se habían distribuido por toda Europa y recibieron mucha atención pública, en el punto máximo del **boom** económico, existía una atención amplia hacia el escándalo de la «pobreza en medio de la abundancia». La mayoría de los gobiernos nacionales de Europa estaban ya, de alguna forma comprometidos para eliminar la pobreza extrema de sus países. Las autoridades europeas tomaron cartas en el asunto para jugar un papel importante en Europa o, por lo menos, en un aspecto de la política social.

Obviamente, los gobiernos nacionales no pensarían en abandonar en favor de la autoridades europeas lo que ellos consideraban de su competencia exclusiva. Por lo tanto, el programa de pobreza estaba limitado a un número de proyectos guías y estudios a realizar.

Es evidente que la comunidad no puede continuar indefinidamente con proyectos guías y estudios. Algún día tendrá que llegar a una forma de protección básica real contra la pobreza en la comunidad. No obstante, es muy incierto si este paso será implementado, dado que implicaría una transferencia de autoridad de los estados nacionales hacia la comunidad europea.

El pronóstico es que el nuevo impulso dado por el «Acta Unica Europea», mediante la consumación del mercado interno en 1993 y la nueva «Unión Europea» prevista por el Tratado de Maastricht, inspirarán a las autoridades comunitarias a proseguir en este campo, donde los primeros pasos ya se han dado.

La idea de consumación del mercado interno de 1993, ha llevado consigo una renovación en el interés de la armonización social, en términos parecidos al primer periodo del mercado común alrededor de 1958. Se han abierto las fronteras nacionales de un modo más real y diferentes medidas nacionales de protección han sido abolidas. Esto ha dado lugar a que varios países teman nuevas desventajas de competencia internacional que puedan resultar de diferencias en la política social. Los trabajadores tienen miedo a reducciones salariales directas o indirectas, a disminuciones en los estándares de protección laboral y a un descenso de las condiciones de empleo, por la mayor dureza en la competencia internacional.

Puede pensarse que todos estos miedos desaparecerán automáticamente en los próximos años, tal como sucedió a principios de los sesenta. Se prevé que la integración del mercado único europeo llevará a un aumento en la productividad y en el empleo, con el resultado de que muchos problemas sociales serán más fáciles de resolver.

Por otro lado, se prevén problemas puntuales en áreas particulares y en sectores específicos de la industria. El temor por quiebras, pérdida de trabajo y deterioro de condiciones de empleo, puede estar muy justificado dentro de ciertos límites. Se cree generalmente que la comunidad europea debería, por lo menos, tomar responsabilidad sobre estas consecuencias adversas de su mercado integrado, y que debería proveer protección especial a personas que son víctimas de este mercado integrado.

En el presente estado de los planes comunitarios, esto está previsto por una fusión y una extensión de los fondos sociales de la comunidad, lo que representa el doble de medios financieros para proveer apoyo a aquellas regiones y ramas de actividad que tiendan a perder con la integración del mercado.

A pesar de las similitudes que existen entre la situación actual y la de 1958, existe una diferencia importante. Al momento de crear la comunidad económica europea, existía una creencia fuerte de que se podía confiar en las fuerzas del mercado para producir más riqueza y un estándar de vida más elevado para todos. Las crisis económicas de los setenta y ochenta han mostrado que esto no es cierto, y que la intervención gubernamental es necesaria para evitar ciertos resultados inaceptables que la economía produciría si se le abandona a su suerte. La competitividad de las empresas se ha convertido en materia de política nacional, más que de política empresarial.

De esta forma, la armonización social se ha convertido en un nuevo asunto de interés. Los gobiernos utilizan la política social para mejorar las condiciones de competitividad de sus empresas, básicamente, mediante dos estrategias:

Una es financiar las prestaciones sociales a partir de los impuestos generales en vez de las contribuciones de seguridad social, lo que significa una distribución del costo de las prestaciones sociales entre los dos sectores, no sólo entre las empresas y los trabajadores. Dinamarca, por ejemplo, ya ha favorecido este modo de financiamiento y tiene los impuestos generales más elevados y las tasas de contribución más bajas de los países de la comunidad. En varios estados miembros, los sistemas especiales de protección social de agricultura o de minas de carbón, también se benefician de un gran apoyo en impuestos generales, bajando así las contribuciones que tienen que pagar las empresas y los trabajadores.

Un ejemplo más reciente lo encontramos en Holanda, donde el gobierno decidió abolir ciertas contribuciones sociales como fuente de financiamiento de prestaciones familiares y, cambiarlas por impuestos generales; un desarrollo similar se ve en el área de la salud en España, donde a partir del próximo año, el gobierno se encargará de la mayor parte del gasto. Esto ciertamente da como resultado una reducción de las cargas sociales para las empresas holandesas y españolas.

Otra es la reducción artificial del costo social para las empresas y la reducción de contribuciones de los empleadores. Esto se ha llevado a cabo en muchos países europeos como una medida posible de promover el empleo durante los años de crisis. Muy típico en este aspecto ha sido la reducción de

las contribuciones de los empleadores en Italia, en la industria de exportación y para el empleo de las mujeres.

Bélgica, por su parte, es muy activa en este aspecto, con un gran número de medidas para reducir las contribuciones de empleadores a favor del empleo, el más famoso es el programa «Maribel» que libera a los empleadores de cierta cantidad de contribuciones por trabajo manual en aquellas empresas que se ven afectadas por la competitividad internacional.

Sin embargo, volviendo a la cuestión de ¿hasta qué punto la consumación del mercado interno obligará a las comunidades europeas a tomar ciertas medidas en el campo de la seguridad social?, la respuesta sería negativa. El mercado común lleva funcionando más de 20 años con los sistemas actuales de seguridad social, sin que esto haya resultado ser un obstáculo grave para el comercio internacional.

Obviamente, las diferencias en los sistemas de protección social siempre crean alguna barrera para los trabajadores al moverse de un punto a otro de la comunidad, incluso si existe un buen sistema de coordinación de política social.

Sin embargo, como las cosas van actualmente, el nuevo impulso dado a la idea europea por el acta única, la consumación del mercado interno de 1992 el Tratado de Maastricht, hacen creer que se pueden esperar nuevos pasos importantes en todos los aspectos de la integración europea. Lejos de ser una consumación del mercado común instituido en 1958, los planes para 1993 son el principio de una nueva fase de dicha integración, con una voluntad renovada de construir una Europa como el tercer poder mundial y como el modelo más deseable de sociedad para vivir.

La meta no es sólo facilitar las cosas para los empresarios y financieros, sino crear una construcción europea que de verdad sea diferente para el ciudadano, a quien se le debe hacer saber que es mejor vivir en una Europa integrada que vivir en nacionales europeas separadas e independientes.

La voluntad política está claramente enfocada a marcar a la Unión Europea con un componente fuerte de política social. Es reconocido, como hemos mencionado antes, que, junto con la libertad política e individual, la característica esencial de la sociedad típica europea es la protección social.

Así, en el actual Estado, se intuye que el elemento de política social estaría dirigido hacia la protección de los trabajadores y su ambiente de trabajo. Esto es ciertamente un aspecto importante que no debería ser negado, pero se debe tener en cuenta que los ciudadanos no sólo son trabajadores y, si las autoridades europeas quieren realizar una Europa integrada de acuerdo con un modelo verdaderamente europeo, necesitarían expresarlo a través de **medidas importantes de protección social básica para todos aquellos que lo necesiten**. Pero ¿qué medidas podrían ser estas?:

Prohibición de discriminación

El primer tipo de directiva que la comunidad podría contemplar sería una continuación de la directiva de 1978 sobre el trato igualitario. Puede decirse que con esta directiva, la comunidad europea estableció la primera regla del sistema de protección social en Europa: la prohibición de discriminación entre hombres y mujeres, sea directa o indirecta. De hecho, esta es ya la segunda regla básica, siendo la primera la prohibición de discriminación entre nacionales y extranjeros, en seguridad social, para los trabajadores y sus familias que se mueven dentro de la comunidad (Art. 3 de la regulación 1407/81).

Si la comunidad europea ya prohibía estos dos tipos de discriminación, el siguiente paso podría ser la **eliminación de diferencias ocupacionales y la discriminación por edad**; las primeras son consecuencia de un desarrollo histórico de la mayoría de los sistemas de seguridad en Europa Occidental. Sin embargo, son contrarias al principio de igual trato de los ciudadanos ante la ley. Un sistema de seguridad social no puede ofrecer a ciertos grupos de la población prestaciones más elevadas a menores tasas de contribución.

Si en ciertos países algunas estructuras tradicionales forman un bloque para conseguir una reforma que propone una aplicación general del sistema de seguridad social, una directiva comunitaria podría dar a las autoridades nacionales la posibilidad y la excusa para alcanzar, gradualmente, igual trato para todos sus trabajadores.

En el caso de discriminación por edad, la crisis de 1975 evidenció los problemas del desempleo juvenil. Esto ha llevado a un gran número de programas especiales para los jóvenes, los cuales han sido útiles y necesarios, aunque el enfoque de beneficio hacia todos los trabajadores jóvenes puede inducir a una negligencia relativa a los problemas de los trabajadores de más edad. En este sentido, debería evitarse que la ley niegue ciertas ventajas a los trabajadores sólo por su edad, excepto, obviamente en el caso donde la edad sea en verdad un factor relevante para la distinción.

Garantía de las Prestaciones Sociales

Actualmente, existe una gran preocupación entre las poblaciones europeas en lo que respecta al futuro de las prestaciones sociales y, particularmente, el de las pensiones. La crisis de finanzas públicas, que llega a proporciones terribles en algunos países y el creciente desequilibrio demográfico entre la población activa y la población de más edad, complican la posibilidad de financiar las prestaciones de pensiones en el futuro a un nivel comparable al presente.

Bajo el sistema «Pay-As-You-Go» de financiamiento, la presente generación de trabajadores pagan por las pensiones de la presente generación

de trabajadores retirados. Pero se teme que la generación futura no va a ser capaz o no va a querer pagar en el mismo modo para las nuevas pensiones.

Sistemas ocupacionales de pensiones florecen en todas partes con base en este tenor y, a veces, los mismos gobiernos nacionales, animan a la gente a invertir en planes privados de pensiones, con ventajas fiscales.

Bajo la ley alemana, el derecho a prestaciones futuras del seguro de pensiones es considerado como «propiedad», protegido por la Constitución.

En el caso de la comunidad, actualmente, las directivas europeas actúan en la práctica como un tipo de supraconstitución europea, la cual no puede ser cambiada por los gobiernos nacionales en el futuro. Así pues, una directiva europea que garantizara legalmente las prestaciones contributivas bajo seguridad social, podría ser una manera fácil y muy confiable para asegurar a la gente que no está pagando contribuciones a cambio de nada y que recibirán prestaciones, por lo menos, al nivel estipulado por el sistema bajo el cual ellos están pagando sus contribuciones actualmente.

Ingreso Mínimo Europeo

La tercera línea posible de acción para la comunidad europea podría consistir en el establecimiento de un ingreso mínimo europeo. El consejo europeo ha aceptado ya una recomendación, preparada por la comisión, que aborda este tema.

Esta podría ser la más elaborada de las medidas propuestas, pero también la más importante. Si se quiere garantizar la protección social a una población, el primer paso debe ser asegurar a todos un ingreso mínimo, que permita a la gente vivir una vida digna dentro de la comunidad.

Actualmente, el derecho a un ingreso mínimo es reconocido de alguna manera, en prácticamente todos los países de la Unión Europea. La antigua asistencia pública se ha convertido en un derecho a la asistencia, incluyendo por lo menos el derecho a asistencia financiera de un nivel mínimo para la subsistencia y para un cierto grado de participación en la vida de la comunidad.

Como obviamente, el estándar de vida es diferente en todos los países, no sería posible determinar un nivel mínimo de ingresos europeo, garantizado por toda la comunidad. Sin embargo, este problema podría resolverse, determinando un nivel garantizado de ingreso como un cierto porcentaje del PNB o del promedio de los salarios de todos los países.

Uno de los mayores esfuerzos realizados hasta ahora para articular la imagen social de la comunidad, es lo que ha llamado Jacques Delors: «El Principio Social Inamovible», es decir los estándares mínimos de protección social. La idea era ponerse de acuerdo dentro de la comunidad sobre una lista de estándares mínimos de protección social, como una garantía básica para todas las poblaciones de la comunidad contra una posible tendencia contraria de reducción de ventajas sociales por la presión de la competencia internacional en el mercado interno.

La carta comunitaria social se adoptó por 11 de los 12 Jefes de Estado y de gobierno en la cumbre europea de Estrasburgo del 8 y 9 de diciembre de 1989. Esta reunión se enfocó claramente hacia los derechos de los trabajadores en sus relaciones laborales, y contiene sólo unos pocos párrafos sobre la seguridad social.

El artículo 10 establece que todo trabajador de la comunidad europea, tiene derecho a una protección social adecuada y deberá beneficiarse de prestaciones de seguridad social suficientes, cualquiera que sea su estatuto o el tamaño de la empresa en la que trabaje.

Y continúa diciendo, que las personas que están excluidas del mercado laboral, bien porque no hayan podido tener acceso al mismo, o bien porque no hayan podido volverse a insertar, y que estén desprovistas de medios de subsistencia, deberán poder beneficiarse de prestaciones y de recursos suficientes, adaptados a su situación personal.

El artículo 24 provee para todo trabajador de la comunidad, el derecho a recursos suficientes para un nivel digno de existencia al momento de retirarse.

Asimismo, de acuerdo al artículo 25, cualquier persona que, habiendo alcanzado la edad de jubilación, se viera excluida de su derecho a una pensión y que no tuviese otros medios de subsistencia, debe poder beneficiarse de recursos suficientes y de una asistencia social y médica adaptada a sus necesidades específicas.

Por último, el artículo 26 promete a todas las personas menos habilitadas, sin tomar en cuenta el origen de su inhabilidad, «medidas concretas adicionales» para su integración social y ocupacional, más concretamente, en el área de entrenamiento vocacional, ergonomía, movilidad, transporte y vivienda.

Aunque al día de hoy, el documento no es jurídicamente vinculante de ninguna manera, pues no ha tomado la forma de una acta legal en la Ley Comunitaria. La recomendación de la comunidad europea marca un hito en el hecho de que es el primer instrumento internacional, aunque sea muy débil, que deja la mayoría de la legislación internacional a un lado y se orienta hacia problemas sociales actuales. Identifica claramente tres diferentes objetivos de los esquemas de protección social:

- Proveer una protección mínima a todos,
- Integrar en la sociedad a las personas marginadas que están excluidas y,
- Proveer ingresos apropiados para los trabajadores que puedan perder sus ingresos por un riesgo total.

Establece claramente que estos objetivos tienen que ser perseguidos bajo condiciones de igual trato y equidad.

De esta forma, se puede esperar que la comunidad europea, mediante esta recomendación, ha marcado el tono para un desarrollo futuro de la Ley Internacional sobre Protección Social, en un modelo más apto para las necesidades de la sociedad del siglo XXI.

2. DESARROLLOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL: LA PERSPECTIVA CANADIENSE

EDWARD TAMAGNO.*

Durante las últimas cinco décadas, y particularmente desde la época de mediados de 1960, Canadá ha edificado un sistema de seguridad social que se ha convertido en parte esencial de nuestra identidad nacional. Es un sistema que tiene un gran apoyo público entre los canadienses. Algunos de los principales elementos del mismo son:

* El seguro de atención a la salud que cubre a todos los residentes de Canadá, y provee todos los servicios médicos requeridos, sin costo para el usuario, y administrado públicamente;

* Una pensión de vejez universal, así como un suplemento en base a ingresos comprobables, que garantiza un ingreso mínimo a todas las personas de tercera edad en Canadá;

* Pensiones, a base de contribuciones relacionadas con los ingresos, que proporcionan una importante medida para la protección del ingreso durante la jubilación y en caso de invalidez o muerte del asalariado; estos programas de pensiones públicas están complementados por una extensa serie de pensiones patrocinadas por los patrones o privadas y por incentivos fiscales para los sistemas de ahorro para la jubilación;

* Un extenso programa de seguros de desempleo que ayuda a los individuos que pierden sus empleos, no por culpa suya, y también, a aquellos que no pueden trabajar debido a una larga enfermedad o maternidad;

* Programas de accidentes de trabajo, para aquellos que se lesionan, o sufren de un accidente incapacitante o enfermedades serias a causa de su ocupación;

* Prestaciones para los niños, que se otorgan con base en ingresos comprobables y se administran a través del sistema de impuestos sobre la renta, y que ayudan a las familias de ingresos bajos o moderados a satisfacer parte de los costos de criar a los niños;

* Una red de seguridad, que consiste en programas de asistencia social, diseñados y administrados por nuestras provincias y territorios, que aseguran un ingreso mínimo a todos aquellos que no están protegidos por programas de transferencias de ingresos mencionados.

Bajo la Constitución Canadiense, la seguridad social es la responsabilidad compartida de los gobiernos federal y provinciales. Ambos niveles de gobierno juegan papeles importantes. Esta responsabilidad compartida entre el gobierno federal y los gobiernos provinciales por la seguridad social ha sido un factor importante en el desarrollo y crecimiento de los programas de seguridad social. Y, ésta ha tenido que afrontar desafíos que otros países, en donde el gobierno nacional tiene la responsabilidad primaria (si no es que la única) por la seguridad social, no han abordado.

* Traducción: Alicia Coquet.

Algunos aspectos de la seguridad social en Canadá, tal como el seguro de desempleo, caen exclusivamente dentro de la jurisdicción del gobierno federal. Mientras que otros aspectos, como los programas de accidentes del trabajo son responsabilidad exclusiva de las provincias. Otros más, como las pensiones, requieren de la participación de ambos niveles de gobierno. Y, en varios aspectos de la seguridad social, como la atención a la salud y la asistencia social, las provincias son responsables del diseño, prestación, y administración de los programas, aunque el gobierno federal contribuye con los costos y establece criterios muy amplios que los programas tienen que cumplir para ser elegibles a la asistencia financiera federal.

El Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos en Canadá es responsable de virtualmente todos los programas del gobierno federal de ingresos, empleos y capacitación.

Los elementos de transferencias de ingresos del sistema de seguridad social canadiense, históricamente se han basado en dos principios esenciales, que han soportado la prueba del tiempo y siguen siendo tan aplicables en la actualidad como lo eran hace tres décadas cuando fueron enunciados por primera vez.

El primer principio es el de la **independencia** (o autosuficiencia). Este refleja la responsabilidad fundamental de cada uno de los miembros de la sociedad, dentro de los límites de su propia capacidad, de hacer todo lo que puedan para proveer para sí mismos y para sus familias.

El segundo principio es la **interdependencia** (o responsabilidad mutua). Refleja la responsabilidad de la sociedad en su conjunto para proveer a cada uno de sus miembros que, debido a circunstancias más allá de su control, (tal como enfermedades, invalidez, vejez o desempleo), son incapaces de proporcionarse atención para sí mismos y para sus familias.

Estos dos principios fundamentales deben estar en un equilibrio constante todo el tiempo. Periódicamente, hay que reexaminar los programas a través de los cuales se implementan estas medidas, para asegurar que siguen respetando los principios fundamentales, y que siguen siendo consistentes con las realidades económicas y sociales que evolucionan continuamente.

Como muchos otros países del mundo, Canadá se ha embarcado precisamente en este ejercicio de reflexión. Los sistemas de seguridad social en Canadá como en otras economías industrializadas comparten un entorno social y económico de continuo cambio, que se asemeja mucho en todos sus elementos clave, que incluyen:

- * Transformaciones tecnológicas,
- * Los profundos impactos sociales del cambiante mundo del trabajo,
- * Un extenso desempleo estructural, y
- * La necesidad de contener el aumento de los costos mientras que se mantiene y mejora el nivel de los servicios que se proporcionan.

Todos los países industrializados, y muchos de los países en desarrollo se ven afectados por estas realidades. Y lo que es incluso más importante,

cientos de millones de personas, jóvenes y viejas los experimentan como las realidades sociales de sus vidas.

En Canadá, hay un reconocimiento creciente de que nuestros programas de transferencias de ingresos fueron diseñados en una era significativamente diferente al mundo en que vivimos en la actualidad. Ahora existen claros indicios de que, algunos programas, debido a la forma en la que están estructurados hoy, pueden resultar contraproducentes en algunos casos, e incluso, hay dudas de que algunos programas complementen a otros tan eficientemente como debieran.

Algunas estadísticas podrán ilustrar los cambios en las estructuras sociales y económicas del Canadá, y de los desafíos que éstos presentan a nuestros programas de seguridad social:

La mayor parte de los programas de seguridad relacionada con el ingreso en Canadá, así como nuestros convenios laborales fueron desarrollados para satisfacer las necesidades del hogar canadiense promedio, tal como existía en 1950 y 1960. Esos hogares, en la mayoría de los casos consistían en familias formadas por dos padres y dos hijos, que se mantenían con los ingresos del padre. Normalmente la madre permanecía en casa para cuidar de los hijos. Había relativamente pocos hogares de un sólo padre, parejas sin hijos u hogares de una sola persona. El porcentaje de canadienses viejos era relativamente pequeña.

Actualmente, en Canadá ya no existe lo que se pudiera llamar «el hogar típico». Las familias de dos padres donde los dos aportan sus sueldos, las familias de dos padres donde sólo uno devenga ingresos, las familias de un sólo padre o de una sola persona, son ahora comunes.

Debido a los cambios sociales, la opción personal y las épocas económicas difíciles, las parejas con dos ingresos se han hecho mucho más numerosas. En 1971, más de la mitad (el 52%) de las parejas de Canadá sólo tenía una persona devengando ingresos fuera del hogar. Actualmente, menos del 25% de las parejas tienen sólo un proveedor de ingresos. Casi un millón de madres canadienses con niños de menos de 6 años de edad trabajaban fuera de sus casas en 1993. Si ambos padres trabajan fuera de la casa el cumplimiento de los compromisos familiares es mucho más difícil. Estas tendencias han creado la necesidad de mejores apoyos para ambos padres trabajadores, particularmente en lo que se refiere al cuidado de los niños.

La proporción de las familias con un sólo padre también ha aumentado rápidamente. En 1980, 10.7% de todas las familias canadienses con hijos de menos de 18 años tenían como cabeza, un solo padre. Actualmente, la proporción es del 16.4%. Las mujeres son cabezas de cuatro de cada cinco familias de un solo padre. Y, más de la mitad de todas las familias de un solo padre tiene ingresos «por debajo de la línea de pobreza» que es la medida más frecuentemente utilizada para los ingresos bajos en Canadá.

Conviene aclarar, que cuando se habla de «pobreza» en Canadá, se refiere a «pobreza relativa», en otras palabras, ingresos que son bajos, en comparación con el standard de vida general. Hay muy poca, si es que existe,

pobreza «absoluta» en Canadá, tal como se mide por la desnutrición, por ejemplo, que es la negación absoluta de las cosas esenciales para la sobrevivencia. Sin embargo, la ausencia de «pobreza absoluta» no significa que Canadá no tenga un problema de pobreza. Hay innumerables estudios que han demostrado las consecuencias de la «pobreza relativa» menores logros educativos, menores oportunidades para el desarrollo y otros males.

En Canadá, el problema de la pobreza es especialmente serio para los niños. Casi uno de cada cinco niños canadienses —es decir 1.2 millones de niños de menos de 16 años— viven en familias de bajos ingresos en la actualidad. Esto representa una gran mejoría sobre la situación que prevalecía a mediados de los sesenta, cuando casi dos de cada cinco niños canadienses vivían en familias de bajos ingresos. Pero sigue siendo una cifra demasiado alta.

Estas estadísticas nos dan una idea de los cambios sociales que ha sufrido Canadá en un periodo relativamente corto. Pero las estructuras familiares, no es todo lo que ha cambiado en Canadá durante las últimas tres décadas. También ha cambiado la imagen del empleo.

La mayor parte de los programas de seguridad del ingreso de Canadá fueron diseñados en una era de fuerte demanda de mano de obra a todos los niveles de calificación. Los individuos podían salir de las escuelas casi a cualquier edad y encontrar trabajo rápidamente.

Los mercados laborales y económicos son muy diferentes. Las fuentes tradicionales de empleos de altos beneficios, y altos salarios como los sectores naturales y manufactureros han recortado sus puestos. Las pequeñas compañías están contratando, pero con frecuencia, estos empleos pagan menos, tienen menos beneficios (como planes de pensiones o planes odontológicos), son menos estables, y tienen menos horas de trabajo.

Las tasas de desempleo promedio se han elevado cada década desde la Segunda Guerra Mundial. En la época de los cincuenta, por ejemplo, la tasa de desempleo promedio en Canadá era de 4.2%. Para 1980, ésta ya había crecido a 9.3%, más del doble. Y, en los primeros años de 1990, la tasa de desempleo promedio nuevamente se elevó a 10.2%.

Se han sugerido muchas razones como causas para estos aumentos. Algunas de las razones más importantes resultarán muy conocidas para varios países del Continente Americano: la reestructuración económica, el cambio tecnológico y las presiones competitivas.

La globalización y la tecnología han acelerado el ritmo del cambio, así que, ahora la gente puede esperar cambiar de trabajo varias veces durante su carrera profesional. Ahora se requieren mayores niveles de educación básica, de capacitación y mejoramiento de habilidades.

Se proyecta que el 45% de los empleos que se creen en Canadá entre 1990 y el año 2000 van a requerir más de 16 años de educación y capacitación. Entre 1990 y 1993, el trabajo de graduados universitarios aumentó sólo en un 0.5%, pero el trabajo de personas que no habían terminado la secundaria, se redujo en un 17.2%.

Sin embargo, en un momento en que los puestos que pagan bien requerirán mayores habilidades, casi 3 millones de canadienses adultos tienen habilidades de lectura limitadas, mientras que otros 4 millones tienen dificultades con las tareas de lectura diaria.

Hay dos grupos de trabajadores que se han visto particularmente afectados por los cambios en el mercado laboral de Canadá. Uno es el de los trabajadores más viejos cuyas habilidades ya han quedado fuera de moda. Otro es el de los trabajadores más jóvenes que tiene que entrar al mercado laboral sin haber adquirido suficiente nivel de habilidades.

Si bien todos los tipos de desempleo son asunto de seria preocupación, el desempleo entre los jóvenes es más preocupante. En 1993, la tasa de desempleo para los adultos jóvenes (de menos de 25 años) se acercaba al 18%, más de una vez y media la tasa general de desempleo canadiense. Cada mes, el año pasado habían 400,000 jóvenes buscando activamente un empleo.

Estas estadísticas dan una visión de los cambios sociales y económicos que han tenido lugar, y siguen ocurriendo en Canadá. Este es el contexto dentro del cual se llevará a cabo la reforma de la seguridad social.

Canadá tiene un exhaustivo programa de seguros que ayuda a los individuos que pierden sus empleos no por culpa propia, así como de aquellos que no pueden trabajar debido a una larga enfermedad o maternidad. El programa, administrado por el gobierno federal, cubre virtualmente a todas las personas empleadas en Canadá (sin embargo, no cubre a los autoempleados). Se financia a través de las contribuciones de los empleados y sus patrones. En términos generales las prestaciones del seguro de desempleo son equivalentes al 55% promedio de ingresos semanales. El tiempo máximo durante el cual una persona puede recibir prestaciones depende de factores tales como: el tiempo durante el cual la persona aportó al programa y las tasas de desempleo regional donde él o ella viven. El periodo más largo durante el cual se pueden pagar las prestaciones es de 50 semanas.

En 1993, 3.4 millones de canadienses recibieron C\$18.3 mil millones en prestaciones de desempleo (cerca de U.S. \$13.4 mil millones). Cerca de 9 millones de canadienses recibieron prestaciones de desempleo en algún momento entre enero de 1980 y diciembre de 1989. Por vía de comparación, será útil recordar que Canadá tiene una población total de 28 millones de personas.

En estos últimos años, el programa de seguros de desempleo en Canadá ha aumentado el énfasis en ayudar a los solicitantes a evitar el desempleo futuro, además de su papel tradicional para aliviar su impacto en los individuos y las familias por la caída de los ingresos, como resultado de la pérdida del empleo. Los solicitantes pueden recibir las prestaciones mientras se capacitan, y también reciben dinero para pagar por los cursos y como concepto de cuidado de los niños.

En 1994, el programa de seguros de desempleo gastará C\$1.9 mil millones para ayudar a casi 400,000 canadienses a conservar o mejorar sus prospectos de empleo. Este es, por encima de los C\$18 mil millones

estimados para gastarse en prestaciones de seguro de desempleo «tradicionales». Pero, además de los cursos de capacitación, el tipo de medidas que se están utilizando incluyen:

- * Compartir el trabajo: bajo el cual las prestaciones del seguro de desempleo, se pagan a los trabajadores por uno o dos días a la semana durante las épocas en que temporalmente disminuye el trabajo para evitar despidos;

- * Creación de empleos: bajo el cual se pagan prestaciones a los solicitantes que trabajan en proyectos comunitarios que pueden ayudarlos a mantener sus habilidades o aprender algunas habilidades nuevas;

- * Ayuda para la movilidad, que ayuda a los solicitantes con los costos de búsqueda de empleo y reubicación;

- * Asistencia para el autoempleo, que proporciona prestaciones a los solicitantes que desean iniciar un negocio.

Estos son los tipos de medidas en los que se tiene que poner un mayor énfasis, para que abordemos, no sólo las consecuencias del desempleo, sino también algunas de sus causas.

Para los canadienses en situación de necesidad, que ya han agotado sus prestaciones del seguro de desempleo, o que no tienen derecho a esas prestaciones, las provincias y territorios han establecido programas de asistencia y servicio social. Casi tres millones de canadienses reciben prestaciones de asistencia social. La asistencia social y los servicios sociales le cuestan a los gobiernos provinciales y federales más de C\$20 mil millones por año.

Casi la mitad de los clientes adultos de la asistencia social (45%) se consideran como «desempleados empleables», en otras palabras, que podrían trabajar, pero que no tienen empleo. Otro 28.5% son padres únicos que cuidan de niños pequeños, y 20% están inhabilitados.

El programa de asistencia social de Canadá tiene una serie de inconvenientes: se enfoca demasiado en el apoyo al ingreso, y presta muy poca atención a ayudar a los receptores empleables a lograr su autosostenimiento. No siempre existe un vínculo coherente entre la asistencia social y otros apoyos, (tales como la asesoría y capacitación) y otros importantes programas de seguridad social, como el de el seguro de desempleo, mencionado antes. Con frecuencia hay pocos incentivos financieros para que los receptores de asistencia social acepten un trabajo con un bajo salario, ya que los ingresos más allá de una cierta cantidad reducen el nivel de asistencia, y eso no produce un aumento significativo en el nivel total de ingresos percibidos. Además de la pérdida de las prestaciones directas de asistencia social, los receptores pueden perder otras prestaciones como la atención odontológica o las prestaciones farmacéuticas, cuando ellos empiezan a ganar un sueldo en base regular.

Los gobiernos federal y provinciales ya han tomado medidas para solucionar algunos de estos problemas. Por ejemplo, algunas provincias han aumentado la cantidad de ingresos que la gente puede ganar antes de sufrir

una reducción de sus prestaciones y esto alienta a los beneficiarios a obtener experiencias de trabajo. Algunas provincias también están permitiendo a la gente conservar las prestaciones como la atención odontológica y oftalmológica durante la transición para volver a la fuerza laboral.

Se requieren muchas medidas más. Y, éstas deben ser parte de una gran serie integral de cambios. Esto ha llevado al gobierno de Canadá a concluir que los cambios dispersos a programas individuales ya no son suficientemente buenos.

Este parece ser el consenso creciente en Canadá, que ha llegado el momento de repensar las prioridades sociales y económicas del país y regresar a los principios fundamentales anteriormente descritos y preguntarse de que manera pueden aplicarse estos mismos principios en el entorno social y económico de la actualidad.

El gobierno de Canadá ha iniciado un proceso para instrumentar una exhaustiva reforma a nuestro sistema de seguridad social. La mayor prioridad de esa reforma son los programas que proporcionan asistencia de ingresos para las personas en edad de trabajar y sus familias, particularmente el seguro de desempleo y la asistencia social.

En enero, el Ministro de Desarrollo de los Recursos Humanos inició un proceso de reforma a la seguridad social con un discurso ante la Cámara de los Comunes. El discurso describía el proceso de reforma de la seguridad social y el calendario del gobierno. Los elementos clave son los siguientes:

* La primera etapa, que todavía está en marcha, se ha dedicado a dar a los canadienses la oportunidad de expresar sus puntos de vista, esperanzas, y preocupaciones acerca de la seguridad social y el mercado laboral. Estas contribuciones se están tomando en cuenta mientras que el gobierno desarrolla sus propuestas para la reforma. Un Comité Parlamentario tuvo audiencias e invitó a los grupos sociales y una amplia gama de grupos de interés a que aportaran sus puntos de vista. Al mismo tiempo, el Ministro de Desarrollo de los Recursos Humanos formó una fuerza de tarea de 14 distinguidos canadienses, de los más diversos campos, para que lo asesoraran durante el proceso de estructuración de las propuestas de reforma. El Ministro también ha consultado a sus contrapartes provinciales, para que también se tomen en cuenta sus puntos de vista.

* A principios del otoño, cuando el Parlamento reinicie sus sesiones, el gobierno presentará un documento a discusión sobre la reforma de la seguridad social. En él se hará un desglose amplio de las propuestas de cambio del gobierno, se plantearán las opciones que se están considerando, e identificará las preguntas específicas sobre las que se buscarán los puntos de vista de los canadienses. El documento para la discusión será la piedra angular para la siguiente etapa del proceso de consulta. El Comité Parlamentario nuevamente abrirá consultas, esta vez, a través de todo el país, para solicitar los puntos de vista de los canadienses sobre las propuestas planteadas por el Documento de Trabajo. En vista de los papeles compartidos que tienen los gobiernos federal y provinciales en la seguridad social del Canadá, se realizarán extensos debates con los gobiernos territoriales y provinciales. El

éxito del proceso de reforma en mucho, dependerá de la agenda compartida del cambio a la cual se hayan comprometido ambos niveles de gobierno.

* A principios del año que entra, el gobierno anunciará sus propuestas detalladas para los cambios legislativos. En otras palabras, las conclusiones a las que hayan llegado sobre lo que se debe de hacer. La implementación de esos cambios, incluyendo la necesaria aprobación de la legislación serán el siguiente paso. Esto ciertamente requerirá de una periodo de dos años o más.

En este momento, no se pueden describir los cambios específicos que traerá la reforma de la seguridad social. Sin embargo, en un discurso reciente, el Ministro describió los temas que han empezado a surgir y los nuevos arreglos sociales que serían posibles. Estos temas son los siguientes:

* Un programa de seguro de desempleo que sea más flexible, más fuertemente vinculado a la experiencia de trabajo, y mejor para ayudar a la transición de un trabajo a otro, un programa que también llegará a aquellos amparados por un convenio de trabajo nuevo, de tiempo parcial o tiempo completo.

* Un sistema de transición de trabajo que mejore la posibilidad de emplearse, a través de la capacitación, asesoramiento, ayuda en la búsqueda de trabajo, incentivos para volver a emplearse y otras formas de intervención, todo en conjunto con formas flexibles de apoyo al ingreso.

* Desarrollo infantil e iniciativas de atención a los niños, incluyendo aquellas que apoyan las políticas de mercado laboral eficaces.

3. LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN LOS ESTADOS UNIDOS

MICHAEL J. ENGLISH.²

El Presidente Clinton inició su esfuerzo de reforma al sistema de salud, por dos razones: 1) Más de 37 millones de norteamericanos no tiene un seguro de atención médica, en algún momento de sus vida y, 2) Los costos de la atención médica se elevan incontrolablemente, representando ya el 13% del Producto Interno Bruto. El costo de los programas Medicaid y Medicare son el origen de la mayor parte de los aumentos del déficit de la nación.

La Ley de Seguridad para la Salud que ha sido propuesta y presentada ante el Congreso de los Estados Unidos el pasado septiembre fue el resultado de más de 6 meses de intenso trabajo de una fuerza de tarea dedicada a la reforma de la atención médica, dicha fuerza estaba compuesta por más de 500 profesionales de la salud.

Ahora, la ley está bajo la consideración del Congreso. Suponiendo que se apruebe la legislación que reforma el sistema de salud este año, todavía no contendrá todas las disposiciones de ninguno de los anteproyectos de ley que ahora se encuentran ante el Congreso. De hecho, sería imposible pronosticar las

² Traducción: Alicia Coquet.

concesiones que serán necesarias para obtener la aprobación de ambas Cámaras. Por lo tanto, lo mejor que podemos hacer por el momento, será enfocar nuestra atención en algunos de los problemas más importantes que el Congreso y el Presidente están tratando de abordar a través de este esfuerzo de reforma.

Seguros Privados Garantizados (Cobertura Universal). Este tema está en el meollo del debate. De hecho, es el gran tema moral que los Estados Unidos tienen que abordar. En realidad es asunto relativamente simple:

* El Presidente desea que todos los norteamericanos estén cubiertos para una fecha durante este siglo. Con frecuencia él ha repetido que este es el único tema no negociable. Harold Ickes ha enfatizado la importancia de la cobertura universal cuando hablaba en Washington, D.C., ante los representantes de 30 agrupaciones, entre otras la A.A.R.P., B'Nai B'Rith y la Conferencia de Alcaldes de Estados Unidos, Ickes dijo: «Esta es la prioridad #1 en la agenda del Presidente». Y el Secretario de la O.N.U., el señor Cisneros «es el elemento no negociable que hace de la reforma a la salud una realidad». (Diario del Congreso, 7/11).

* Hay varios anteproyectos alternativos que contienen disposiciones de «disparo duro» o de «disparos suaves» que se están debatiendo en un esfuerzo por lograr el apoyo del Congreso. Los disparos son un término que se utiliza para describir las disposiciones de los anteproyectos que fomentan la cobertura de todos los norteamericanos que se ven «tensos» si no se logran las metas de cobertura voluntaria. Un «disparo duro» requiere de la instrumentación automática de disposiciones de cobertura obligatoria, mientras que el «disparo suave» prevé una mayor consideración del Congreso para las medidas obligatorias, antes de que estas puedan imponerse. Pero, el Presidente no está a favor de los «disparos suaves».

La Libre Elección. Este es un asunto muy emotivo para muchos norteamericanos, que siempre están temerosos de la interferencia gubernamental en las cosas que ellos desean. Y, si bien la mayor parte de los norteamericanos ya tiene muchos límites a sus preferencias, todos los anteproyectos de reforma contienen disposiciones que permiten a los individuos tomar diferentes opciones. Esto ocurre a dos niveles:

* Permite la elección entre diversos planes: varios anteproyectos, incluyendo el de la H.S.A., prevén la creación de «planes de salud responsables» que deberán ofrecer todas las prestaciones básicas a sus suscriptores. Los individuos tiene la garantía universal de la opción entre diferentes planes. Aquí el problema es que el poder elegir, requiere de mucha información sobre los diferentes planes y hasta donde los individuos subsidiados deben limitar su elección a planes menos costosos.

* Permite optar entre diferentes médicos. El Presidente propone que se les ofrezca a todos los norteamericanos cuando menos un plan de honorarios por servicios «bajo el cual ellos puedan elegir a cualquier médico participante. Además el asunto de que el prestador del servicio esté dispuesto» que se ha convertido en parte del debate. En un estudio reciente por la Asociación de Salud de los Estados Unidos preparado por Atkinson and Co., se encontró que

las leyes sobre cualquier proveedor dispuesto para los médicos y hospitales elevaría las primas familiares anuales entre \$408 y \$1,284, dependiendo de qué tantos proveedores decidieran unirse bajo una H.M.O.. Sin embargo, los grupos médicos subrayan el derecho de los pacientes de elegir y los ejecutivos de las compañías de seguros aceptan «que esas tácticas han sido eficaces».

Hacer ilegales las Prácticas Desleales en los Seguros. Esta es el área del problema en la que hay mayor consenso, y la mayor probabilidad de que se apruebe la legislación, la reforma a los seguros se proponen en dos áreas:

- * Eliminar las condiciones preexistentes.
- * Asegurar la movilidad de la cobertura.
- * Eliminar las calificaciones en base a la experiencia.
- * Separar la cobertura del trabajo bajo un solo patrón.

Preservar el Sistema Medicare. En una demostración de una tremenda influencia política de los americanos de la tercera edad, la Asociación Americana de Personas Retiradas (A.A.R.P.), ha sido muy persuasiva en cuanto a que el actual programa Medicare debe de conservarse y mejorarse. Como resultado:

- * Habrá una continuación de la cobertura para las personas de la tercera edad que tiene derecho a Medicare.
- * Se propone un beneficio adicional a Medicare respecto a la prescripción de fármacos.

Mandato para los Empleadores (Beneficios de Salud Garantizados por el Trabajo). Este es el elemento más sujeto a litigio del debate, es decir, quién paga la cobertura extendida. El Presidente propone un Mandato para los Empleadores que pagarían el 80% de la prima. Otras propuestas son un Mandato Individual, que requeriría que todos los individuos tuvieran un seguro de salud, de la misma forma que todos los autos tienen un seguro. Otros componentes de este asunto son:

- * Subsidios a pequeños negocios, limitando costos de aseguramiento para firmas pequeñas a través de subsidios o créditos o ambos.

Otros Temas Importantes:

- * El control de los costos. El O.M.B., ha proyectado que los déficits de 94 y 95 se reducirán a \$220 Billones y \$167,1 Billones respectivamente, pero de no adoptarse la reforma del sistema de salud, para el 99 el déficit se elevará a \$207.4 Billones.
- * El impuesto al tabaco. Todo el mundo está de acuerdo en que el tabaquismo causa enfermedades y aumenta los costos médicos. De hecho, en un estudio reciente de la CDC se dice que el aumento de los costos médicos se encuentran alrededor de \$2.00, por cajetilla que uno fuma. Varios anteproyectos de ley, incluyendo el de la HSA proponen el financiamiento de subsidios para las primas de personas de bajos ingresos a través del cobro de mayores impuestos a los cigarrillos. La dimensión del impuesto dependerá de qué tantos votos se necesiten de los representantes de ciertos estados sureños para lograr la aprobación de una ley.

* El aborto. La Conferencia de la Natalidad realizada por los obispos católicos anunciarán esta semana que librarán una gran batalla contra cualquier anteproyecto de ley para la salud que incluya la cobertura de los abortos. El U.S. News & World Report, en la columna «Murmulllos de Washington» apunta que la campaña incluye una promoción televisiva a nivel nacional así como «un esfuerzo en las bases electorales de los Distritos de los legisladores más vulnerables». Newsweek informa que «la lucha» se realizará para derrotar el Plan de Clinton a pesar del hecho de que «las metas de Clinton para la reforma de la atención a la salud y la cobertura universal tiene muchos menos adeptos que la Iglesia Católica Romana».

La Atención Administrada. El valor de la atención administrada como una técnica para impedir el aumento de los costos de salud, está en las raíces mismas del debate acerca de la prestación de los servicios de salud, sobre todo analizada en comparación con las partidas en base a costos. Y, aunque no es un tema central, en el debate actual, sí estará en el meollo del problema, una vez que se apruebe la legislación. La atención administrada, simplemente se puede describir como un método para identificar las necesidades médicas y de organizar el tratamiento médico que se presta, porque ha demostrado ser muy eficaz, tanto para asegurar la intervención precoz y limitar la atención innecesaria. Desafortunadamente, algunas experiencias con la atención administrada, particularmente aquellas que han sido brindadas por organizaciones de salud privada han demostrado también una propensión a restringir la atención necesaria como método de controlar los costos y aumentar así su redituabilidad. Esta connotación negativa ha sido la causa de gran renuencia hacia el concepto entre muchos norteamericanos.

Por otra parte, más y más médicos están avanzando hacia los modelos de atención administrada. Es de interés, que recientemente unos consultores de la atención a la salud, Walter Unger y Anne Vail sacaron el perfil de tres diferentes tipos de sistemas de atención a la salud integrados: las organizaciones de servicios administrativos (MSO), las organizaciones de médicos y hospitales (PHO) y el modelo de «las fundaciones». Todos ellos presentan modelos viables para la prestación de servicios de salud administrados dentro de la misma industria de servicios.

Todos estos temas son muy importantes y muy complicados para la mayoría de las personas. Esto dificulta mucho el debate. En este momento, parecería que el apoyo ciudadano y la oposición se basan más en las circunstancias personales:

La Perspectiva de los Americanos:

* El enfoque provincial de la reforma de la atención de la salud... «Es lo que ésta puede hacerle a muchas familias, no en favor de ellas»... Las imágenes todavía no están muy claras. El Washington Post informa: «Por una parte, la gente dice... Aprueben el Plan de Clinton, necesito ayuda, y por la otra... «No aprueben la reforma a la atención a la salud, yo ya tengo lo que

necesito». El diputado Scotty Baesler dice: «lo que predomina es el temor de lo desconocido».

* Desde la terminación de la sesión de la Cámara del 4 de julio, ningún candidato ve la reforma como un tema político importante en este Otoño.

Nadie sabe cual será el resultado final de esta reforma, si es que se aprueba, lo único que yo puedo hacer es dar una breve idea de los anteproyectos pendientes y un pronóstico de lo que serán los próximos pasos.

Revisión de los Anteproyectos Actuales. Conforme los líderes de la Cámara y del Senado regresen del periodo de descanso e inicien su trabajo, tendrán que considerar los anteproyectos de los Comités con sus diferencias esenciales. A continuación tenemos una recopilación de los elementos básicos en los dos planes de los Comités del Senado y los dos planes de los Comités de la Cámara que sin ser una lista exhaustiva, puede servir de guía. Esta información es un resumen de Washington Post, Balto Sun, USA Today, N.Y. Newsday, N.Y. Times, W.S. Journal y Fuentes de la AHL:

Cobertura:

El Comité de Finanzas del Senado: Nada de cobertura universal; ningún mandato ni para los patrones ni para los individuos, si el 95% de los americanos no tienen seguro de salud para el año 2002, una comisión haría recomendaciones acerca de cómo lograr la cobertura universal, que el Congreso tendría que considerar; se proporcionarían subsidios a los familias con ingresos de hasta un 200% del nivel de pobreza; los subsidios para los niños y las mujeres embarazadas de bajos ingresos entrarían en vigor, de inmediato.

El Comité del Senado del Trabajo y Recursos Humanos: Cobertura universal, con todos los americanos cubiertos para 1998; con un mandato para los patrones. Sin embargo, los negocios de menos de diez empleados quedarían exentos y en su lugar, pagarían un 1% o 2% de impuesto sobre la nómina. Además se otorgarían subsidios a los empleados con salarios bajos y a los desempleados.

El Comité de Diputados de Vivienda, Educación y Mano de Obra: Cobertura universal, con todos los americanos cubiertos para 1998, un mandato para los patrones del 80% con subsidios para las compañías de bajos salarios, con 75 o menos empleados y para los trabajadores de bajos salarios y los desempleados.

El Comité de Diputados sobre Formas y Medios: Cobertura universal con todos los americanos cubiertos para 1998; un mandato para los patrones del 80% con subsidios para las compañías de bajos salarios con 50 o menos empleados y para los trabajadores de bajos ingresos y los desempleados; la parte C de Medicare se crearía para cubrir a los pobres, los desempleados, autoempleados y pequeños negocios.

La Prestaciones:

El Comité de Finanzas del Senado: Se le exigiría a los aseguradores que vendieran un paquete de prestaciones standard, que es menos generoso que el plan de Clinton: los medicamentos de receta, la salud mental y el aborto quedarían cubiertos, bajo este plan; los planes de salud y los patrones podrían excluir la prestación para abortos si por alguna razón se oponen a hacerlo, y también se tendría la opción de comprar un seguro de atención catastrófica.

El Comité del Senado de Trabajo y de Recursos Humanos: Los aseguradores tendrían que vender un paquete de prestaciones standard que es más generoso que el Plan de Clinton; con medicamentos de receta, salud mental y aborto cubiertas; se podría comprar la opción de un seguro de atención en casas hogar.

El Comité de Diputados en Educación y Mano de Obra: Los asegurados tendrían que vender un paquete de prestaciones standard comparable al del Plan de Clinton, que cubrirían los medicamentos de receta, la salud mental y el aborto.

El Comité de Diputados de Formas y Medios: Reformas de los seguros/mercados, que incluyen disparos para poner topes a las primas que cobran los seguros; si para 2001 no se cumplieran los topes que fije el gobierno a los gastos, una comisión recomendaría otras medidas de limitar los costos. Con la aprobación del Presidente o el voto afirmativo del Congreso esto se implementaría de inmediato, actuando bajo las reglas de fast track es decir: acelerando el proceso.

Los Impuestos:

El Comité de Finanzas del Estado: El impuesto a los cigarrillos aumentaría en \$1.25% de impuestos en las primas de seguros de costo elevado; un impuesto del 2% en algunas pólizas de seguros y un aumento del 10.000% en el impuesto que se cobra por cierto tipo de proyectiles.

El Comité de Diputados de Educación y Mano de Obra: El impuesto a los cigarrillos aumentaría en \$.75, impuestos a los patrones que tienen autoseguro.

El Comité de Diputados de Formas y Medios: Un impuesto a los cigarrillos de \$.45 que se instrumentaría en fases para 1999; 2% de impuesto en las primas de seguros de salud de costo muy elevado y los gastos de los planes de autoseguro.

Reformas a los Seguros:

Comité de Finanzas del Senado: Permite la creación de alianzas de compra voluntarias; los patrones con 100 empleados o más pueden tener autoseguros.

Comité de Trabajo y Recursos Humanos del Senado: Permite la creación de alianzas voluntarias de compra, y los patrones con 1,000 empleados o más tienen derecho al autoseguro.

El Comité de Diputados de Vivienda, Educación y Mano de Obra: Permite a los estados crear una alianza de compra voluntaria: los patrones con 100 o más empleados pueden autoasegurarse.

El Comité de Diputados de Formas y Medios: Permite la creación de alianzas de compra voluntarias, y los patrones con 100 o más empleados pueden tener un autoseguro.

Otros:

El Comité de Finanzas del Senado: Medicare seguiría siendo un programa separado, la atención de urgencia y los receptores del AFDC Medicaid se integrarían a los mismos planes de salud certificados que se aplican a otras personas de bajos ingresos; algunas empresas pequeñas podrían adquirir sus seguros a través de FEHBP; el seguro para las casas de atención estaría regido por las normas de protección al consumidor.

El Comité del Senado en Trabajo y Recursos Humanos: Medicare seguiría siendo un programa separado; y Medicaid se aboliría cuando el Gobierno Federal comprara seguros para los beneficiarios, y cualquiera podría adquirir su seguro a través de la FEHBP.

El Comité de Diputados de Vivienda, Educación y Mano de Obra: Medicare seguiría siendo un programa por separado; se eliminaría Medicaid con la compra de seguros para los beneficiarios por el Gobierno Federal.

El Comité de Medios y Formas: Medicare seguiría siendo un programa por separado, y aquellos que no están cubiertos en ningún otro programa podrían comprar sus seguros a través del nuevo capítulo C de Medicaid; los fondos de Medicaid se podrían utilizar para cubrir a los beneficiarios a través de este capítulo.

4. EL CASO CHILENO

PATRICIO MERINO SCHEIHING

RESEÑA HISTORICA

Chile, influido por los acontecimientos que en su época convulsionaron a Europa, es uno de los primeros países latinoamericanos en implantar un sistema general y obligatorio de seguridad social, circunstancia que lo convierte, también, en el primero en sentir los efectos de los desequilibrios provocados por una estructura inorgánica y dispendiosa de instituciones y de beneficios, consecuencia de un modelo de desarrollo que privilegiaba, al menos en lo formal, el avance social antes que el crecimiento económico.

Una mirada retrospectiva sobre las ideas que fueron dando forma a las prestaciones sociales y a sus instituciones gestoras, permite distinguir

periodos bien definidos en la evolución de los sistemas de protección social en el país: el primero, en el que se manifiestan programas de ayuda basados en la beneficencia pública, especialmente para la atención médica y hospitalaria de los más pobres y que, por extensión, revestían formas rudimentarias de asistencia social con leve participación del Estado; más tarde -en la medida que el país va industrializándose- surge un segundo periodo, donde se introducen los seguros sociales puesto en práctica por naciones más avanzadas, en un proceso que se caracterizó por la superposición de estructuras institucionales y legales y su desvinculación de la realidad económica nacional; posteriormente, consecuencia de la crisis que afectó al sistema de seguridad social, se inicia un periodo de diagnóstico y de debate sobre las causas que la originaron, reformulándose los programas y racionalizándose su gestión; finalmente, se llega a la etapa en que el país adopta un modelo propio sustentado en la libertad de elección y en el esfuerzo de ahorro de las personas, delegando su administración en la empresa privada.

La beneficencia y la asistencia social

La más antigua forma de protección, la beneficencia, está en Chile estrechamente vinculada a los programas de caridad y ayuda realizados a través de organizaciones particulares -generalmente de orientación cristiana- con financiamiento propio, siendo sus fundamentos esencialmente éticos. El posterior reemplazo de estas organizaciones por instituciones estatales significó, por una parte, cambiar su financiamiento con base en erogaciones particulares por subvenciones fiscales y, por otra, sustituir su fundamento ético por uno jurídico, lo que permitió ampliar la labor social, regular el otorgamiento de las prestaciones y extender su acción hacia la asistencia social.

Los seguros sociales

De los seguros sociales que nacen como consecuencia de la revolución industrial del siglo XX, surge el derecho a determinadas prestaciones que si bien inicialmente se concentran en el trabajador, se extienden más a la familia. La relación laboral entre el trabajador y su empleador produjo que el financiamiento de estos seguros tuviera como base la contribución directa de ambos, incorporándose en épocas posteriores la participación del Estado.

En Chile, los acontecimientos sociales y políticos ocurridos durante la primera administración de Arturo Alessandri Palma, entre 1920 y 1924, dieron origen a la promulgación de las llamadas «leyes sociales», destinadas a otorgar mayor protección a los trabajadores. Algunas de estas leyes fueron la N° 4.054, sobre seguro obrero obligatorio, la N° 4.055, sobre accidentes del trabajo, y la N° 4.059 que estableció un régimen de retiro para los empleados particulares.

Transición a un sistema integrado de seguridad social

En 1960, por especial encargo del Presidente de la época, Jorge Alessandri Rodríguez, se constituye la Comisión de Estudios de la Seguridad Social que bajo la dirección de Jorge Prat Echaurren, procede a elaborar un diagnóstico de los diferentes regímenes e instituciones. El resultado de éste, terminado en 1964, es concluyente al señalar que el sistema previsional a esas alturas estaba «condenado a desplomarse por injusto, por oligárquico, por discriminatorio y por ser ineficazmente oneroso, tanto para los ganadores de sueldos o salarios como para la producción nacional».

No obstante este sombrío panorama, el sistema logró subsistir hasta el término de la década del 70, a través del expediente de aumentar la participación del Estado en su financiamiento -la que llegó a representar más de un tercio del gasto total de la seguridad social- y de incrementar las tasas de cotización. La situación del sistema a esa época se describe a continuación, considerando la cobertura poblacional, su estructura administrativa, las contingencias y riesgos sociales cubiertos y sus aspectos económico-financieros más relevantes.

En cuanto a cobertura, la seguridad social protegía a 2,45 millones de trabajadores activos y a 800 mil pensionados, los que con sus cargas familiares totalizaban 7,45 millones de personas. De esta forma, se otorgaba protección al 70% de la población del país.

En lo referente a la estructura administrativa, la diversidad de regímenes determinaba una compleja institucionalidad en la cual la formulación de la política previsional correspondía al Ministerio del Trabajo y Previsión Social y a otros siete ministerios: Salud, Defensa, Hacienda, Obras Públicas, Interior, Educación y Justicia.

La administración de las prestaciones sociales estaba entregada, a su vez, a más de 30 Cajas de Previsión, siete Cajas de Compensación de Asignación Familiar, tres Mutualidades de Accidentes del Trabajo y diversos Servicios de Salud, circunstancia que no siendo un defecto en sí, aparece injustificada, al considerarse la población protegida por cada una de estas entidades. En efecto, en términos globales, el 90% del total de la población afiliada a las instituciones de previsión social pertenecía al Servicio de Seguro Social, a la Caja de Empleados Particulares y a la Caja de Empleados Públicos.

Respecto a contingencias sociales, el sistema llegó a cubrir todas aquellas que la doctrina y los organismos internacionales reconocían, otorgando prestaciones por enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, antigüedad, muerte, supervivencia, desempleo, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, como también prestaciones familiares, pensiones asistenciales y financiamiento de programas habitacionales.

Si bien el cuadro de beneficios era bastante amplio, el sistema en general y las prestaciones en particular, presentaban una pluralidad de regímenes establecidos en una frondosa y compleja legislación, lo que configuraba un tratamiento diferenciado de las contingencias en detrimento

de los estratos sociales de más escasos recursos, situación que era especialmente notoria en el caso de las pensiones.

Por último, en materia de financiamiento habría que señalar que los ingresos de la previsión social provenían no sólo de contribuciones de los afiliados, empleadores y Estado sino que, además, de la propia comunidad a través de impuestos específicos. Esta situación -como consecuencia de la multiplicidad de regímenes- daba lugar a más de 50 combinaciones de tasas y límites disponibles que en nada contribuían a una distribución equitativa de la carga impositiva.

Uno de los aspectos del sistema que mejor refleja el estado crítico al que éste había llegado en lo financiero, era el nivel de las tasas de cotización que debían soportar trabajadores y empresarios. Este alcanzaba en conjunto al 50% de las remuneraciones, incidiendo directamente en el costo del recurso humano.

Refuerza lo anterior, el hecho que en el decenio 1950-1966, la tasa de crecimiento real de las recaudaciones del sistema alcanzó al 170%, en tanto que en el producto nacional sólo creció en 66% en igual periodo. Esta misma relación para 1968-1972 fue de 79% y 23%, respectivamente.

No obstante las reformas propuestas por el informe de la Comisión Prat, recién en 1974 se inicia un proceso dirigido, en su primera fase, a racionalizar algunos regímenes, uniformando prestaciones y buscándoles financiamiento que redujeran al mínimo sus efectos sociales y económicos negativos.

Entre las acciones realizadas al respecto, se destaca la creación de un Fondo Único para administrar las asignaciones familiares, igualándose el valor de este beneficio para todos los trabajadores; el establecimiento de un sistema común de subsidios de cesantía; la fijación de un mecanismo general de reajustabilidad para las pensiones; la aplicación de requisitos uniformes para acogerse a jubilación por vejez; y, la extensión del régimen de pensiones asistenciales a la población más pobre, favoreciendo a las personas mayores de 65 años que carecen de recursos y a los inválidos mayores de 18 años.

En cuanto a las tasas de cotización, éstas se empezaron a reducir gradualmente a partir de 1975, con el objetivo de elevar los índices de empleo, disminuyendo los costos de contratación.

Modernización del sistema

Un modelo renovado de seguridad social se empieza a difundir entre los sectores laborales y empresariales a través del documento denominado «Estatuto Fundamental de Principios y Bases del Nuevo Sistema de Seguridad Social». Este documento configura un sistema que compatibiliza la obligación del Estado de ofrecer una seguridad social integral a sus habitantes con la necesidad de alcanzar altas tasas de crecimiento económico y adecuados niveles de empleo.

El Estatuto describió las contingencias que cubriría el sistema, estableciendo como regímenes básicos los de medicina social, pensiones, asignaciones familiares, subsidios por interrupción temporal del trabajo, indemnizaciones por

retiro, crédito social, bienestar social, prestaciones asistenciales y beneficios de adscripción voluntaria. Si bien las proposiciones contenidas en este Estatuto no se transformaron en norma legal, tuvieron el mérito de formar conciencia sobre la necesidad de los cambios que posteriormente se implantarían.

Paralelamente, se introducen sustanciales reformas orientadas a promover el desarrollo de un mercado financiero competitivo y eficiente, compatible con una economía de mercado, lo que más tarde será fundamental para la inversión de los recursos generados por los Fondos de Pensiones.

Por su parte, el Estado reorienta su acción en materia social concentrando sus esfuerzos en los sectores más desprotegidos y delegando en los privados aquellas actividades que puedan ser ejecutadas eficientemente por éstos. La seguridad social deja de ser considerada como instrumento para redistribuir ingresos, función que se empieza a cumplir a través de un sistema tributario que privilegia la inversión por sobre el consumo y que grava proporcionalmente con mayores impuestos a las rentas más altas. El aparato productivo empieza a adoptar sus decisiones en función de un mercado emergente en el que cada vez con mayor intensidad se concentran las decisiones en las personas.

En este marco se producen en 1980 las reformas a los regímenes de pensiones y de salud, en cuyas estructuraciones se incluyen cambios que habrán de innovar profundamente el enfoque sobre el rol tradicionalmente asignado a la seguridad social.

Así, en noviembre de 1980, mediante la publicación del decreto ley N° 3.500, nace el nuevo sistema de pensiones basado en un régimen de capitalización individual, que faculta a sociedades privadas para participar en la administración de los Fondos de Pensiones en un esquema de libre competencia. Los fondos deben ser invertidos en las instituciones e instrumentos del mercado de capitales expresamente indicados por ley.

En mayo de 1981, por su parte, se publica el decreto con fuerza de ley N° 3 que fija normas para que instituciones privadas administren el régimen de medicina preventiva y curativa.

Fundamentos esenciales de estas reformas son la libertad de los trabajadores para optar por las alternativas que maximicen su nivel de satisfacción y la participación del sector privado en la administración de los regímenes de pensión y de salud en condiciones de competencia.

PRINCIPIOS Y FUNDAMENTOS PARA LA MODERNIZACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Los diagnósticos sobre el sistema de seguridad social coincidían en la urgencia de su reforma y en la necesidad de que éste se constituyera en una herramienta para lograr mayores niveles de progreso.

Una primera exigencia que se planteó en la modernización de la seguridad social fue la de revisar los programas de beneficios y de prestaciones, con el propósito de adecuarlos a una nueva realidad, teniéndose

presente, para ello, la adhesión a los principios de universalidad, suficiencia, solidaridad y unidad que tradicionalmente han orientado su accionar.

Un segundo aspecto que se tuvo en cuenta fue que el funcionamiento del modelo -habida consideración de la estrategia de desarrollo por la que el país había optado- debía asumir los fundamentos de una economía de mercado; esto es, administración privada, libertad de elección, descentralización de los programas y rol subsidiario del Estado.

Administración privada

La seguridad social ha sido, por lo general, administrada por sistemas centralizados de carácter estatal -que al estar dirigidos por personas no vinculadas patrimonialmente con las instituciones gestoras y al disponer de mercados cautivos- no incentivaban a realizar una buena gestión, terminando por transformarse dichas instituciones en organizaciones burocráticas e ineficientes.

Por esta razón, en el nuevo modelo se decidió delegar parte importante de la administración de la seguridad social al sector privado, creándose las condiciones de competencia y de responsabilidad para mejorar la calidad de los servicios y ampliar la cobertura de los beneficios.

Libertad de elección

En los sistemas tradicionales los trabajadores están obligados a afiliarse a determinadas instituciones previsionales y recibir las prestaciones en la forma, monto y condiciones que las disposiciones legales establecen para cada caso, no existiendo, por lo tanto, posibilidad de elegir entre alternativas distintas de entidades gestoras y/o cobertura de beneficios.

El nuevo modelo reconoce la formación adquirida por el trabajador en cuanto a sus derechos y obligaciones previsionales, confiándole la responsabilidad para decidir sobre las opciones que más le favorezcan en materia de instituciones y de prestaciones.

Esta particularidad, además de los beneficios que en términos de satisfacción personal le reporta al trabajador, implica elevar la eficiencia de los programas a través de la competencia que esta libertad de elección provoca entre las instituciones oferentes.

Descentralización de los programas

En los sistemas de seguridad social en que programas de distinta naturaleza son administrados por una misma institución, se manifiestan, en el común de los casos, inconvenientes que dificultan evaluar la eficacia de cada uno de ellos. Entre éstos, cabe destacar el posible ocultamiento de déficit a través de transferencia de recursos entre programas; las dificultades de control y fiscalización; y, las presiones de tipo político o sectorial que se

pueden ejercer para canalizar fondos en favor de determinados grupos de poder.

En el nuevo modelo se ha atendido la especialización por programas, creándose, en los casos necesarios, estructuras institucionales propias para cada uno de estos, con el fin de evitar los aspectos negativos señalados. De allí que en el sistema coexistan sociedades anónimas y corporaciones de derecho privado sin fines de lucro para administrar los diferentes regímenes de prestaciones.

Rol subsidiario del Estado

Este rol implica que el Estado asume sólo aquellas funciones que los particulares no son capaces de emprender y que son necesarias desde un punto de vista social, correspondiéndole realizar en el ámbito de la seguridad social labores de regulación y fiscalización.

El financiamiento del sistema sobre la base de cotizaciones obligatorias y los efectos sociales que de éste se derivan para la población, obligan a la autoridad a mantener una preocupación especial sobre su funcionamiento. La subsidiariedad del Estado se hace efectiva, en este aspecto, a través de diferentes organismos contralores que tienen como objetivo asegurar el cumplimiento de las normas legales y reglamentarias vigentes.

ESTRUCTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Prestaciones y beneficios

El actual sistema de seguridad social considera programas de seguros sociales para todas las personas cuyo nivel de remuneraciones o de ingreso sea suficiente para acceder a ellos, y programas asistenciales para quienes se encuentran en una situación de pobreza tal que les impide optar a los primeros. A su vez, cada uno de estos programas tiene el carácter de contingencial o de desarrollo, según si sus correspondientes beneficios están destinados a cubrir determinados hechos o eventos relacionados con la salud, el término o interrupción temporal de la capacidad de trabajo y las responsabilidades familiares, o si propenden a la formación y progreso de las personas.

En el Cuadro N° 1 se presenta la estructura global del sistema, identificándose como programas destinados a cubrir contingencias sociales las pensiones de invalidez, vejez y sobrevivencia; las prestaciones de salud, incluyendo medicina preventiva y curativa, atenciones por accidentes del trabajo y enfermedad profesional y subsidios por incapacidad laboral; las prestaciones familiares, que consideran las asignaciones familiares, de maternidad y otros beneficios dirigidos a la familia; los subsidios de cesantía; y, otros de carácter asistencial como los programas de alimentación y la atención de menores en situación irregular. A su vez, los programas de desarrollo comprenden, en general, educación, capacitación, crédito, vivienda, deportes y recreación.

El cuanto al tipo de cobertura, en este mismo cuadro se identifican los programas de seguros sociales y los asistenciales. Los primeros, dirigidos a las personas que reciben regularmente una remuneración, estando por tal motivo capacitadas para contratar seguros que las protejan de los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez, muerte u otros; y los segundos, orientados a los sectores más pobres, con el objeto de proporcionarles condiciones mínimas de ingreso, de educación, de salud, de alimentación y de vivienda, lo cual se realiza principalmente a través de pensiones asistenciales, subsidios de cesantía, capacitación laboral, educación gratuita preescolar y escolar básica, atención gratuita de salud, alimentación escolar, subsidios habitacionales y atención de menores en situación irregular.

Entidades administradoras

El nuevo modelo contempla la participación del sector privado en la administración de los programas de pensiones, medicina preventiva y curativa, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y prestaciones familiares. Así, el régimen de pensiones es gestionado por Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y Compañías de Seguros de Vida, organizadas jurídicamente como sociedades anónimas; el de medicina preventiva y curativa es administrado por Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), las que pueden estar constituidas indistintamente como sociedades anónimas o corporaciones de derecho privado sin fines de lucro; y, por último, los regímenes de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y de prestaciones familiares, donde participan las Mutualidades de Empleadores y las Cajas de Compensación, respectivamente, ambas como corporaciones de derecho privado sin fines de lucro.

La participación estatal en los programas de pensiones corresponde a una situación transitoria, estando destinada a atender a los trabajadores afiliados al anterior sistema que optaron por mantenerse en él y a los pensiones que devengan rentas por vejez, invalidez y sobrevivencia en las antiguas Cajas de Previsión. Las funciones correspondientes son realizadas por el Instituto de Normalización Previsional, el que irá gradualmente disminuyendo su población beneficiaria al estar impedido legalmente para incorporar nuevos afiliados. A su vez, el Fondo Nacional de Salud atiende a la población cuyo ingreso no le permite acogerse a los planes de salud de las instituciones privadas.

Los programas asistenciales son administrados por los Servicios de Salud, la Junta Nacional de Jardines Infantiles, la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, el Servicio Nacional de Menores, las Municipalidades y el Servicio de Vivienda y Urbanismo, entre otros.

La relación de los organismos que intervienen en la administración de la seguridad social se presenta en el Cuadro N° 2, clasificados de acuerdo con los programas en los que participan y la naturaleza pública o privada de la correspondiente institución.

CUADRO N° 1

ESTRUCTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

	PROGRAMAS	PRESTACIONES Y BENEFICIOS	TIPO COBERTURA
CONTINGENTES	PENSIONES	- INVALIDEZ - VEJEZ - SOBREVIVENCIA	SEGUROS SOCIALES Y BENEFICIOS ASISTENCIALES
	SALUD	- PREVENCIÓN Y CURACIÓN - SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL	
	PRESTACIONES FAMILIARES	- ACCIDENTES DE TRABAJO - ASIGNACIÓN FAMILIAR - SUBSIDIOS MATERNALES - REPOSO HIJO MENOR - OTROS BENEFICIOS	SEGUROS SOCIALES BENEFICIOS ASISTENCIALES
	DESEMPLEO	- SUBSIDIOS DE CESANTÍA	SEGUROS SOCIALES
	OTROS BENEFICIOS ASISTENCIALES	- PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN - MENORES SITUACIÓN IRREGULAR	BENEFICIOS ASISTENCIALES
	EDUCACIÓN	- BÁSICA - MEDIA - ESPECIAL - ADULTOS	
	CREDITO	- CREDITO SOCIAL - PROGRAMA EMPRESAS	SEGUROS SOCIALES Y BENEFICIOS ASISTENCIALES
	CAPACITACION	- PROGRAMAS DE BECAS - PROGRAMAS ESPECIFICOS	SEGUROS SOCIALES
	VIVIENDA	- SUBSIDIO HABITACIONAL	
	DEPORTE Y RECREACION	- ESCOLAR - POPULAR	BENEFICIOS ASISTENCIALES

**CUADRO N° 2
INSTITUCIONES ADMINISTRADORAS**

PRESTACIONES Y BENEFICIOS		ENTIDADES GESTORAS	
		PRIVADAS	PUBLICAS
PENSIONES	- INVALIDEZ - VEJEZ - SOBREVIVENCIA	- AFP (1) - CIAS. DE SEGUROS DE VIDA	- INP (2)
SALUD	- PREVENCIÓN Y CURACIÓN - SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL - ACCIDENTES DEL TRABAJO	- ISAPRE (3) - ISAPRE - CCAF (5)	- SERVICIOS DE SALUD - FONASA (4) - SERVICIOS DE SALUD
PRESTACIONES FAMILIARES	- ASIGNACIÓN FAMILIAR - SUBSIDIOS MATERNALES - REPOSO HIJO MENOR	- MUTUALIDADES - CCAF	- INP - SERVICIOS DE SALUD
DESEMPLEO	- OTROS BENEFICIOS	- ISAPRE - CCAF	
OTROS BENEFICIOS ASISTENCIALES	- SUBSIDIO DE CESANTIA - PROGRAMAS ALIMENTACION		- INP
EDUCACION	- MENORES SITUACION IRREGULAR		- JUNJI (6) - JUNAEB (7)
CAPACITACION	- BASICA - MEDIA - ESPECIAL - ADULTOS - PROGRAMAS EMPRESAS - PROGRAMAS DE BECAS	ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES SUBVENCIONALES - OTE (9) - OTIR (10)	- SENAME (8) - ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES MUNICIPALES
CREDITO	- PROGRAMAS ESPECIFICOS		- SENCE (11)
VIVIENDA	- CREDITO SOCIAL	- CCAF	- SERVIU (12)
DEPORTE Y RECREACION	- SUBSIDIO HABITACIONAL	- CORP. PRIVADAS	- DIGEDER (13)

- | | |
|--|--|
| (1) Administradoras de Fondos de Pensiones | (8) Servicio Nacional de Menores |
| (2) Instituto de Normalización Provisional | (9) Organismos Técnicos de Capacitación |
| (3) Instituciones de Salud Provisional | (10) Organismos Técnicos Intermedios de Capacitación |
| (4) Fondo Nacional de Salud | (11) Servicio Nacional de Capacitación y Empleo |
| (5) Cajas de Compensación de Asignación Familiar | (12) Servicio de Vivienda y Urbanismo |
| (6) Junta Nacional de Jardines Infantiles | (13) Dirección General de Deportes y Recreación |
| (7) Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas | Elaboración CIEDESS sobre la base de la legislación vigente. |

5. SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN SUECIA

(INFORMACION PROPORCIONADA POR LA EMBAJADA DE SUECIA EN MEXICO).*

ORGANIZACION PUBLICA

Suecia es una monarquía constitucional con una forma parlamentaria de gobierno. El rey tiene solamente funciones parlamentarias. El gobierno está constituido por un primer ministro, 12 jefes de ministerios nacionales y 8 ministros sin cartera.

El ministerio de salud y asuntos sociales, controla 4 departamentos: 1) Consejo Nacional de Salud y Bienestar; 2) Consejo Nacional de Seguros; 3) La agencia de Productos Médicos y, 4) El Instituto Nacional de Salud Pública. Además de esta estructura nacional, existe una representación a nivel provincial y a nivel local en 284 municipios urbanos y rurales.

SALUD Y ATENCION MEDICA

El objetivo principal del sistema de salud es vigilar que todos los ciudadanos gocen de un buen estado de salud, y que el acceso y la equidad a los servicios sea igual para todos.

Los gastos por los aspectos de salud representan el 8.5% del Producto Interno Bruto Nacional.

El organismo directo responsable a nivel regional es el consejo municipal y 3 municipalidades.

Existe el compromiso de mantener servicios en una forma comprensible al público aún por los privados para proporcionar tratamiento efectivo y oportuno. La práctica médica privada y los hospitales privados representan solamente el 5%, aunque en la odontología la práctica privada es del 50%. Los tratamientos médicos y de los dentistas privados son cubiertos por el sistema nacional de seguridad social.

Los consejos municipales han promovido a partir de 1983, actividades de promoción de la salud (para niños y madres embarazadas) y de prevención de enfermedades (cuidado dental en niños) y de accidentes. Los servicios de vigilancia de la salud para madres y niños son gratuitos.

* Resumen hecho por: Juan Carlos Ortega Sáez

La asistencia infantil es uno de los aspectos más importantes; es costeada por el Estado, los municipios y las cuotas de los padres. Existen guarderías, grupos para niños mayores con un maestro y un puericulturista, centros para niños en edad preescolar y custodia en hogares particulares.

La atención primaria de la salud es responsabilidad total del sector público y es atendida por médicos generales, algunos especialistas, enfermeras distritales y parteras, en clínicas para la atención de la salud materna, infantil y dental. Los pacientes pueden ser referidos a los servicios de hospitales del condado.

Estos hospitales están divididos por su capacidad resolutive y equipamiento en distritales, centrales y regionales. De estos últimos existen 1 a 2 hospitales regionales para cada una de las 6 regiones.

Los servicios de salud se dividen en servicios hospitalarios (tratamiento médico y quirúrgico, de corto y largo plazo, atención psiquiátrica) y extrahospitalarios (control de madres y niños en clínicas, visita domiciliaria por médicos del hospital, tratamiento dental, consultas psicológicas, psiquiátricas y de rehabilitación).

Desde el punto de vista de salud pública, los principales problemas identificados son en orden de frecuencia: Las enfermedades coronarias; enfermedades osteomusculares; lesiones por accidentes automovilísticos, enfermedades psiquiátricas, neoplasias malignas, alergias y otras hipersensibilidades. En relación a las causas de muertes, ocupan el primer lugar las enfermedades cardiovasculares (infartos al miocardio y accidentes vasculares cerebrales), seguidas por las lesiones por caída y accidentes automovilísticos, cáncer de mama y próstata.

Dos conceptos importantes se encuentran en proceso de investigación: El índice de salud, que relaciona los años de vida con completa salud con los años de enfermedades y el estudio de la mortalidad en diferentes grupos culturales y de nivel socioeconómico.

El estado de salud de los suecos va en relación directa con el alto estándar de vida: un promedio general de vida alto (74.8 años para los hombres y 80.4 años para las mujeres) y una baja mortalidad infantil (5.8 por 1,000). Sin embargo en contraste con otros países, las diferencias de morbilidad y mortalidad entre grupos sociales, sexos o regiones no es muy marcada. El incremento en la demanda de los servicios y asistencia a la población anciana es uno de los retos importantes para el futuro, ya que los recursos y servicios no podrán incrementarse en la misma proporción, por lo que el núcleo familiar tendrá una mayor responsabilidad para su cuidado.

El número de profesionales dedicados a la salud ha aumentado considerablemente en los últimos 20 años, lo que se refleja en el índice de 348 personas por médico.

Se registran cambios significativos en la clase y número de camas desde los años 80's. Los más importantes han sido en los hospitales psiquiátricos, donde el número de camas se ha reducido en un 50%, el promedio de estancia hospitalaria en un 23% y los servicios son proporcionados ahora por estructuras no institucionales.

Los servicios sociales coadyuvan al sistema de salud. Son proporcionados por las autoridades locales, las cuales tiene la capacidad de variarlos de acuerdo a los problemas detectados. En términos generales proporcionan ayuda a los niños, a los enfermos mentales, a los ancianos y a los drogadictos.

LA SEGURIDAD SOCIAL

Después de Alemania, Suecia promulga e implanta diversas leyes de Seguridad Social: por enfermedad y maternidad en 1891 (modificada en 1962); de compensación por lesión en el trabajo en 1901 (modificada en 1962); por vejez, invalidez y muerte en 1913 (modificada en 1990); por desempleo en 1934 (modificada en 1973) y de ayuda familiar en 1947.

A partir de 1930, a consecuencia del crecimiento industrial del país, se planteó un cambio de la seguridad social con los principios de: universalidad e igualdad, y aplicación de los seguros de enfermedad, desempleo, accidentes y vejez.

En 1948, se promulgó la nueva ley, pero hasta 1955 entró en vigor la legislación que aseguraba la protección del seguro social al 100% de la población.

El sistema actual de seguridad social comprende tres capítulos: a) Los seguros por enfermedad, dental, familiar, de pensión básica, parcial y suplementaria,; son administrados por la Ley General de la Seguridad Social; b) El seguro obligatorio contra accidentes de trabajo; y, c) El seguro voluntario de desempleo.

El organismo encargado de vigilar y aplicar la seguridad social es la administración nacional de seguridad social dependiente del ministerio de salud y asuntos sociales. Hay 28 oficinas regionales en el país que administran las cajas de seguridad social. Todas las personas aseguradas y residentes en Suecia son registradas en una caja de seguridad social cuando cumplen los 16 años de edad.

El sistema general de seguridad social es financiado con subvenciones estatales, impuestos patronales y aportaciones de los trabajadores. El seguro de desempleo se mantiene con las cuotas de los beneficiarios. El porcentaje que representan algunos rubros para la seguridad social son: El seguro de enfermedad 23.30%, las prestaciones familiares y de los hijos 11.20%, la pensión básica 30.20%, la pensión suplementaria 28.30%, otras prestaciones 4.90% y gastos administrativos 2.10%.

EL SEGURO NACIONAL DE ENFERMEDAD

A. Subsidios por gastos médicos:

Incluye servicios a pacientes ambulatorios, tratamientos paramédicos y de hospital, asesoramiento sobre planificación familiar, gastos de transporte, productos farmacéuticos y asistencia dental.

Una parte de los gastos son costeados por el sistema de la seguridad social y otra parte es determinada por la autoridad local y pagada por el paciente (visitas al médico, estudios de laboratorio y rayos X). Los gastos por planificación familiar, incluyendo los anticonceptivos son gratuitos. Los gastos de transporte son reembolsados al paciente por asistencia médica o dental. Se concede también rebajas a productos farmacéuticos. Para aquellas personas con un gasto alto por visitas médicas o medicamentos, se les proporciona una tarjeta de gratuidad al rebasar una cantidad. El paciente paga directamente a la diputación provincial una cuota por tratamiento hospitalario.

La asistencia dental cubre todas las formas de tratamiento y las medidas de carácter profiláctico. El paciente paga entre 25 y 70% de los gastos totales dependiendo del monto total. Los niños y los jóvenes menores de 18 años tienen derecho a la asistencia gratuita.

B. Otras prestaciones:

Subsidio de enfermedad: es la compensación por el sueldo perdido a consecuencia de enfermedad y cubre hasta un 90% del sueldo por abajo de un ingreso de 45,000 dólares al año (252,700 coronas suecas). Sueldo de enfermedad: el empleador paga el sueldo a sus empleados los primeros 14 días de baja. El total varía entre el 80 al 90% del sueldo total. Prestaciones de rehabilitación: incluye un subsidio por rehabilitación y por gastos especiales. Las pruebas de aptitud laboral, entrenamiento y capacitación se incluyen en éstos. Gastos demedios auxiliares de trabajo: esta subvención se proporciona a personas con una disminución funcional o quien se haya visto afectado por una enfermedad de larga duración.

C. El seguro familiar:

Se basa en el principio de compensación de pérdida de ingresos para los que se quedan en casa a cuidar a algún hijo. Se proporciona a los padres verdaderos, adoptivos y/o a las personas encargadas del cuidado y educación del niño. Este seguro incluye varios subsidios: Familiar hasta por 450 días por el nacimiento de un hijo y durante los primeros 8 años de vida. Los días se tienen que repartir entre ambos padres. La madre puede recibir además un subsidio de embarazo, equivalente a 50 días antes del parto y el padre recibe 10 días del subsidio de seguro familiar por el nacimiento de un hijo. En caso de enfermedad del niño, los padres tienen derecho a recibir el subsidio familiar temporal.

EL SEGURO DE PENSION GENERAL

Este sistema de pensiones se calcula sobre una cantidad básica que corresponde al índice general de precios. Comprende 3 pensiones generales: a) básica, b) parcial y c) suplementaria.

La edad de jubilación en Suecia es a los 65 años; sin embargo, antes de llegar a los 65 años, se puede recibir una pensión anticipada y parcial que permite trabajar menos horas.

Para recibir una pensión básica, es necesario ser ciudadano sueco, residente en el país o en el extranjero o ser extranjero empadronado en Suecia. Incluye los siguientes rubros: de jubilación, de invalidez o un subsidio de invalidez provisional, anticipada y de supervivencia (orfandad, de adaptación y especial de supervivencia).

Las personas que hayan cumplido 60 años y deseen reducir su jornada laboral, pueden recibir una pensión parcial y cubre hasta el 65% del sueldo hasta determinado tope. Para obtener esta pensión es necesario conseguir un empleo de tiempo parcial y también se puede aplicar a pequeños comerciantes y trabajadores libres.

Finalmente se denomina la pensión suplementaria a la prestación proporcional a los ingresos que reciben las personas que por lo menos durante 3 años tuvieron ingresos que sobrepasaron la cantidad básica y tienen reconocido este ingreso. Puede ser: de jubilación (60% del promedio de ingresos al haber cotizado por 30 años), de invalidez (requisitos de pensión durante 1 año), de supervivencia, orfandad, adaptación y especial de supervivencia.

EL SEGURO DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y POR ENFERMEDAD PROFESIONAL

Las personas que sufren una enfermedad o accidente en el sitio de trabajo o en el trayecto del domicilio al trabajo o viceversa, tienen derecho a reclamar una indemnización. Este seguro protege a los individuos que tienen un trabajo remunerado ya sea dependientes o independientes, trabajadores de base o temporales y también para algunos estudiantes.

Este seguro paga varios subsidios: por enfermedad, por disminución de la capacidad de trabajo y por muerte. Los gastos médicos por la atención también están incluidos.

EL SEGURO DE DESEMPLEO

En caso de desempleo, la ayuda se puede percibir a través de tres fuentes: a) Las cajas del seguro de desempleo (subsidio diario de desempleo), que son gestionadas por los sindicatos de los asegurados; b) De la administración del mercado de trabajo (ayuda diaria en efectivo), para las personas que no están afiliadas a las Cajas del Seguro de Desempleo y, c) Del empleador y del estado (salario y demás prestaciones) para los trabajadores que sean despedidos temporalmente por falta de trabajo.

OTRAS PRESTACIONES SOCIALES

Estas prestaciones también se encuentran administradas por las Cajas de Seguridad Social. Comprende las siguientes ramas: Subsidio infantil: se paga por todos los niños desde el nacimiento hasta los 16 años. Suplemento por familia numerosa, que se da en forma completa a partir del cuarto hijo. Suplemento por adopción de un hijo a una persona sola. Anticipos de pensión alimentaria que substituye temporalmente el pago por pensión alimentaria a la parte que tenga la custodia legal del hijo. Subsidio de automóvil. Subsidio especial de adaptación. Subsidio diario de formación profesional y especial de estudios para adultos. Subsidios de instrucción en el marco del servicio militar y de la defensa civil. Subsidio social.

RETOS PARA EL FUTURO

1. Mantener el derecho universal y la accesibilidad a los servicios.
2. Mantener los costos de la seguridad social con fondos públicos equitativos.
3. Aumentar la productividad y eficacia de los servicios como respuesta a las necesidades actuales.
4. Reevaluar las actividades, reasignar las responsabilidades, disminuir la burocracia y tener mayor libertad de elección de los usuarios.

BIBLIOGRAFIA

1. The Swedish National Board of Health and Welfare. Social Services in Sweden. *A part of the Social Welfare System*. Sweden, August, 1992.
2. The Swedish National Board of Health and Welfare. *Sweden, Public health report*. 1991.
3. Instituto Sueco. *La Asistencia Médico Sanitaria*. Información sobre Suecia. mayo, 1992.
4. Instituto Sueco. *La Asistencia Médico Sanitaria*. Información sobre Suecia. Suecia, mayo, 1992.
5. Instituto Sueco. *La asistencia infantil en Suecia*. Información sobre Suecia. Suecia, noviembre, 1992.
6. Instituto Sueco. *La asistencia a las personas mayores en Suecia*. Suecia, Información sobre Suecia. junio, 1992.
7. Instituto Sueco. *Apoyo a los minusválidos*. Información sobre Suecia. Suecia, noviembre, 1992.

6. SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN JAPON

(INFORMACION PROPORCIONADA POR LA EMBAJADA DE JAPON EN MEXICO).*

Este país de gran desarrollo industrial y económico, ha tenido grandes avances en la salud de su población como lo demuestra el hecho que su tasa de mortalidad infantil sea de sólo 5‰ de los nacidos vivos, su tasa de mortalidad de 6.3 por 1,000 habitantes; y la esperanza de vida es de 75.6 años para los hombres y 81.4 para las mujeres, que constituyen una de las más altas del mundo. A pesar de su enorme población, es necesario mencionar que la tasa de crecimiento demográfico, que tuvo su máximo crecimiento después de la Segunda Guerra Mundial, ha tenido una tendencia hacia la baja de tal manera que para 1989 ésta se situaba en 0.4% anual y se espera que siga disminuyendo; la caída de las cifras de crecimiento demográfico se debe ante todo, a una disminución de la tasa de natalidad.

Uno de los factores principales que posibilitaron la recuperación económica y el rápido crecimiento del Japón ha sido la existencia de un sistema típicamente japonés de empleo y de relaciones industriales, que se basa en diversas reformas, tales como el **Rodo Sanpo (tres leyes sobre el trabajo)** que se aprobaron inmediatamente después de la guerra, y también en el mismo sistema educativo del país. Para 1960 se había conseguido establecer una base bastante firme. Sus pilares son: empleo de por vida, promoción por senioridad, y sindicatos intraempresariales.

Desde la segunda mitad de los sesenta hasta el día de hoy la sociedad masiva e industrializada de Japón ha conseguido gracias a su crecimiento económico elevar su posición dentro del mundo, ahora necesita buscar una nueva identidad.

Un aspecto importante a considerar dentro del desarrollo de la sociedad y el progreso japonés ha sido la participación de la mujer, la que está protegida por una serie de leyes entre ellas el principio de igualdad sexual que prescribe la Constitución y las enmiendas al Código Civil que se aprobaron después de la guerra. Esto ha condicionado que la mujer participe de manera importante en la fuerza laboral y es cada vez mayor el número de mujeres casadas que trabaja, de tal suerte, que para 1990 este grupo representaba el 37.4% del total de la fuerza laboral.

SISTEMA DE GOBIERNO

Japón tiene un sistema democrático y capitalista. Todos los ciudadanos adultos poseen el derecho de elegir y ser elegidos en las elecciones nacionales y regionales. El poder legislativo del Japón reside en un inmueble ubicado en Tokio denominado **Edificio de la Dieta**. Cuenta con dos cámaras,

* Resumen hecho por: Hilario Fierro Hernández.

la de representantes y la de consejeros. Los miembros de la cámara de representantes se elige por distritos locales, los de la cámara de consejeros representan las **prefecturas** de toda la región. La mayoría de las leyes nacionales deben pasar por ambas cámaras, aunque para algunas leyes, cuando no se ponen de acuerdo, predomina la decisión de la Cámara de Representantes. El Primer Ministro nombra el gabinete y cada miembro encabeza un ministerio gubernamental. El Japón también tiene un emperador. Por la Constitución Japonesa, el emperador es el símbolo de la nación y la unidad del pueblo, sin embargo no tiene poderes relacionados con el gobierno.

SISTEMA DE SALUD

En el campo de la salud, su política está basada en la equidad y la universalidad de la atención médica, por lo que el sistema se preocupa en garantizar el acceso a los servicios médicos, buscando un equilibrio al otorgar mayores subsidios a los grupos poblacionales no asalariados y, a que básicamente sean los grupos de trabajadores los que financien su atención médica. Algunas de las características de este sistema, son la libertad del usuario en escoger a su médico y un sistema donde el médico tiene la libertad de manejar sus decisiones de medios de exploración y tratamiento, desde su punto de vista clínico. Esto sin que repercuta en los costos de la atención médica, ya que Japón en este concepto, se encuentra por abajo de otros países industrializados.

En cuanto al sistema de atención médica está laxamente organizado y menos rígido en lo funcional, que los conocidos del mundo occidental. Los establecimientos de la atención médica son por excelencia las llamadas clínicas, que por lo general cuentan con un máximo de 20 camas, usualmente pertenecen al médico que las preside y por otra parte los hospitales, con más de 20 camas, son frecuentemente propiedad de los médicos que los manejan y operan. Los hospitales de mayor prestigio son los públicos que cuentan con programas de enseñanza.

Por principio están prohibidos los hospitales con fines lucrativos, las corporaciones dueñas de hospitales tienen que aceptar que los beneficios económicos sean para sus empleados para revertirlos en la comunidad local, de tal modo que las ganancias no pueden ser destinadas para otros propósitos. Usualmente el director del hospital debe ser un médico. También destaca que los hospitales tienen incorporados los servicios de consulta externa que funcionalmente muestran poca diferencia. Un tercio de las clínicas tienen sus propias camas, dado que usualmente los médicos que ejercen la medicina en forma privada no tienen acceso a los hospitales. Todos los médicos que trabajan en ellos, a excepción de los que son dueños de sus propios hospitales son empleados y reciben un salario fijo igual para todos. Los nosocomios y las clínicas compiten por los pacientes, los hospitales tratan de ganar

pacientes a través de sus servicios de consulta externa y las clínicas tratan de que los pacientes no acudan directamente a los hospitales.

Los hospitales japoneses internan pacientes tanto agudos como crónicos y los alojan indistintamente en el mismo piso o servicio por lo que el promedio de estancia hospitalaria es de 52 días, ya que estas instituciones son también usadas como casas de descanso o recuperación en procesos largos y la información no está diferenciada. El 43% de los pacientes hospitalizados son mayores de 65 años y por encuesta se sabe que el 45% de los jubilados han sido hospitalizados por más de seis meses en alguna época. Otra característica interesante es que los médicos prescriben y proveen ellos mismos los medicamentos en las clínicas, lo cual ha ocasionado que este país sea una de las naciones con más alto gasto per cápita en el consumo de medicamentos.

En términos generales la atención médica se presta bajo una tarifa fija de cuotas uniformemente establecidas a nivel nacional lo cual significa que los asegurados pagan la misma cuota a los prestadores de servicios, sea la atención de tipo general o especializada, o si se otorga en una pequeña clínica rural u hospital urbano.

LA SEGURIDAD SOCIAL

El término de seguridad social cobró actualidad en Japón sólo después de la guerra, sin embargo, es necesario mencionar que este país ha sido uno de los precursores de ella. En 1927 se estableció la obligatoriedad de la Ley del Seguro Social, por lo que algunos de los elementos que componen este sistema tienen sus orígenes en situaciones que existían aún antes de la guerra.

Dentro de las situaciones que se dieron en la postguerra, fue la creación de un sistema moderno de auxilios públicos, o sea, un sistema de seguridad social que se basa en las Tres Leyes de Seguridad Social y en diversos esquemas que tratan de seguros médicos, de pensiones, de protección contra daños ocasionados por el trabajo, aquí surgió el sistema actual de seguridad social en Japón. La riqueza que se produjo durante el periodo de gran crecimiento económico permitió muchas mejoras en el sistema. En 1971 se aprobó la Ley de Protección del Menor de Edad, y así el sistema de seguridad social del Japón llegó a tener un aspecto semejante al que ofrecen los países avanzados. En 1973 cuando se decretó el Primer Año de Seguridad Total, se introdujeron sucesivamente muchas mejoras en los beneficios que aporta la seguridad social. Sin embargo, las crisis del petróleo de 1973 y 1979 así como otras crisis de la misma década, obligaron a reformar muchos de esos sistemas y esquemas, y, en consecuencia el beneficiario tuvo que asumir una carga mayor.

Sistemas de pensiones. Actualmente funcionan muchos sistemas de pensiones del Estado, entre los que destacan los de los marineros de la marina mercante o de los funcionarios públicos. Sin embargo, los más importantes son el **sistema nacional de pensiones** que está abierto a todos los ciudadanos y el sistema de pensiones para empleados. La cotización al

esquema de pensiones aumentó de 12.4% en 1989 a 14.5% en 1991 del salario mensual del empleado para los hombres; las cotizaciones de las mujeres que eran inferiores a las de los hombres se igualaron a éstas, pasando de 11.9% en 1990 a 14.5% en 1994; esta cantidad se distribuye en partes iguales entre el trabajador y la empresa. Luego según la cantidad de años que se hayan cotizado, el empleado tendrá derecho a una pensión de jubilación a partir de los 60 años, a lo que se añade luego, a partir de los 65 años otra pensión básica de edad avanzada. En 1989 la pensión básica en edad avanzada que se cobra a partir de los 65 años era de 55,000 yens al mes. La cuantía de la otra pensión de jubilaciones a partir de los 60 años, depende de la cantidad de cotizaciones realizadas con base en el salario mensual, la antigüedad de pertenencia al esquema y la cantidad de personas que el jubilado tiene a su cargo en la familia. Además existe la pensión de invalidez que se paga al beneficiario que por diversas razones queda invalidado para el trabajo, y cuya cuantía depende del tipo de invalidez, a la muerte del beneficiario sus supervivientes reciben lo que se llama pensión básica de supervivencia y pensión del superviviente empleado.

En 1989 los trabajadores cotizaban 8,000 yens al mes y para 1990 8,400 yens, lo que les da derecho a todos los tipos de pensiones que se han descrito anteriormente.

SEGUROS MEDICOS

Tienen la característica de que no son lucrativos, tienen diversos esquemas, pero la gran mayoría de la población está afiliada a uno de los dos grandes esquemas: **de seguros médicos para empleados o el nacional de seguros**, que es para todos los ciudadanos. El primero de ellos, lo administran diversas asociaciones de seguros y el segundo, está en manos del gobierno. La tendencia es que la mayor parte de los que trabajan en compañías pequeñas se afilian al sistema nacional de seguros médicos, mientras que los empleados en grandes firmas se asocian con esquemas organizados por su firma o por un grupos de firmas con intereses laborales comunes como por ejemplo: Toyota, Nissan, Hitachi, Toshiba, etcétera.

En 1990, el esquema gubernamentalmente de seguros médicos cobraba una prima de 8.4% sobre el salario mensual básico, que cubren a partes iguales el beneficiario y el patrón. Los esquemas que administran las asociaciones de seguros cobraban en ese año alrededor de 8.14% con ligeras variantes según las asociaciones. Ambos esquemas, el del gobierno y el de las asociaciones, piden que el beneficiario cubra sólo un 10% de costos de tratamiento médico de enfermedades o accidentes ocurridos fuera del lugar de trabajo.

Sin embargo la familia de los asegurados, que también están protegidos con este esquema, deben pagar un 30% de los costos de tratamiento médico en consulta externa y 20% en los casos de hospitalización. El seguro se

completa con otras provisiones que cubren tratamientos médicos muy costosos e incluyen beneficios para el caso de embarazo, partos y atención al recién nacido, gastos funerales e invalidez.

El esquema de seguros médicos para profesionales independientes y labradores, está organizado con base regional. Los asegurados cotizan una cierta cantidad mensual que varía regularmente según las regiones, los beneficios son prácticamente los mismos que los descritos en los esquemas anteriores y la mayor diferencia consiste en que éste sólo cubre un 70% de los gastos médicos.

Seguros de desempleo. El que queda desempleado tiene derecho a un seguro que provee el **esquema de seguros de desempleo**. Tiene derecho a este seguro toda persona que haya cotizado al menos seis meses al esquema durante el año anterior a la fecha de desempleo. También quedan protegidos, los que perdieron su trabajo por jubilación obligatoria. Por lo general, el asegurado cobra un 60% del salario diario, según fuere la edad del desempleado y su antigüedad en el esquema, cobrará esa cantidad por periodos de tiempo que oscilan entre 90 y 300 días. Sin embargo, las personas de más de 65 años que perdieron su empleo por razones que no sean la jubilación obligatoria, tienen derecho a recibir lo que se llama pensión de retiro de la tercera edad, cuyo monto depende de los años que se hayan cotizado.

El empleado que cae enfermo o sufre algún accidente durante el trabajo, o en el trayecto, tiene derecho a tratamiento médico gratis, según provee el **seguro de compensación del asalariado**; si su enfermedad o accidente lleva a la pérdida de ingresos, el empleado tiene derecho a recibir un complemento de ingresos. Si el accidente laboral resulta en minusvalía permanente, el trabajador tiene derecho a solicitar una compensación, que puede ser anual o que se paga una sola vez. Las primas de estos seguros laborales, siempre las paga el patrón y oscilan entre el 0.5 y el 12.9% del salario del empleado; el porcentaje se determina de acuerdo a la tasa de incidencia de accidentes en cada rama industrial.

Ayuda a indigentes. Se ofrecen siete tipos diferentes de ayuda: por ayuda general, vivienda, educación, tratamiento médico, partos, alimentación y gastos de funeral. La cantidad que recibía una familia pobre en 1990 en Tokio y otras grandes ciudades era de 177,000 yens mensuales para una familia de tres personas. Cuando se puso en vigor este sistema el 2.42% de la población recibía estos beneficios; en 1985 la cifra bajó a 1.18% y en 1989 a 0.96%. La mayor parte de los que se acogen a este sistema son ancianos o madres solteras.

Beneficencia y ayuda social. Los beneficiarios principales de los sistemas de beneficencia y ayuda social son los niños y los ancianos, así como los minusválidos. En cuanto a los niños el componente principal de ayuda son las guarderías que cuidan de los niños cuyas madres, por razones de trabajo o de otra índole, no pueden atenderlos durante el día. Hay también otros centros para niños con necesidades especiales como los retrasados

mentales y los lisiados. El 1° abril de 1991 entró en vigor una nueva ley que considera a los hombres y mujeres trabajadores, cuando soliciten permisos para atender a sus hijos hasta la edad de un año. La ley protege a los trabajadores contra el despido por haber tomado el permiso y exige a los patrones que tomen las medidas necesarias para su reintegración. El 1° de enero de 1992, se hizo una enmienda a la ley de **prestaciones para los hijos**, por medio de la cual se consideran subsidios para el primer hijo, concentrados en principio en los tres primeros años. Se han doblado las prestaciones para todos los hijos con pagos de 5,000 yens al mes para el primero y segundo hijos y de 10,000 yens para los hijos siguientes. Las personas cuyos ingresos exceden de un cierto límite no tienen derecho a los subsidios para los hijos. Los empleados pagan siete décimos del costo, un quinto corre a cargo del Estado y el resto lo aportan la prefectura y la municipalidad.

Los servicios de ayuda social a los ancianos se dividen en dos grandes grupos: los que atienden a los ancianos en residencias y los que les dan algún tipo de ayuda mientras viven en sus hogares. Las residencias de ancianos atienden a aquellos que por razones financieras o de otra especie no pueden vivir en otro lugar. Hay residencias especiales para aquellos que por razones de insuficiencia mental y física no pueden ser atendidos por sus familiares. Se ofrece también, servicios de ayuda social a los físicamente impedidos cuyo número en 1987 se calculaba en 2'410,000 en todo el país. En el año fiscal de 1987 Japón gastó 40.6 billones de yens en la seguridad social lo que representa el 14.6% del producto interno bruto, cifra menor al gasto de países como Suecia, Alemania Occidental, Inglaterra y Estados Unidos.

Como se ha descrito, la seguridad social de Japón es una de las más sólidas en todo el mundo, sin embargo, enfrenta algunos retos entre los que destacan los siguientes:

- Se prevee una disminución en el número de empleos, principalmente en la microelectrónica por el empleo cada vez mayor de robots mecánicos.
- El incremento en el número de divorcios desde mediados de los setenta, los que aún se dan entre gente mayor o de la tercera edad.
- Es notable el aumento en la cantidad de niños que se ven envueltos en los procesos de divorcios, por lo que debe incrementarse la ayuda social en los niños que viven en hogares con uno sólo de sus progenitores.
- Las presiones económicas del extranjero y las mismas tensiones internas que resultan del envejecimiento de la población y los cambios en las actitudes de la gente joven, derivado del sistema laboral de este país.
- La concentración excesiva de gente en las ciudades, ha creado una mayor demanda de escuelas, centros de salud, falta de vivienda, lo que ha condicionado que el campo disminuya su población de manera considerable y tenga un estancamiento económico y un empeoramiento de las condiciones de vida. Sin embargo, el principal problema que enfrenta este país es el envejecimiento de su población.

Los puntos antes expuestos incrementarán el seguro de desempleo, incidirán en la ley sobre el permiso obligatorio para cuidar el hijo, posibles cambios en el sistema laboral, así como el aumento de los gastos de asistencia social, médica y de pensiones. Todo lo anterior arribó en la propuesta de este país, en la reunión del **Grupo de los Siete** de 1973 para disminuir de manera significativa el gasto social, recortar los subsidios a desempleados, disminuir los servicios de atención a la salud y que su costo sea cubierto en su totalidad por los usuarios.

La solución a este gran conflicto, no es tan sencilla, ya que Japón no podrá continuar con el mismo crecimiento para los próximos 35 años, porque su desarrollo tendrá que afrontar grandes limitaciones políticas sociales y ecológicas y tendrá que modificarse la antigua creencia de que el crecimiento económico, resuelve todos los problemas.

7. LA SEGURIDAD SOCIAL EN COSTA RICA

MARIO PACHECO MENA

Costa Rica en un pequeño país enclavado en el istmo centroamericano, con una población que no supera los 3.2 millones de habitantes de los cuales un 6% son analfabetas y el desempleo llega a no más de un 4%. La mortalidad infantil es de 13.2 casos en 1,000 nacidos vivos. La expectativa de vida al nacer es de 76 años. Su sistema político es una verdadera y efectiva democracia con elecciones presidenciales y legislativas cada 4 años con una interesante alternancia en el poder de los dos partidos mayoritarios. País sin ejército por decisión propia, lo que le ha permitido destinar el 7.4% de su PBI a la salud, ocupando un 65% de su presupuesto nacional en seguridad social que a su vez cubre el 100% de la población.

En este corto espacio pretendo brindar una visión general del Sector Salud Costarricense dentro del contexto de la seguridad social, señalando en su evolución histórica los aciertos y los desaciertos. Más de medio siglo de seguridad social permite valorar la evolución de sus instituciones, la situación actual y su problemática, así como una propuesta de reforma del Sector Salud, que consideramos parodiando el título de este libro, nuestra opción de Reforma de la Seguridad Social.

En 1941 se inició la seguridad social con una cobertura de 3.5% de la población, la cual fue duplicándose en los siguientes decenios. En el año 1960, la Asamblea Legislativa mediante modificación constitucional, emitió el mando de la universalización de la misma a partir de 1970. En 1978 todos los hospitales del país fueron trasladados a la seguridad social y a partir de entonces la atención médica a las personas es responsabilidad de esta institución.

Al día de hoy, Costa Rica al igual que la mayoría de los países del Continente Americano, se encuentra en un proceso de transformación y

ajuste macroeconómico. El diagnóstico, el conocimiento y el análisis de nuestras problemáticas, han dibujado nuevos escenarios donde actualmente se trabaja arduamente para mantener y a la vez mejorar nuestro sistema de salud y seguridad social. Esto porque el costarricense ama la seguridad social, y que por amarla la critica y busca constantemente su mejora. El costarricense siente derechos sobre el sistema porque lo siente suyo y lo defiende; esto es casualmente lo que ha permitido el gran desarrollo de la seguridad social en Costa Rica.

Es por todo lo anterior, que los costarricenses estamos satisfechos con nuestro sistema de seguridad social. Creemos firmemente que la salud, la educación y la seguridad personal es responsabilidad del Estado, y estas tres condiciones las tiene garantizadas la población desde que nace hasta que muere. Es probable que nuestro sistema o modelo no sea aplicable en otros países, pero la honesta exposición de los logros y los fracasos de un modelo es un indicador valioso para otros países, creo que ese es el verdadero objetivo de este libro y a el me voy a apegar.

El futuro de la seguridad social en América Latina depende en buena parte de qué tanto apoyo se le esté dando en los diferentes países del continente. Algunos, como Cuba y Costa Rica han hecho de la seguridad social una manera de vivir, para trascender lo que en un tiempo fue una utopía, luego una filosofía y por último un modelo. Cuando la seguridad social es una manera de vivir, y cuando la paz y la seguridad ciudadana descansa en ella, su futuro debe ser bueno y promisorio, porque lo contrario sería un suicidio social.

En Costa Rica la seguridad social ha sido y es responsabilidad del Estado a través de una institución autónoma que ejecuta el presupuesto otorgado y administra sus dos regímenes que son el de maternidad y enfermedad, así como el de vejez, invalidez y muerte. Hemos avanzado mucho y hemos logrado una cobertura total, pero no estamos por fuera de la crisis que afecta a la mayoría de los sistemas que protegen la salud.

En la mayoría de los países existe una crisis de los sistemas de salud por el incremento poblacional con ciudadanos que tienen que enfrentarse a viejas y nuevas enfermedades, algunas crónicas e incurables y otras altamente incapacitantes. Además de todos es conocido el aumento de los costos en seguridad social debido a la gran demanda de servicios que no es congruente con una gerencia financiera eficiente, con grandes problemas en recaudación y evasión. No podemos negar, si queremos ser objetivos, que no contamos con suficientes gerentes hábiles y creativos, que lidereen el proceso con instrumentos administrativos modernos y que puedan, con eficiencia, dar solución a problemas inmediatos y de largo plazo.

Carlos Sagot dice «este aspecto es relevante, porque la crisis de la seguridad social y consecuentemente la vigencia de sus principios filosóficos podría deteriorarse, en la medida en que los ejecutivos de la seguridad social en América Latina no tengan la capacidad gerencial suficiente para resolver,

no sólo los problemas a corto plazo, sino lo que es más importante, los de largo plazo».

Es así evidente que necesitamos líderes de la seguridad social en todos los países de América Latina, para que difundan y prediquen esta filosofía, para que conduzcan el desarrollo de la misma y para que su vasta preparación académica resista los embates políticos y se asegure su permanencia en la seguridad social, lo que resulta en garantía de continuidad de los programas.

Líderes que conozcan todos y cada uno de los modelos existentes en el mundo y que tengan la capacidad de extraer de ellos lo bueno para ser aplicado a un modelo especialmente adaptado a las condiciones propias de su país. Líderes que puedan transformar la ineficiencia en eficiencia como factor fundamental del futuro de la seguridad social. Líderes que luchen por la formación de recursos humanos calificados para garantizar la gestión administrativa de un proceso en donde el pueblo contribuye con sus recursos, «será entonces, que el futuro de las prestaciones de la seguridad social en América Latina, dependerán de eficiencia, eficacia, productividad, justo a tiempo, calidad total, etcétera y esto es lo que debe adoptar la gerencia de la seguridad social, adaptando la institución al medio del cual provienen las demandas de servicios y protección» (Sagot).

Para concluir con la reflexión anterior, creo que el asunto no es de análisis independiente de indicadores dentro del sistema de seguridad social, sino que es algo más profundo, donde se está tocando su sobrevivencia, que inmersa en una severa crisis, debe ser objeto de análisis, diagnóstico y cambios radicales en sus instituciones.

Costa Rica no ha escapado a esta crisis, y es aún más seria, cuando sobre la seguridad social descansa la responsabilidad de las prestaciones médicas de todo el país. No obstante el gran desarrollo alcanzado, cuando la seguridad social está institucionalizada y sustentada en un mandato constitucional consagrando la obligatoriedad de la cotización a los trabajadores, patronos y al Estado, y este último destina el 65% del Presupuesto Nacional a la Seguridad Social, sabemos que hay grandes problemas que tenemos que resolver.

El proceso que permitió lograr una cobertura total en 50 años, colocó como prioritario la prestación de servicios médicos. Ahora, en los últimos años del siglo XX, nos preparamos a reforzar las prestaciones sociales y económicas de los habitantes. Somos conocedores del desfase que existe cuando un país pobre pretende una seguridad social que cubra a toda la población. Sabemos el alto costo que esto significa pero también sabemos que la seguridad social es nuestra seguridad nacional. «Costa Rica está sufriendo los cambios violentos que la crisis económica señala y sus efectos son muy adversos en las áreas de financiamiento y de la calidad de protección a brindar, por cuanto se restringen los recursos y aumentan las necesidades. Los aumentos en el desempleo reduce los niveles de ingresos por contribuciones e incrementan las necesidades de protección económica y

sanitaria. La presencia de altos índices de inflación aunados a la inestabilidad y reducción de los salarios reales determinan reducción de ingresos y aumentos en los costos de la seguridad social» (Aguilar).

Uno de los aspectos más interesantes y trascendentales que se tocó en la Reunión Internacional de Análisis sobre Opciones para la Reforma de la Seguridad Social, que organizó la Comisión Americana Médico Social de la C.I.S.S., en julio de 1994 en México, D.F., fue el cuestionamiento de si pueden mantenerse los sistemas de prestaciones actuales bajo el régimen solidario. En dicho evento, Costa Rica contestó categóricamente que sí. La condición es que la cotización sea obligatoria. Costa Rica ha demostrado que sí se puede aunque en este momento estamos buscando alternativas sin sacrificar el principio de solidaridad, como son los regímenes suplementarios sobre todo en pensiones.

El régimen solidario es posible si hay un adecuado compromiso del Estado de pago y de apoyo. Es posible si la seguridad social está apoyada por una administración eficiente, pero sobre todo, es posible si el pueblo está consciente de lo que es la solidaridad, si conoce y acepta los principios filosóficos de la seguridad social y esto se conseguirá únicamente llevando adelante un proceso educativo en seguridad social para toda la población. La educación en seguridad social es un requisito fundamental ante cualquier proceso de extensión de cobertura, o bien, como el tema que nos ocupa, ante la perspectiva de la solidaridad en la contribución a la seguridad social. Nada ganamos con legislar y obligar al pueblo a un impuesto que no entiende.

Costa Rica mantiene una seguridad social sustentada en la solidaridad. Sin embargo es bueno comentar aspectos relativos al financiamiento de la seguridad social en este país, problemas y perspectivas. Para analizar asuntos financieros en seguridad social, no debemos dejar de interrelacionar los ingresos con los regímenes de protección que se brindan, en el contexto económico y social del país mismo, es decir, sin dejar de ver la realidad nacional. En este aspecto evidentemente en Costa Rica hay un desfase, con una seguridad social muy cara en el contexto de un país pobre. Entonces, ¿por qué continuar con este sistema?

La respuesta es que nosotros consideramos que la seguridad social y sus progresos, es factor determinante en el desarrollo social y económico. En Costa Rica la salud es un derecho, no un negocio. El principio de subsidiariedad del Estado establece que en última instancia el Estado es responsable de garantizar el derecho a la seguridad social.

El financiamiento basado en la contribución obligatoria porcentual sobre los salarios e ingresos de la población económicamente activa, son en definitiva excelentes fuentes, dada su seguridad y solidez en términos económicos. En Costa Rica, los dos regímenes de la seguridad social que son el de enfermedad y maternidad, así como el de vejez, invalidez y muerte, están financiados por las contribuciones de los trabajadores, los patronos y el Estado de acuerdo a las necesidades.

La Caja Costarricense de Seguro Social, recibe el 23% de los salarios integrado por el 14% de contribución por el patrono, el 8% de contribución del trabajador y el 1% por parte del Estado. Estos ingresos son destinados en un 65% para el régimen de enfermedad y maternidad y el 35% para el régimen de vejez, invalidez y muerte. Además la C.C.S.S., tiene ingresos sobre las cotizaciones de los trabajadores independientes en un 7.15% por parte del cotizante y un aporte del Estado del 6.10% en forma complementaria. La población costarricense no contributiva se consideran asegurados por el Estado quien paga a la C.C.S.S. una cuota que varía de 4.5 a 13.12% con una media de 7.15% respecto a la masa cotizante de los grupos. Los pensionados cotizan a la Caja el 4.50% sobre el monto total de su pensión y el Fondo de Pensiones que sale de las contribuciones de la clase asalariada y los patronos, paga un 7.75% adicional y el Estado contribuye con el 0.25%.

El problema es que los estudios efectuados en cuanto al equilibrio financiero que nos dan un futuro incierto debido a que a mediano y largo plazo el crecimiento de los gastos es más acelerado que los ingresos. Esto básicamente se debe al aumento de costos en general de la seguridad social, la evasión contributiva que llega a un 14%, pocos contribuyentes de los trabajadores independientes e incumplimiento estatal en sus obligaciones contributivas que llega a un 73% en los últimos 5 años pero afortunadamente ha mejorado en los últimos dos años.

La estrategia planteada para corregir estos problemas financieros se basa en seguir llevando a toda la población la protección a la salud, con la contribución de todos los grupos que tengan capacidad contributiva. Por lo tanto, ante la necesidad de hacer efectiva la obligatoriedad contributiva la perspectiva planteada... es alcanzar la universalización mediante el establecimiento del Seguro Nacional de Salud», buscando las siguientes estrategias:

- a. Establecimiento de la obligatoriedad contributiva.
- b. Establecimiento del modelo de atención integral de salud con énfasis en el nivel primario con medicina familiar y comunitaria.
- c. El fortalecimiento del sistema de control de evasión.
- d. Garantía del pago oportuno por parte del Estado.
- e. Proceso educativo a toda la población sobre seguridad social a nivel de educación primaria, secundaria y universitaria.

Es realmente satisfactorio comunicar que este proceso educativo a toda la población de Costa Rica, dio inicios en marzo de 1994.

Un aspecto muy importante de la seguridad social costarricense, es que ésta cuenta con un régimen de invalidez, vejez y muerte, que da cobertura a los trabajadores en dichas eventualidades. Jaramillo Antillón, en su libro Salud y Seguridad Social enfatizó que todo plan de pensiones constituye un programa de solidaridad entre los patronos, trabajadores y el Estado, así es visto en Costa Rica.

Respecto de las pensiones, la realidad es que no se ha podido obtener buenos resultados en cuanto a los criterios de igualdad y equidad, pues muchos grupos de presión han logrado ventajas en las mismas, que se desfasan de la realidad económica de la institución, del régimen y del país mismo. Es así como el régimen contributivo de la C.C.S.S. cubre únicamente poco más del 50% de los trabajadores del país, estando el resto protegido por 18 regímenes más entre los que destaca el régimen del Magisterio Nacional, el régimen de Hacienda, etcétera.

El problema radica en que los regímenes especiales permiten granjerías y ventajas que no contempla el régimen contributivo de la C.C.S.S. como son disminución en la edad de retiro. Jaramillo Antillón dice: «...su sistema de excesivos beneficios no se justifica en la mayoría de los casos y si bien son legales, son en cierto modo inmorales, por la diferencia que hay con otros grupos. Además, ya el Estado no puede seguir financiándolos por lo elevado y el mismo crecimiento que presenta y porque puede a corto plazo desestabilizar la economía del país».

A este respecto, es necesario tomar acciones correctivas de inmediato, pues no obstante la seguridad social protege con pensiones sólo a la mitad de la población, ya se gasta el 30% de los recursos de la seguridad social en pensiones. El problema se agiganta cuando vemos que en este país el 50% de la población es menor de 20 años, y no se puede consumir las reservas ni gastar las contribuciones de los jóvenes para pagarle a los viejos, porque esos jóvenes no merecen heredar un sistema desfinanciado o quebrado.

En su excelente libro, Jaramillo Antillón propone algunas recomendaciones que en mi criterio son sustanciales para buscar solución al problema, y éstas se pueden resumir así:

- a. Promulgar una ley que obligue a los empleados públicos acogerse al sistema de pensiones de la C.C.S.S..
- b. Fijar un monto básico a las pensiones de acuerdo a estudios actuariales, sin importar el régimen de que se trate.
- c. Fijar una cifra, arriba de la cual todas las pensiones coticen al régimen de pensiones y paguen impuesto sobre la renta.
- d. Fijar 60 años como la edad mínima de retiro, proyectada a 65 para el año 2010.
- e. Unificar todos los regímenes especiales bajo la C.C.S.S..
- f. Establecer un sistema complementario de pensiones para todo asegurado que quiera acogerse a él, de manera voluntaria con el fin de obtener una pensión mayor al retiro y estrictamente en relación con los aportes hechos durante sus años de trabajo y que sería administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social de manera independiente. De esta forma los grupos que deseen obtener beneficios adicionales a los demás trabajadores, contribuirán al costo del sistema.

Estas reformas son posibles en tanto haya una decisión política proveniente de gobierno, sindicatos, etcétera. Dice Carmelo Meza Lago que

la postergación de la decisión de soluciones resquebrajaría las finanzas públicas y la reactivación económica del país, y si no se logra unificar, uniformar y estabilizar el sistema de pensiones, vamos hacia una catástrofe económica, social y política.

LA REFORMA PROPUESTA

En forma muy resumida he tratado de hacer una descripción de nuestro sistema de seguridad social con el enfoque solicitado por los coordinadores de este libro, en unas pocas cuartillas. Hubiera querido describir ampliamente nuestro sistema de prestación de servicios, de pensiones, etcétera, pero para este efecto, al lector interesado lo refiero a la bibliografía de este capítulo o bien a la comunicación directa con el suscrito, pues existe mucha literatura sobre la seguridad social costarricense.

Queremos mejorarla pero siempre manteniendo los principios básicos de solidaridad, equidad, universalidad y obligatoriedad. Queremos mejorarla porque sabemos que no es perfecta, y en este sentido se hizo un estudio motivados por nuestra preocupación permanente por fortalecer nuestros servicios de salud. Elías Jiménez Fonseca, en su libro «La Seguridad Social en Costa Rica: Problemas y Perspectivas» dice: «Recientes evaluaciones sectoriales han llevado a precisar los problemas centrales a los que se enfrenta el Sector Salud Costarricense. Los principales problemas son: falta de direccionalidad sectorial; existencia de una dicotomía entre lo preventivo y lo asistencial; enfoque de atención biológica; falta de continuidad en la atención y deshumanización; deterioro de la atención ambulatoria; disminución de la cobertura de los Programas del Ministerio de Salud; insatisfacción médico-paciente; periodos prolongados de espera para citas; tiempos de espera prolongados para la entrega de medicamentos; existencia de problemas de accesibilidad geográfica; débil capacidad gerencial; crisis económica del país durante la década de los ochenta; gastos crecientes en salud; deuda del Estado con la C.C.S.S.; desequilibrio financiero; abundancia de normas jurídicas; administración presupuestaria rígida y limitaciones en los programas de inversión del Sector Público».

Entre las variables seleccionadas, destacan el centralismo, la poca capacidad gerencial y el bajo poder del usuario.

Muchas horas de trabajo, análisis y propuestas han cristalizado en un proyecto que ya hoy día es un proceso denominado **LA REFORMA DEL SECTOR SALUD**. Esta reforma ha partido de una serie de valores fundamentales, derivados de la idiosincracia e institucionalidad misma del ser costarricense, básicamente los principios y elementos orientadores que, en forma integral, han guiado la conceptualización del tipo y calidad de intervención que, acorde con la situación actual, debe llevarse a cabo en el Sector Salud. Esta reforma lleva como objetivo principal dotar a nuestro sistema de salud de direccionalidad sectorial, cobertura universal, atención

integral y continua, accesibilidad, oportunidad, calidad, humanización, eficiencia y participación social.

En esta forma, el proceso lleva a cabo reformas políticas, institucionales y operacionales en la prestación de servicios de salud, que permitirán superar las deficiencias señaladas en nuestro actual sistema de salud. Los componentes o estrategias definidas y concertadas son las siguientes:

-Rectoría Sectorial, que queda a cargo del Ministerio de Salud. El Ministro de Salud es el gran rector, conductor y evaluador de la salud del país. Su rol como ente rector lo ejercerá por medio de funciones específicas de dirección y conducción sectorial, vigilancia de la salud, regulación del desarrollo de la salud e investigación y desarrollo tecnológico.

-Readecuación y fortalecimiento del modelo de atención a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social, partiendo del enfoque de atención integral que permita abordar integralmente los distintos factores biológicos, ecológicos, socio-económicos y de servicios, que afectan el proceso de salud-enfermedad, con el fin de promover la salud y disminuir los riesgos de enfermar o morir. Se busca una atención integral del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, creando áreas de salud claramente delimitadas, una descentralización administrativa efectiva, planificación por prioridades, equipos básicos de salud para atender a cada sector de la población y la introducción de un paquete básico de servicios de salud, todo esto dentro de un marco de calidad de servicios, de humanización, de participación del usuario y de su libertad de decisión entre los equipos de salud.

-Desarrollo institucional con énfasis en la descentralización, mejoras en el modelo de financiamiento, desarrollo de la capacidad gerencial y participación social. Este componente es fundamental para preparar a las instituciones del sector para que asuman los nuevos roles. Se llevará cabo un proceso de modernización y desarrollo institucional, fortaleciendo la capacitación y desarrollo de los recursos humanos, los sistemas de información y la preparación y sensibilización para el cambio.

La tarea desarrollada no ha sido fácil y la que falta por desarrollar es aún más laboriosa. Pero en este esfuerzo nacional, contamos con la valiosa asistencia de múltiples agencias de cooperación técnica y financiera y de gobiernos amigos.

Todo el esfuerzo llevado a cabo por las autoridades de salud y del gobierno, con la participación de muchos funcionarios de las instituciones del Sector Salud, ha tenido el único y firme propósito de garantizar y renovar, cada día más, los principios de UNIVERSALIDAD, SOLIDARIDAD, OBLIGATORIEDAD y UNIDAD, que han caracterizado el Sistema de Salud y Seguridad Social Costarricense.

BIBLIOGRAFIA

1. Caja Costarricense de Seguridad Social. *Informe Evaluativo en la Gestión Administrativa y Programática Institucional*. Costa Rica, C.C.S.S., 1991.
2. Jaramillo A.J., *Salud y Seguridad Social*. Costa Rica, Editorial de la Universidad de Costa Rica, 1993.
3. Jiménez F.E., *La Seguridad Social en Costa Rica. Problemas y Perspectivas*. Costa Rica, Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social, C.C.S.S., 1994.
4. Miranda G.G., *La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica*. Costa Rica, Editorial Nacional en Salud y Seguridad Social, C.C.S.S., 1994.
5. Mesa L.C., *La Seguridad Social en América Latina*. Washington, Banco Interamericano de Desarrollo. 1991.

8. LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA. PERSPECTIVAS

AGUSTIN BARBABOSA KUBLI

I. ENTORNO DE LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA

TRANSFORMACION Y EVOLUCION POLITICA, SOCIAL Y DEMOGRAFICA

Sin duda México está viviendo años de cambios profundos: En lo político, el fortalecimiento de sus procesos democráticos, la participación comprometida de los gobernados en la elección de sus gobernantes, la promoción del desarrollo de instituciones y sistemas políticos modernos que fomentan y validan la opinión ciudadana y el redimensionamiento del aparato gubernamental son evidencias de una tendencia positiva.

Quizá ante los sismos de 1985, la ciudadanía reafirmó su convicción de que frente a los grandes problemas, la decidida participación de todos los integrantes de la comunidad, tiene mayor capacidad de respuesta que ninguna otra instancia. Ahí radica la fuerza interna que nos guía a niveles más democráticos independientemente de las tendencias regionales que en este sentido se observan en diversas partes del mundo.

En lo social, día a día confirmamos un mayor interés individual y colectivo por contribuir a la solución de los problemas comunes. La niñez está despertando más temprano, la juventud se encuentra mejor informada y dispuesta a asumir el compromiso que le corresponde, está ávida de oportunidades; la mujer se integra más y más a la vida productiva, el hombre se esfuerza por ser más racional y sacar el mejor provecho de su trabajo, el anciano disputa su lugar en la sociedad y busca vivir dignamente sus últimos años de vida; la familia lucha por mantenerse unida.

Si bien todo esto es positivo, no deja de preocupar que una disminución de la inflación, no se corresponda con un crecimiento en la economía que beneficie a todos; que aumente el desempleo; que se incremente el consumo y tráfico de drogas; que proliferen la violencia y que la inseguridad vaya en aumento.

La composición demográfica cambia aceleradamente. Si hace 25 años crecíamos al 3.39%, ahora lo hacemos al 1.9%, aunque hay que reconocer que la población con más de 65 años de edad, es la que crece en una proporción superior al 4%, lo que se explica por el aumento en la esperanza de vida al nacer que en 1970 era de 58 años para el hombre y de 63 para la mujer, en tanto que ahora ya es de 68 para el hombre y de 74 para la mujer. Las tasas de mortalidad se han reducido en más de un 50%. Sin embargo sigue predominando la población joven y en consecuencia, la económicamente activa. En el mediano plazo no ocurrirá, como ya ocurre en otros países europeos y del cono sur, que el número de pasivos sea semejante al de activos. Actualmente, por cada 10 contribuyentes a la seguridad social mexicana hay un trabajador pensionado.

TENDENCIAS DE INTEGRACION ECONOMICA

La OIT señala que la tendencia hacia una economía internacional cada vez más globalizada se ha acelerado significativamente durante los últimos años. El aumento en el comercio mundial de bienes y servicios y de los movimientos de capitales, la importancia creciente de las inversiones extranjeras, la interconexión de los mercados financieros y el papel preponderante que asumen las empresas multinacionales en el conjunto de la economía mundial, son las expresiones más evidentes de la globalización. Es una tendencia que seguramente seguirá en los próximos años, en la medida que continúen y se generalicen las principales innovaciones técnicas en la electrónica, las comunicaciones y el transporte, que la han impulsado.

En América Latina y particularmente en México se han iniciado procesos de liberalización de mercados nacionales que favorecen el intercambio de bienes, servicios y capitales; se ha simplificado la regulación de la economía y el sector público ha dejado de participar en muchas actividades productivas que anteriormente tenía a su cargo.

Las políticas de desarrollo de largo plazo han sido fundamentales para dar cabida a los acuerdos de integración multilateral y bilateral. De esta manera México forma parte del Tratado de Libre Comercio en América del Norte y avanza en su relación de apertura comercial con países americanos como Chile, Costa Rica, Venezuela y Colombia, que seguramente se incrementará en el futuro próximo, con países como El Salvador y Nicaragua; Argentina, Uruguay, Brasil, Bolivia y Perú en América así como otros en la zona del pacífico y el resto del mundo.

Con los Tratados de Libre Comercio, México accede ya a un mercado de 500 millones de personas con el objeto de promover su crecimiento

económico mediante mejores oportunidades de inversión, la expansión del comercio y la consecuente promoción del empleo que conlleva el compromiso de mejorar las condiciones de trabajo del obrero mexicano y de protegerlo con una seguridad social fuerte y perdurable.

LOS ATAQUES A LA SEGURIDAD SOCIAL

En muchos países, y el nuestro no es la excepción, los sistemas de seguridad social, por diversas circunstancias han enfrentado problemas financieros. Es frecuente ver que sin que medie un análisis serio y profundo de las causas de la problemática, se generalizan los ataques a la seguridad social.

Frecuentemente el origen de los problemas se encuentra: a) En el otorgamiento de prestaciones política y socialmente saludables, para las que no existe una fuente de financiamiento; b) En el empobrecimiento de las aportaciones a la seguridad social y consecuentemente de sus prestaciones dinerarias, derivadas de procesos inflacionarios; c) En los cambios demográficos y sociales que no han sido correspondidos con los ajustes actuariales precedentes y; d) O simplemente en la falta de crecimiento real de la economía.

El análisis superficial no considera por ejemplo, el efecto redistribuidor de riqueza que propicia la seguridad social, entre pobres y ricos, entre generaciones, entre regiones o entre actividades industriales y rurales. Tampoco se pondera la medida en que la seguridad social contribuye a la justicia y a la paz social y mucho menos se cuenta con elementos para cuantificar económicamente estos conceptos.

En el ámbito de la salud, las críticas al IMSS se centran en asegurar que los servicios son caros y de mala calidad, así, generalizando, sin efectuar comparaciones válidas y sin considerar que la seguridad social además de cubrir sus responsabilidades fundamentales, contribuye con programas nacionales de enseñanza y capacitación médica continua, de investigación, de salud en el trabajo, de planificación familiar, de salud pública, tanto en campañas de vacunación como de promoción a la salud y en la administración de recursos fiscales para la atención de salud de la población marginada del medio rural.

Respecto a los costos unitarios por servicios institucionales prestados de consulta externa, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, partos, cirugía y hospitalización no hay quien los mejore y respecto a la calidad, los servicios se prestan en magníficas instalaciones y con gran aceptación en el segundo y tercer nivel de atención; la calidad promedio de la medicina privada en nuestro país, por múltiples razones, se encuentra muy por abajo de la institucional y sus costos son mayores, simplemente porque no tienen a su alcance la infraestructura, la capacitación, los recursos tecnológicos, la experiencia, ni acceso a las economías de escala de que disfruta la medicina social.

La seguridad social mexicana habrá de esforzarse por elevar la calidad, particularmente en su primer nivel de atención en donde, hay que reconocerlo, deja mucho que desear.

EXTENSION DE LA POBREZA

El combate a la pobreza, es una batalla que no se ha ganado. En la medida en que se acumulan años sin que la economía mejore sustancialmente y toda vez que los índices de crecimiento de población no ceden en el medio rural, la marginalidad y la pobreza se siguen extendiendo. La inconformidad manifiesta de grupos indígenas en el sur del país, son una prueba de ello.

El traslado de la población que no encuentra opciones en el campo, a las grandes ciudades, genera en ellas cinturones de miseria y marginalidad que rebasan las posibilidades gubernamentales de ofrecer los servicios básicos.

El reto que representa la lucha contra la pobreza extrema, no puede estar ajeno a las políticas de seguridad y solidaridad social. La mejor medicina para este grave mal, es el trabajo, la promoción de la salud y la educación de calidad. La seguridad social estará solidariamente atenta a contribuir con su parte.

CAMBIOS EN CONDICIONES DE SALUD Y EN POLITICAS SANITARIAS

La desnutrición, los cambios epidemiológicos, el incremento de padecimientos crónico-degenerativos, de accidentes laborales, de accidentes de tránsito y de lesiones por violencia, impactan la ya crecida demanda de atención a la salud de una población que poco a poco va envejeciendo y que económicamente no ve mejoras sustanciales.

El compromiso de brindar salud para todos, en contraste con la limitación de recursos destinables a salud, han fortalecido las políticas de atención primaria a la salud y las de dar mayor atención a la medicina preventiva que a la asistencial. De gran valor ha sido la estrategia de dar especial énfasis a la participación comunitaria, en el cuidado de su propia salud.

Cada día es más frecuente que los líderes de la comunidad definan las prioridades para la solución de sus problemas sanitarios, propicien la coordinación de dependencias involucradas y promuevan la participación pública, privada y social.

Con la orientación y beneplácito de la Organización Panamericana de la Salud, los ministerios de salud conceden cada día mayor importancia a su función normativa y reguladora, con lo que la responsabilidad de gestión para el otorgamiento de los servicios sanitarios la han ido depositando en los órganos que se encuentren mejor preparados para asumir esta tarea, en otros ámbitos institucionales, regionales o locales. México también se está orientando en esa dirección.

REFORMAS A LOS SISTEMAS

Los procesos de cambio que se observan en los sistemas de seguridad social obedecen a políticas de modernización que no son otra cosa que adaptación a la suma de nuevas circunstancias.

Las acciones de gobierno hacia la privatización, la desregulación y la liberalización, tienden por una parte a combatir el gigantismo estatal y la sobreexpansión de sus actividades para no llegar a niveles de ingobernabilidad y por otra impulsan la modernización entendida como la capacidad innovadora de gobernantes y gobernados para adaptarse a un entorno cambiante y para encontrar creativas fórmulas de bienestar común.

Para que la modernización tenga éxito, deberá estar sustentada por un desarrollo político que produzca las condiciones suficientes de subsistencia económica para un pueblo; por un esquema social que haga posible la vida dentro de un mundo de progreso tecnológico y por sistemas y estructuras sociales flexibles y abiertas al cambio.

Nuestro sistema de seguridad social, ha demostrado siempre, tener dichas características.

La seguridad social en México se moderniza adaptando su marco jurídico a las circunstancias vigentes, propiciando la desregulación y simplificación de sus procesos tradicionales tanto para la recaudación de aportes como para el otorgamiento de beneficios; procurando la descentralización que implica autonomía de gestión local y la desconcentración que contempla mayor delegación de autoridad y responsabilidad a los mandos intermedios, así como mayor velocidad de respuesta para la solución de problemas justamente donde éstos se presentan y en el momento en que acontecen.

La tecnología moderna permite resolver muchos de los problemas de la seguridad social; su aprovechamiento se ha sujetado a estudios de costo-beneficio y su uso ha estado precedido de importantes esfuerzos de capacitación y sensibilización del personal.

Las reformas más recientes a nuestra Ley, han estado orientadas a ajustar el costo de los beneficios ofrecidos con los esquemas para su financiamiento; otros cambios se han orientado a reducir estructuras de organización y a la simplificación de métodos y procedimientos con el apoyo del procesamiento electrónico de información.

En todo caso, como parte del diagnóstico, base para el diseño de las reformas, ha sido necesario conocer la opinión, no siempre favorable, de los sectores obrero y patronal, del personal y de la población usuaria.

Para evaluar la calidad de los servicios resulta indispensable conocer la satisfacción del derechohabiente, lo que ha hecho necesario reforzar los mecanismos de orientación, de comunicación social así como perfeccionar las estrategias y técnicas de encuesta.

II. EL EMPLEO Y LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA

En México la seguridad social ha sido un termómetro del empleo formal. En todo el país la clase trabajadora ha tenido acceso a la protección de la seguridad social. Sin embargo, el crecimiento sostenido que durante muchos años mantuvo en aumento el número de trabajadores protegidos se ha frenado y las causas son de diversa naturaleza.

POLITICAS DE EMPLEO

La apertura comercial y la modernización a que he hecho referencia, determinan cambios importantes en las condiciones del mercado de trabajo. El modelo tradicional de relaciones laborales, de políticas salariales y de políticas de empleo requiere de un serio análisis para encontrar las adecuaciones necesarias con sus correspondientes efectos en el marco jurídico.

A partir de que la producción se empezó a orientar hacia la exportación y en la medida que la producción para el mercado interno fue reduciendo la protección que recibía, las empresas se vieron obligadas a elevar su competitividad y para lograrlo, hacen verdaderos esfuerzos de reestructuración y modernización.

El primer impacto derivado de las medidas de ajuste y estabilización de las empresas, derivó en un freno a la contratación, especialmente en algunos sectores de la economía. Simultáneamente, creció la economía informal y aparecieron nuevas modalidades de subcontratación entre empresas.

En la medida que se consolide el nuevo esquema de trabajo dentro de un mercado abierto, habrán de encontrarse nuevos modelos de empleo en donde predomine la búsqueda del aumento a la productividad y la calidad, correspondido con mejores salarios reales, sin que éstos sean un acelerador para la inflación y sin que se afecten los niveles de empleo, en la medida que la economía mantenga un ritmo ascendente. Los trabajadores con capacidad creativa y los mejor preparados, tendrán las mejores oportunidades. La mano de obra barata sin calificación, poco a poco tendrá menor cabida.

Toca ahora a las empresas el incremento a la inversión, el aprovechamiento de los avances tecnológicos y de las opciones que brindan los nuevos mercados para generar el número de empleos que se requieren. El reto consiste en brindar oportunidades reales al millón de mexicanos que anualmente están listos para incorporarse a la fuerza productiva del país.

RELACIONES OBRERO-PATRONALES

El diálogo entre patrones y trabajadores ya no puede ser únicamente sobre los temas de salarios y condiciones de trabajo, sino que habrá de darse una concertación sobre la mejor forma de organizar el trabajo, de incrementar la eficiencia y la calidad y de establecer los mecanismos para medir los logros alcanzados y para distribuir el producto de los mismos entre quienes cooperaron con su esfuerzo.

Los representantes de los trabajadores cumplirán con su nueva tarea en la medida que perfeccionen su capacidad técnica y fortalezcan su representatividad con planteamientos que van más allá de los reivindicativos tradicionales.

EL ESTADO FACILITADOR

El Estado por su parte habrá de orientar su acción más como facilitador de las concertaciones obrero-patronales y como supervisor del cumplimiento de los mismos que en la solución de conflictos. Podrá además brindar muy valiosa orientación para prevenir riesgos, para capacitar al personal y para producir la información e intermediación necesaria en el mercado laboral.

PAPEL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La seguridad social, habrá de prepararse para: a) Recibir a un número creciente de asegurados y para otorgarles servicios de calidad; b) Buscar opciones de protección para quien no logra incorporarse a la economía formal; y c) Poner en evidencia la indispensable contribución solidario de recursos fiscales generados por todos, en favor de quienes menos tienen.

Por lo que respecta a su propia gestión deberá incrementar su eficiencia en la administración de cada seguro de tal manera que los recursos derivados de las primas vigentes sean suficientes para cubrir los beneficios a que están destinados, con oportunidad y calidad. Dicho de otra manera, la competitividad a que está sometida la nueva empresa no da margen a mayores aumentos a las primas que actualmente se cubren para financiar la protección social de la clase trabajadora.

III. PERSPECTIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA

En el contexto a que nos hemos referido, la seguridad social mexicana se enfrenta a múltiples desafíos.

Partiendo de la premisa de que la seguridad social es un verdadero instrumento de justicia social, considerado por el pueblo de México como una auténtica conquista revolucionaria, cuyos beneficios se han acreditado durante medio siglo, al plantear su reforma, habrá que anteponer como objetivo el fortalecimiento de este valioso instrumento.

EN LO INTERNACIONAL

Si bien el proceso de globalización y el de apertura comercial al que estamos entrando, se verá reflejado en un crecimiento de nuestra economía con lo que aumentará el empleo y se reducirá la pobreza, la distribución de esta nueva riqueza al no ser equitativa podría generar una mayor brecha entre ricos y pobres; es por ello que una de las tareas importantes deberá orientarse al establecimiento de disposiciones y acuerdos entre los países que formen

parte de los bloques comerciales y dentro de nuestro país entre las instituciones que brindan seguridad social, para avanzar en la protección a los trabajadores y reducir gradualmente las diferencias que existen en las condiciones de trabajo, así como combatir sistemáticamente la pobreza. La medida en que la seguridad social sea un elemento distribuidor del ingreso nacional, deberá ser decisión soberana de cada país.

En esa dirección, el IMSS está participando en la conformación de un Código Iberoamericano de Seguridad Social, que contribuya al desarrollo de sistemas de seguridad social con capacidad de brindar protección a los distintos sectores de la población laboral, conforme a los principios clásicos que establece el Convenio 102 de la OIT, relativo a la norma mínima de la seguridad social. Se pretende que dichos sistemas contemplen mecanismos de solidaridad social que permitan gradualmente la extensión nacional y la cobertura total de la población iberoamericana.

Igualmente se estudian posibles acuerdos bilaterales de seguridad social con los países que México tiene tratados de libre comercio para facilitar la migración de trabajadores y en este caso, no afectar la protección de los trabajadores por el hecho de que su carrera laboral la realicen en distintos países. La protección social interna y más allá de las fronteras, evitará dar la razón a los detractores nacionales e internacionales que critican la participación de México en los mercados mundiales, pronosticando un «dumping social».

En el ámbito interamericano, la seguridad social mexicana, habrá de mantener su cercanía e intercambio de experiencias con los países hermanos. En el internacional, ahora más que nunca, las tendencias mundiales de la seguridad social y las soluciones que cada país va encontrando, son de especial interés ya que en muchos casos ilustran los caminos que pueden seguirse o aquellos que deben evitarse.

México seguramente seguirá apoyando mecanismos que propicien la cooperación entre instituciones afines, favorecerá los procesos de internacionalización del derecho a la seguridad social e impulsará las políticas que permitan un gradual acercamiento de objetivos sociales y sistemas que respetando las características de cada país, pueden articularse entre sí para facilitar el tránsito de los trabajadores entre distintos países.

SALUD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

En tanto que el universo protegido por la seguridad social en México se limite principalmente a quien mantiene una relación formal de trabajo, la universalización de cobertura no será una responsabilidad directa del IMSS.

Esto no quiere decir que pueda o deba desentenderse de su responsabilidad solidaria para quienes no han logrado ese nivel de bienestar. Por el contrario, la seguridad social ha demostrado ser un confiable medio para hacer llegar servicios básicos de salud a la población más aislada y con más carencias.

La probada eficiencia en el manejo de recursos fiscales para convertirlos en atenciones a la salud de calidad y a costos razonables, podrá ser aprovechada para hacer un esfuerzo transitorio adicional y sumar nuevos recursos a los recursos que actualmente consume en estas zonas la Secretaría de Salud, para alcanzar así la cobertura total. La población marginada rural tendrá así más estabilidad y permanencia en sus lugares de origen y la marginada urbana podrá regresar o en su caso, mejorar las condiciones infrahumanas en que vive.

La Secretaría de Salud, por su parte, asumirá su función rectora y de evaluación, para decidir el momento y las condiciones más propicias para que opere la descentralización y finalmente cada Estado, asuma plenamente esta responsabilidad.

Por lo que respecta al régimen ordinario, el IMSS seguirá esforzándose para satisfacer una demanda creciente de servicios, con mayor calidad, en un ambiente amable y a menor costo.

La organización de los servicios médicos por niveles de atención con un sistema de referencia y contrarreferencia, es sin duda una de las fortalezas institucionales, pero con márgenes de optimización que habrán de identificarse y atacarse.

El primer nivel de atención deberá encontrar nuevas fórmulas que estimulen al médico y satisfagan al paciente. El modelo de Sistema Médico Familiar «Siglo XXI» que tiene a prueba el IMSS; enriquecido con la libre elección de médico por el paciente y un sistema de estímulos al personal, reúne dichas características, por lo que habrá de extenderse al ámbito nacional.

La posibilidad de la recuperación parcial de costos mediante aportes de usuarios podrá ser un mecanismo de equidad, que apoye el financiamiento de servicios de calidad y contribuya a regular la demanda.

En los hospitales generales serán necesarias soluciones específicas a los problemas de diferimientos o de largas esperas en consulta de especialidades, urgencias y cirugía. Cuando agotadas las opciones de eficiencia la limitante sea la capacidad instalada y la falta de recursos para nuevas inversiones, habrá que recurrir pero con la debida planeación y supervisión, al apoyo de la subrogación, explorar nuevas fórmulas de financiamiento compartido para la externalización de servicios y en su caso la reversión de cuotas, cuidando de no afectar los mecanismos de solidaridad y redistribución de ingreso.

En el tercer nivel de atención será indispensable asumir dos responsabilidades fundamentales. Por un lado, mantener el difícil equilibrio entre, los recursos disponibles y el mejor resultado en términos de salud que equivale a definir el límite de recursos destinados a la alta tecnología médica, en beneficio de un pequeño universo, sin olvidar a grandes universos que no disponen de los recursos mínimos para el cuidado de su salud.

La otra responsabilidad consiste en el desempeño de un papel de dirección, coordinación y supervisión del adecuado funcionamiento de cada nivel de atención y del sistema de referencia y contrarreferencia en el ámbito de la región que tenga encomendada. Para ello, deberá contar con la

autoridad y el apoyo necesarios, dando al personal médico, paramédico y administrativo que trabaja en cualquier unidad de la región, el sentido de pertenencia a un mismo equipo de salud.

La regionalización de los servicios representa la columna vertebral de la atención médica desconcentrada. En este contexto, la responsabilidad sustantiva de la institución es el cuidado integral de la salud de cada universo de población que tiene asignado. Los programas parten de la promoción de la salud, la atención primaria, la medicina preventiva y la salud en el trabajo, hasta la atención asistencial en tres niveles y la rehabilitación.

Cada región deberá ser autosuficiente y esforzarse por alcanzar los mejores niveles de calidad y eficiencia. La sana competencia entre regiones deberá fomentarse, con el ánimo de encontrar los niveles óptimos de funcionamiento. El análisis regional permitirá ver con mayor claridad los desequilibrios existentes y propiciar las acciones redistributivas que promuevan la equidad y el desarrollo uniforme.

Los avances logrados por la medicina institucional en años de trabajo sistemático son impresionantes. Baste con señalar que en 25 años, los promedios de estancia hospitalaria se han abatido en más de un 50% lo que junto con otras estrategias de cirugía ambulatoria, atención hospitalaria y extrahospitalaria, han permitido satisfacer la demanda con una cama por cada mil derechohabientes cuando eran necesarias 2.3 camas por mil. Mientras que en una cama institucional se atienden 60 pacientes al año, en las del sector privado, se atienden 20.

Es la diferencia entre maximizar la rotación, para dar respuesta a la demanda y maximizar la estancia, para mejorar la ocupación y por ende, las utilidades.

Este esfuerzo médico de eficiencia y mejor aprovechamiento de recursos, será indispensable para hacer perdurable una medicina institucional sin paralelo y envidiable aún por lo países más avanzados. La planeación del recurso humano necesario, la enseñanza, la investigación, la capacitación continua, el rescate de la autoestima y el aprovechamiento de la tecnología moderna, serán elementos fundamentales para lograrlo.

PENSIONES Y AHORRO PARA EL RETIRO

Los sistemas de protección a partir del retiro, son sin duda los que representan el mayor desafío de la seguridad social. Se trata del sector de la población que ha dejado de producir y que cuando más lo necesita, espera tener acceso a servicios de salud y a un ingreso que le permita vivir sus últimos años y morir, dignamente.

Los problemas a que se enfrentan las instituciones de seguridad social en sus programas de pensiones, van a ser de diferentes dimensiones en función de las siguientes variables:

a) LA EDAD DEL SISTEMA. Durante los primeros, digamos 30 años de un sistema, es la época de bonanza cuando todo parece ser color de rosa, por la acumulación de aportes y la demanda mínima de beneficios. Durante un

segundo periodo de otros 30 años por ejemplo, que podrá ser mayor o menor de acuerdo con otras variables, se irá estabilizando el sistema hasta lograr el propósito ideal de que el ahorro acumulado más los aportes al sistema durante la vida productiva de una generación, sea suficiente para que la generación anterior pueda disponer de una pensión digna, al momento de su retiro, y así sucesivamente.

b) LA EDAD DE LA POBLACION. Mientras el promedio de la población sea joven, el esfuerzo de ahorro a realizar será menor y los sistemas de pensiones se mantendrán financieramente sanos. En la medida que la población envejece, las nuevas generaciones deberán realizar un mayor esfuerzo para poder cumplir con los ofrecimientos de la seguridad social. Lo que realmente afecta al sistema es el cambio brusco de la proporción entre aportantes y demandantes. Imaginemos un sistema que a los 30 años de haberse fundado, tenga 30 activos por cada pasivo y que a los 60, sólo tenga 3 activos por pasivo.

c) LAS PRESTACIONES OFRECIDAS. La clave para que un sistema de pensiones nazca y se mantenga sano financieramente hablando, estará dada por dos factores elementales:

El primero tiene que ver con los cálculos actuariales y financieros que permitan establecer el equilibrio entre los aportes necesarios de un individuo durante toda su vida productiva y los recursos que necesitará de manera vitalicia, a partir de que inicie su vida no productiva. Aquí es donde se cometen muchos errores; algunos de cálculo y otros cuando se cae en la tentación de ofrecer más beneficios de los que soporta el sistema, a la vista de los grandes remanentes generados durante los primeros años. Es frecuente que también se ofrezcan beneficios solidarios mínimos a quien no ha contribuido lo suficiente; aunque esto es deseable, será indispensable transparentar su monto y señalar la procedencia de los recursos necesarios, sin afectar financieramente al sistema.

El segundo factor consiste en la previsión que debe tener el sistema desde su nacimiento para ser flexible y por lo mismo, adaptable a la evolución de las variables ya comentadas. Bajo este criterio, la relación entre beneficios esperados y el esfuerzo necesario para producirlos, debe ser motivo de análisis permanente y de ajuste correspondiente. Idealmente, establecido el punto de equilibrio entre activos y pasivos, así como fijado el balance entre aportes y beneficios, la tarea consiste en mantener sin variación la resultante, aún cuando, en consenso con la sociedad, deban ajustarse las variables.

Cuando se generan desequilibrios y éstos no se identifican y tampoco se llevan a cabo los cambios necesarios oportunamente, las consecuencias económicas y sociales, pueden alcanzar magnitudes catastróficas.

d) LA INVERSION DE LAS RESERVAS. Durante los años en que los aportes al sistema superan sus propios egresos, es la época de acumular e invertir redituablemente los remanentes para formar las reservas que hagan

frente a las obligaciones futuras. Aquí, los sistemas corren peligro de diversa naturaleza; pueden darse errores en la selección de los mejores valores a invertir, puede decidirse la utilización de fondos de reserva en el otorgamiento de prestaciones diversas a las comprometidas por el régimen o pueden presentarse pérdidas derivadas de condiciones macroeconómicas adversas, que deterioren el poder adquisitivo de las reservas acumuladas. Otro peligro frecuente, es la pérdida del poder adquisitivo de las pensiones que requerirán revalorizarse en detrimento de las reservas.

e) LA GESTIÓN DE LOS PROGRAMAS. Los programas de pensiones pueden ser privados o públicos. Los privados por ser voluntarios y por no reunir las características de prestación de seguridad social, no merecen comentarios adicionales. Los programas de pensiones, como responsabilidad de los sistemas de seguridad social, pueden ser administrados por el sector público, bajo esquemas colectivos con mecanismos de prima escalonada o de capitalización o bajo esquemas de cuenta individual capitalizable, con la participación del sector financiero.

En cualquiera de las opciones, la responsabilidad de que se cumpla con la ley, estará a cargo del Estado y por tanto, podrá asumir la tarea de la gestión de manera directa, con la participación de instituciones descentralizadas del gobierno, de administración tripartita, o delegando la gestión parcial o totalmente en la iniciativa privada.

En nuestro país, los programas de pensiones deberán someterse a un profundo análisis respecto de cada una de las variables antes mencionadas. Todavía no es demasiado tarde para hacerlo.

Como producto de la reflexión deberán seleccionarse las acciones más convenientes de donde patrones, trabajadores, gobierno y la sociedad en su conjunto habrán de poner su parte en aras del bienestar común de las generaciones actuales y de las futuras.

Coexisten en México los diferentes esquemas de gestión; a cargo del gobierno, mediante instituciones que agrupan a los trabajadores a su servicio, ya sea a nivel federal o de los Estados, a cargo del IMSS, que agrupa a todos los trabajadores y, con dos años de experiencia, el Sistema de Ahorro para el Retiro, en el que participa la banca. Sin duda que cada esquema tiene sus fortalezas y debilidades; la tarea consistirá en dirigir el cambio hacia la superación de las debilidades, cuidando de no socavar las fortalezas.

Parece más conveniente mantener un sistema básico sólidamente estructurado y adecuadamente administrado por el Estado, que sea además el conducto para canalizar los subsidios que por solidaridad resulten indispensables y, por otra parte, fomentar el crecimiento del SAR como sistema complementario, con la participación del sector financiero, que bajo la vigilancia del Estado, reúna aportes obligatorios proporcionales al ingreso y se adicione de los ahorros que voluntariamente cada individuo sea capaz de separar de sus percepciones, durante su etapa productiva, con vistas a mantener su nivel de vida, durante su etapa pasiva.

La opción de que este sistema sustituya a los que administra el Estado, directa o indirectamente, puede significar la cancelación del acceso a una pensión para muchos mexicanos, que por las condiciones de la economía nacional, todavía no tengan posibilidades de incorporarse formalmente a una relación laboral durante toda o la mayor parte de su vida productiva.

RIESGOS DE TRABAJO

La modernización de los procesos productivos industriales, los avances tecnológicos en contraste con los rezagos en acciones preventivas y de capacitación para el trabajo, son elementos que adicionados a medios de transporte poco seguros y problemas de tránsito crecientes, hacen que los indicadores de accidentes en el trabajo y en trayecto, no desciendan con la velocidad deseada.

La cobertura que sobre estos riesgos ofrece la seguridad social se basa en un esquema de reparto que asegure reunir los fondos necesarios para hacer frente a las prestaciones de salud asistencial y rehabilitatoria, así como a las prestaciones económicas derivadas de las incapacidades temporales, de las indemnizaciones y de las pensiones por invalidez a consecuencia de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

El sistema de cotización pretende estimular las acciones preventivas, la higiene y la seguridad en el trabajo. Sin embargo, actualmente no se reconoce el esfuerzo y resultados de cada empresa en lo particular sino el de todas las que se dediquen a una misma actividad. Pensamos que el mecanismo para determinar los índices de frecuencia y siniestralidad como base para asignar el grado de riesgo, debe aplicarse a cada empresa con la elasticidad suficiente, para que independientemente de su actividad económica pueda acceder a los niveles más bajos de clasificación. De esta manera se estimularían más las acciones preventivas y de capacitación.

GUARDERIAS

El seguro de guarderías representa un avance extraordinario del sistema mexicano de seguridad social ya que ha permitido la mayor incorporación de la mujer al trabajo formal remunerado. Por otra parte, resulta de vital importancia que durante esos primeros cuatro años de vida, los niños tengan acceso a una nutrición equilibrada y a una educación elemental para el cuidado de su higiene personal y de su salud.

Estas son razones más que suficientes para considerar la permanencia y crecimiento de este servicio, se trata del tierno cuidado de niñas y niños que estarán mejor preparados para desarrollar su inteligencia y para elevar su nivel de vida en lo particular e impulsar el de todo México en lo general.

El reto sin embargo, estará en encontrar fórmulas que permitan generalizar esta cobertura sin impactos adicionales a las primas de

cotización. En otras palabras, habrá que desarrollar modelos de gestión que han demostrado su economía y efectividad, mediante la participación de la comunidad o a través de la externalización de servicios que permitan a la institución, mantener el control de la calidad y del costo accesible de los servicios. Antes de pensar en nuevos aportes de aplicación general para poder ampliar la cobertura, convendrá estudiar la posibilidad de una contribución por parte de las personas privilegiadas por el servicio.

PRESTACIONES SOCIALES

Las prestaciones sociales han significado para nuestra seguridad social, un elemento inseparable de contribución al fomento a la salud y al bienestar social, mediante actividades deportivas, culturales, de adecuada utilización del tiempo libre y de orientación en el mejor aprovechamiento del ingreso familiar.

Por tratarse de acciones a población abierta, el beneficio se generaliza y se dificulta la medición de resultados. Deberán encontrarse fórmulas de autofinanciamiento, limitando la responsabilidad institucional a la promoción y coordinación de esfuerzos debidamente normados. Tendrán prioridad los programas complementarios a los de salud que han podido acreditar previamente los resultados que se pretenden, o el desarrollo de nuevos programas dirigidos a los universos más vulnerables de la sociedad como los niños, los ancianos, los minusválidos, los indígenas y los indigentes.

La experiencia e infraestructura del IMSS, se traduce en presencia y aceptación en las comunidades, puede convertirse también en un valioso conducto para canalizar y coordinar esfuerzos interinstitucionales, de apoyo a los programas que las mismas comunidades decidan organizar, para elevar sus condiciones de salud, educación, alimentación y vivienda.

CON RESPECTO A LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO

La seguridad social en México, se imparte por conducto de diversas instituciones o dependencias públicas federales o estatales. El Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social cuya responsabilidad se encuentra a cargo del organismo público descentralizado con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.

Desde que nació el IMSS, cubriendo primero al Distrito Federal y con una expansión gradual a los Estados de la República, se fue conformando un sistema nacional. La cobertura también se extendió para proteger no sólo a los trabajadores y sus familiares sino también a trabajadores de la construcción, de cooperativas, del medio rural y trabajadores independientes. Posteriormente se crearon esquemas modificados y de solidaridad social para ampliar la cobertura institucional.

Los beneficios de la seguridad social se ramificaron y apareció el seguro de guarderías y recientemente el Sistema de Ahorro para el Retiro en

adición a los tradicionales de enfermedades generales, maternidad, riesgos de trabajo e invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte.

Las prestaciones sociales fueron proliferando a veces en apoyo a la habitación, otras a la capacitación para el trabajo o a la industrialización de productos agropecuarios, pero de manera consistente en el fomento al deporte, a la cultura y a la recreación. Actualmente, el IMSS administra directamente centros deportivos y de bienestar social, teatros, centros vacacionales, tiendas y velatorios.

La propia institución es responsable de la recaudación de cuotas obrero-patronales y de las aportaciones del Estado; del mantenimiento de registros de patrones, asegurados y beneficiarios; de la fiscalización; de la asignación de recursos para cada programa; del diseño, construcción y mantenimiento de instalaciones y de la adecuada inversión de las reservas.

Para el funcionamiento de todos sus servicios, selecciona, contrata, capacita y desarrolla personal, cuyo número siempre creciente, alcanza ya los 360,000 trabajadores de los distintos tipos de contratación. Con la participación del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, administra un complejo Contrato Colectivo de Trabajo que acumula los múltiples pegotes que se adicionan en cada revisión. Es sintomático el hecho de que el monto de las prestaciones contractuales es superior en más de dos veces, al monto de los sueldos nominales.

Pero además, el Instituto, se encarga de la adquisición, almacenamiento, distribución y control de calidad de todos los medicamentos, materiales de consumo y equipo que utiliza; de la operación de lavanderías; de los servicios de limpieza; de los servicios de alimentación a pacientes y a su propio personal, del transporte de pacientes y de muchos servicios más.

Hasta aquí, no hemos mencionado las actividades sustantivas, razón de ser de la institución: las prestaciones de salud, el pago de subsidios y el otorgamiento de pensiones.

Esta radiografía de la organización funcional del IMSS, nos permite detectar tres grandes males, que afectan su operación: gigantismo, centralismo y burocratismo.

Si aceptamos que los males son reales y que cada día serán más graves si no contamos con la voluntad política para corregirlos; si consideramos que no pueden curarse de la noche a la mañana; si seleccionamos los procedimientos que no generen efectos secundarios indeseables; si los distintos sectores, instituciones y dependencias involucrados actúan de manera coordinada y simultánea en la misma dirección; podríamos esperar buenos resultados de cambiar en cuatro sentidos: Especialización, Coordinación, Regionalización y Modernización.

a) **ESPECIALIZACION.** En lugar de muchas instituciones administradoras de una enorme gama de responsabilidades, el cambio consiste en separar funciones en las que se especialice una sola institución. Esto evitará duplicidad de esfuerzos, permitirá la unificación de procedimientos y creará instituciones

de dimensiones manejables. Cuando se trate de funciones o servicios de apoyo que no constituyan la esencia de la seguridad social, será conveniente promover la participación de especialistas en la materia, siempre que estén dispuestos a ofrecer soluciones de alta calidad y a menores costos que los institucionales.

b) **COORDINACION.** Pueden mantenerse distintas instituciones otorgando servicios semejantes siempre que se trabaje coordinadamente en el interapoyo, que permita el aprovechamiento de los recursos existentes. Simultáneamente deberá avanzarse en la homologación de sistemas y en la identificación de universos a servir, para evitar dualidad de coberturas.

c) **REGIONALIZACION.** Para aumentar la capacidad de respuesta a los problemas de la operación, habrá que fortalecer la descentralización, dar plena validez al funcionamiento regionalizado y desconcentrar autoridad, responsabilidad y los recursos necesarios. Simultáneamente, será indispensable redefinir las funciones del nivel central que habrá de concentrar su atención en la planeación, la determinación de las grandes metas y políticas institucionales, la alta dirección, la redistribución de recursos, la evaluación de la calidad y el control de los resultados.

d) **MODERNIZACION.** La administración moderna requiere en las grandes instituciones, de herramientas básicas para mejorar la comunicación para tomar decisiones, para planear y para medir resultados. Todas estas funciones se sustentan en los sistemas de información, para los que resulta indispensable el aprovechamiento de los avances tecnológicos en materia de comunicaciones y procesamiento electrónico de datos.

El adecuado aprovechamiento de estas herramientas obliga a rediseñar procedimientos y a simplificar métodos de trabajo. El reto consiste en estructurar un sistema único de información que logre integrar a los distintos subsistemas y les permita interactuar. Las características fundamentales del nuevo sistema serán la adaptabilidad, la oportunidad, la confiabilidad, la simplicidad y el bajo costo.

IV. ESTRATEGIAS PARA EL CAMBIO

CAMBIO DE ENFOQUE

Cuando pensamos en los niveles de autoridad y en los niveles de responsabilidad, solemos imaginar una pirámide en cuya base se encuentran quienes menos autoridad y responsabilidad tienen. En la medida que la pirámide se angosta, encontramos a los mandos intermedios y en la cúspide vemos a la máxima autoridad que también asume la máxima responsabilidad. Sin formar parte de la pirámide, en un universo independiente, vemos a la población derechohabiente y como enlace, pensamos en las instalaciones y recursos necesarios para proporcionar servicios. Cambiar 180 grados este enfoque es el primer gran reto para quienes trabajamos para la seguridad social. Coloquemos al derechohabiente en el primer plano, e invirtamos la

pirámide; veremos que la razón de nuestra existencia es la población a la que servimos; que de ahí proceden los recursos; que nuestra responsabilidad es hacer el mejor uso de ellos; que el recurso más importante, somos nosotros mismos y que la responsabilidad que hemos aceptado es la de dar a esa población, lo mejor que tenemos.

La máxima autoridad y responsabilidad, la tienen quienes se encuentran en la base de la pirámide invertida y en contacto directo con la población a servir. Los mandos intermedios y el nivel central tienen como responsabilidad brindar los recursos adicionales y el apoyo necesario para que los servicios que ellos presten sean oportunos, de calidad y con trato humano. El líder tendrá, con la evaluación del presente, la vista puesta en el futuro.

SALIR DEL CIRCULO VICIOSO

No se puede avanzar mientras los integrantes de un mismo equipo tienen fija la idea de que los errores son culpa de alguien más. La base de todo cambio, se encuentra en el mismo individuo y el punto de partida para el cambio se sustenta en el conocimiento y reconocimiento de sus propios errores. Alguien tiene que dar el primer paso, para salir del círculo vicioso de culparse unos a otros. Lo ideal será, que por la vía del diálogo, la comunicación y la concertación, el paso sea conjunto y simultáneo; el individuo y el equipo; el jefe y el subordinado; el Sindicato y el Instituto, como corresponde a partes de un todo indivisible que persigue el mismo objetivo.

ADAPTARSE AL ENTORNO

Ante la dinámica con que cambia el entorno, permanecer estático, significa caer en el rezago y la obsolescencia. Si nuestros programas no pueden cambiar el entorno como es lógico, lo mejor será cambiar nuestros programas. Adaptarnos al entorno permitirá mantener el control de nuestro propio destino.

PLANEACION DEL CAMBIO

El cambio bien orientado, está sustentado en un cuidadoso diagnóstico y basado en un plan de acción cuyo objetivo contemple etapas, metas, tiempos, recursos necesarios y personas responsables. Todo mundo debe conocer las características generales del cambio que se pretende y cada quien deberá conocer y hacer suya, la parte que le corresponde.

ESTIMULOS PARA EL CAMBIO

El cambio exige de todos, involucramiento y compromiso; para esto es necesario creer que las cosas van a ser mejores y para ello deberá estar claro:

cómo van a mejorar las condiciones de trabajo; qué capacitación será ofrecida; cuál será el estímulo a la productividad, a la eficacia y a la calidad; cómo se van a evaluar los resultados.

DIRIGIR LA TRANSICION

La transición será una etapa difícil que requerirá de dos fuerzas orientadas en la misma dirección. Una que jale y otra que empuje. De ahí la importancia de que el líder cree las estructuras, defina las estrategias y encuentre a los responsables de dirigir y controlar el cambio; los que se encargarán de abrir brecha y los que habrán de secundarlos.

V. CONCLUSIONES

La seguridad social es una responsabilidad demasiado importante como para que el Estado en cualquier país, deje de considerarla como un instrumento prioritario de su política social.

Los retos que enfrenta la seguridad social son constantes y cambiantes. El origen de los problemas, puede ser de orden político, social, demográfico o económico y en no pocos casos, de capacidad administrativa.

El combate a la seguridad social, no es el enfoque adecuado para la solución de problemas que se ponen de manifiesto gracias a la seguridad social. Sin embargo resulta riesgoso esperar a que la seguridad social esté en problemas para estudiar el origen y posibles soluciones de los mismos.

La dinámica con que todo cambia en nuestros tiempos, obliga a un constante análisis del entorno en el que la seguridad social se desempeña; es por eso que la adaptabilidad de sus sistemas debe ser una característica, ésta sí, permanente.

Más que identificar las tareas de modernización, como un prurito por pretender estar a la moda, deben entenderse como el esfuerzo innovador de encontrar las mejores fórmulas para que la seguridad social siga cumpliendo con sus fines.

La responsabilidad del buen funcionamiento de los sistemas e instituciones de seguridad social, es demasiado extensa para que el Estado pretenda asumirla en su totalidad.

Los sectores, las comunidades y la sociedad en su conjunto, deben participar activamente tanto en los procesos de diagnóstico como en los de planeación, ejecución y evaluación de los programas.

Cuando por razones de eficiencia, sea recomendable la participación del sector privado en la gestión para la entrega directa de alguno de los beneficios que la seguridad social ofrece, debe tenerse cuidado de no cancelar la posibilidad de que cumpla con principios como la universalidad, la equidad y la solidaridad.

9. TENDENCIAS MUNDIALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL XXIV ASAMBLEA GENERAL, ACAPULCO, MEX. INFORME DEL SECRETARIO GENERAL.*

La Asociación Internacional de la Seguridad Social, integró un informe sobre la evolución y tendencias de la seguridad social durante el periodo 1990-1992, en el cual se señala la dirección que probablemente seguirán las políticas de la seguridad social en el futuro próximo.

En el informe se destaca en primer término el hecho de que las economías de varios países se estancaron con las consecuentes repercusiones negativas que obligaron a los gobiernos a establecer políticas de ajustes estructurales que determinaron un rezago de los programas de seguridad social. Afortunadamente en otros países se incorporaron nuevas prestaciones importantes o se adoptaron reformas a pesar de las condicionantes económicas.

La recesión económica, las políticas de ajuste estructural y el colapso del modelo de economía centralmente planificada, representado por la virtual desaparición de los estados socialistas de Europa Central y del Este, crearon la conveniencia de plantear el futuro de la seguridad social y la nueva definición de sus objetivos. Destacan en este sentido el cuestionamiento del principio de solidaridad y las tendencias hacia el desmantelamiento de los sistemas de seguridad social o su transformación progresiva en programas que proporcionen un nivel mínimo de protección.

Otros tópicos considerados son la conveniencia de estimular activamente a los beneficiarios de la seguridad social para que regresen a un empleo retribuido, y lograr el mejoramiento de la administración de los programas de nuevas tecnologías y contención de costos. Se señalan asimismo, algunos problemas cuya solución no se ha definido, por ejemplo: las transferencias de recursos entre generaciones, entre personas sanas y enfermas y entre los miembros de la población que están en mejor situación económica y los que tienen bajos ingresos, así como la definición de las funciones que deben cubrir las instituciones de seguridad social y las que pueden dejarse a otros organismos públicos y privados.

A continuación se analizan algunas situaciones específicas.

Regímenes de pensiones de vejez, invalidez y sobrevivientes

En este sentido en los países industrializados se están revisando los planes de pensiones con la idea de reducir la participación del estado y propiciar la mayor responsabilidad individual con aumento a la edad de jubilación, con el reajuste de los requisitos de elegibilidad y con la reducción del valor real de los futuros pagos. Ciertos países de economía consolidada

* Resumen hecho por: Arnoldo de la Loza Saldívar.

han adoptado medidas para reforzar las pensiones privadas complementarias en la previsión de ingresos de jubilación.

En pensiones de invalidez, se han tomado medidas por los gobiernos para reducir los incrementos en los costos y en el número de personas que reciben pagos por incapacidad. Entre ellas se citan el mejoramiento de los programas de rehabilitación, los incentivos económicos, las medidas discriminatorias positivas y los cambios de las condiciones de otorgamiento de las prestaciones.

En lo relativo a sobrevivientes, adaptando las situaciones a las cambiantes necesidades, se han considerado la igualdad de derechos para los viudos y viudas y los criterios apropiados de elegibilidad para las pensiones de sobrevivientes, dadas las características actuales del matrimonio, el divorcio y la separación.

Seguro de enfermedad y atención médica

En este rubro se ha registrado una actividad particularmente intensa. En numerosos países se han introducido nuevos derechos tanto en lo que se refiere a las prestaciones en enfermedad en dinero como a la atención médica, asimismo la cobertura de numerosos regímenes se ha mejorado en muchos casos, con una extensión al conjunto de la población, para convertirse en universal.

Las prestaciones también se han mejorado en numerosos países y se han tomado medidas para la atención médica a largo plazo debido al envejecimiento de la población.

La administración de los sistemas de salud se ha reformado en varios países a fin de asegurar no sólo un costo reducido, sino sobre todo una mejor calidad de la atención médica y el cuidado de la salud, enfrentando un nuevo desafío el conciliar la eficiencia y la eficacia, por medio de intervenciones con costo-eficiencia comprobada.

Un ejemplo ilustrativo es la reforma importante que se ha llevado a cabo en el Reino Unido, la cual modifica fundamentalmente las relaciones dentro de su servicio nacional de salud, entre el gobierno, los encargados de suministrar la atención médica y los pacientes; las autoridades de salud y los hospitales han asumido en este caso muchos papeles como «compradores» y «proveedores» de atención médica con grandes libertades.

Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

En este aspecto, en varios países hay preocupación por el rápido incremento del número de personas que reciben compensaciones de trabajadores, por lo cual han puesto mayor atención a la rehabilitación de quienes han sido víctimas de accidentes en el trabajo, así como a la prevención de ellos adoptando una serie de medidas para abatir los riesgos y evitar los daños.

Se han incluido además algunas modalidades para otorgar de manera más justa y equitativa el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Protección del desempleo y políticas del mercado laboral

En este apartado se hace notar que el desempleo se ha convertido en un problema prioritario para la mayoría de los países del mundo occidental y de Europa Central y del Este como resultado de la recesión económica y los cambios estructurales en el mercado laboral, creándose la conveniencia de introducir en los sistemas de seguridad social prestaciones de desempleo convirtiéndose en el principal polo de atracción durante los últimos años. Los países de América Latina están conociendo igualmente problemas de aumento de desempleo como resultado de las medidas adoptadas para dinamizar el lento crecimiento económico y la reestructuración económica, sin embargo el desarrollo de programas de prestaciones de desempleo en estos países, ha sido limitado, debido a que el mercado laboral no ha alcanzado la fase de organización requerida para garantizar el financiamiento con éxito de tales programas.

Se están analizando las situaciones adversas y estudiando la manera de mejorar la autosuficiencia de las personas y el funcionamiento adecuado de los mercados de trabajo.

Protección social para las familias y disposiciones respecto a la maternidad

En este sentido hay cambios importantes en las prestaciones a las familias de acuerdo con las nuevas situaciones surgidas: la llamada familia «estable» con un padre como aportador del ingreso para su familia y una madre encargada del cuidado del hogar y criar a sus hijos, corresponde a una minoría de la población en la mayor parte de los países, lo común ahora son familias de padres solteros, personas que cohabitan sin estar casados o mezclas de familias resultantes de un nuevo casamiento o una nueva cohabitación, lo cual ha dado origen a la necesidad de nuevas opciones de protección. Otros cambios son la reducción significativa de la familia «extendida» y la mayor participación de la mujer en la fuerza laboral, lo que reclama nuevas formas de arreglos para el cuidado no sólo de los niños, sino también de los padres y otros familiares de edad avanzada, esto último como resultado del sensible aumento de la esperanza de vida.

Estas situaciones han obligado a determinar una reorientación de la asistencia a las familias necesitadas, con riesgos de dificultades económicas, ya sea debido a ingresos bajos o a necesidades especiales.

Otra innovación, ha sido la expansión de la concesión de asistencia para el nacimiento y crianza de un niño con una protección especial a la madre trabajadora y la respuesta a los cambios de las estructuras familiares con una

extensión de la definición de la familia, para asegurar prestaciones globalizadoras.

Administración de los servicios y programas de seguridad social

La administración de los programas de seguridad social ha sufrido cambios rápidos en los últimos años; la adopción de nuevas tecnologías no sólo ha permitido un tratamiento más rápido y preciso de las informaciones para las administraciones, sino que también ha mejorado grandemente la prestación de servicios a los clientes; el empleo de los sistemas de computadoras en la producción de estadísticas ha representado un gran progreso y una excelente ayuda para las decisiones.

Las administraciones buscan la eficacia en sus operaciones, el mejoramiento en la prestación de servicios y la reducción de los fraudes y abusos. En varios países se ha visto que el buen funcionamiento de sus operaciones depende también de mejores procedimientos de comunicación y de asesoría para tener certeza de que los beneficiarios han comprendido claramente las condiciones de elegibilidad y las obligaciones que la legislación exige que se cumplan.

Algunos países han tratado de mejorar la eficacia de sus programas por medio de una reorganización de sus estructuras administrativas, en algunos casos mediante una descentralización de actividades, aún cuando ha habido algunas excepciones en las que se puso el acento en la descentralización de la administración.

También en ciertos países, la tecnología actual ha capacitado a los administradores para experimentar procedimientos innovadores en los servicios prestados, con buenos resultados.

Se señala finalmente que en el informe «in extenso» del Secretario General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, sobre Evolución y Tendencias en la Seguridad Social(1990-1992) se consigna información más detallada que ilustra las situaciones anteriormente analizadas y sus principales caracterizaciones en diversos países. Asimismo presenta un anexo en el cual se precisan los datos concernientes a los cambios registrados en cada país ordenados por regiones del mundo.

TEMAS GENERALES DE DEBATE

Durante el desarrollo de las mesas de discusión de la Reunión Internacional sobre las Opciones de Reforma de la Seguridad Social, los expertos invitados y los participantes en general, plantearon algunos temas importantes para el debate. En este capítulo se presentan las preguntas y respuestas más representativas, agrupadas por materias.

1. LA REFORMA DEL ESTADO

Pregunta: Al hablar de Reforma del Estado, ¿Se está hablando de la Reforma Administrativa del Estado?, si no es así, ¿Cuál sería la diferencia entre Reforma Administrativa y Reforma del Estado?.

Lic. Hilda Aburto Muñoz:

Bueno, yo diría que no, que no es lo mismo. Cuando yo hablo de Reforma del Estado, me he referido fundamentalmente a este proceso de los últimos 10 años en donde se modificaron las relaciones de poder y de propiedad. Evidentemente dentro de este proceso, para llevar a cabo esta modificación en las relaciones de propiedad, se llevaron a cabo algunas acciones administrativas como fueron: las privatizaciones, la reducción y ajustes presupuestales, pero no podemos decir en un sentido estricto que ha habido una reforma administrativa ya que ésta todavía no se ha llevado a cabo.

Mtra. Rosa Alba Torre Espinoza:

La Reforma del Estado no es nada más una reforma en el ámbito económico, lo que sería una reforma eminentemente economista y administrativa. La reforma del Estado va más allá, supone una reforma también en el orden político y en el orden social; había entonces que descentralizar también políticamente hablando, para lo cual existen muchas resistencias por inercias y por prácticas políticas de mucho tiempo atrás.

Pregunta: ¿Qué posibilidades existen de implantar un programa neoliberal y al mismo tiempo respetar el Estado Social de Derecho?.

Mtra. Rosa Alba Torre Espinoza:

Justicia social y libertad, parecieran ser en el contexto de un liberalismo social conceptos antitéticos, luego entonces sería muy difícil hablar de un sistema neoliberal que tuviera o que conllevara justicia social. No obstante me parece que el reto de los gobiernos actuales, y de las sociedades en este momento es precisamente poder conciliar estos dos conceptos, estas dos ideas que finalmente son las dos aspiraciones máximas del ser humano, una libertad con plena justicia.

Pregunta: Dentro de la reforma del Estado, ¿Se contempla la reforma, adecuación o limitación del movimiento obrero, o sindicalismo?.

Lic. Hilda Aburto Muñoz:

Nosotros nos quedamos como se dice de una manera coloquial, «encasetados» un poco dentro de lo que fueron los planteamientos y lo que fue también el vocabulario del Estado social, lo que entre paréntesis es totalmente incompatible con un Estado reformado neoliberal. Bajo esta

perspectiva tuvimos una larguísima tradición en México de hablar de derechos sociales, y qué bueno que así sea porque de otra manera no hubiesen aparecido como una de las reivindicaciones de la revolución mexicana, las instituciones de la seguridad social tan importantes hoy.

Lo que ha planteado en esencia el debate de la reforma del Estado, es justamente el aspecto de los derechos sociales. Nadie ha dicho vamos a acabar con los derechos sociales, pero en la práctica muchas medidas que se han tomado han venido a restringir el ejercicio real de los derechos sociales y es aquí donde me referiré al movimiento obrero.

El movimiento obrero fue también una derivación de lo que fue el Estado Social, producto de la revolución mexicana, pero ya dentro de la perspectiva de la reforma del Estado, bajo esta perspectiva liberalizante, los movimientos obreros y los sindicatos se constituyen como obstáculos muy fuertes para la reforma del Estado, de ahí que no ha sido gratuito que a lo largo de los últimos años nosotros hayamos asistido al desmoronamiento de los movimientos obreros, y al debilitamiento de muchos sindicatos.

¿Por qué?, porque un proceso de reforma del Estado Liberal está fundado justamente en buscar la seguridad de los particulares, pero como individuos, y el proceso que habíamos venido viviendo en los últimos setenta años de nuestro país estaba fundado en la reivindicación a los grupos, no a los individuos. Es decir la Reforma del Estado le da la vuelta a toda esa gran estructura que fue lo que se ha llamado el corporativismo, los grandes sectores, las grandes corporaciones obreras, campesinas, etcétera y aunque explícitamente no se ha planteado, esto en términos reales sí implica un desmantelamiento de esta forma de organización, y en contraparte aparece la seguridad de los particulares, de los individuos, pertenezcan a la clase social o nivel económico de que se trate

Pregunta: ¿Por qué el empeño de colocar a la seguridad social en medio de neoliberales y estatificadores, si es un concepto superior, y conveniente a cualquier forma de gobierno?. ¿Todos estos problemas se resuelven con un estado de derecho o con un estado de derecha?.

Mtra. Rosa Alba Torre Espinoza:

Como sabemos la razón de ser del Estado es el hombre mismo, pero no es el hombre como individuo, no obstante que sea lo que tiende a entenderse en los últimos tiempos, sino el hombre como ser social que cede parte de su libertad y de su ser individual precisamente en aras de la convivencia, una convivencia que le asegure su bienestar social. En esta convivencia social el hombre tiene que crear o establecer, o que prever ciertas normas, ciertas reglas, ciertas disposiciones y el mecanismo que ha encontrado es precisamente la norma jurídica, con sus características de ser bilateral porque da derecho y obligación y de ser coercible, porque cabe la posibilidad de que el incumplimiento de esta norma se obligue. Estas dos características básicamente

la distinguen de otras, por ejemplo de la norma de trato social y de la norma religiosa, que también regulan el comportamiento humano pero que no tienen desde luego la misma eficacia.

En la medida que los seres humanos, que las sociedades, que los individuos miembros de estas sociedades reconocemos el valor de la norma, el valor del derecho, aseguramos esa convivencia social, aseguramos el orden, aseguramos la paz; el problema tal vez de los últimos tiempos en muchas sociedades y la nuestra entre ellas, es precisamente que no hay no solamente una cultura política sino que no hay una cultura jurídica; no hay un reconocimiento de la importancia fundamental que tiene precisamente la norma jurídica como reguladora, como cohesionadora de estos valores y de estos intereses sociales.

Cuando la seguridad social llega, se asienta y se establece en normas jurídicas, reconoce que en el contexto de la sociedad no todos somos iguales, porque naturalmente no todos somos iguales, y lo que hace es prever y establecer ciertas reglas que garanticen un trato ahora sí igual, en función de que si bien naturalmente no somos iguales, sí debiéramos serlo socialmente.

Esa es la importancia que tiene la previsión y el establecimiento del Estado de Derecho que no de Derecha, sí de Derecho, en el contexto ideológico que la sociedad determine finalmente, que será de derecha o de izquierda según la ideología que prive mayoritariamente en una sociedad fundamentalmente democrática. Creo que es hacia donde estamos caminando, ojalá no nos equivoquemos, el compromiso es de todos.

2. ADMINISTRACION PUBLICA MODERNA

Pregunta: ¿Cómo pudiera describirse la administración pública moderna?.

Dr. Armando Valle González:

La administración pública moderna tiende al llamado «Estado inteligente» que describe Bernardo Kliksberg, cuyos rasgos más característicos son:

- Centrarse en el proceso de formulación de políticas públicas;
- Favorecer el proceso de descentralización sin caer en la descentralización compulsiva y tomando en cuenta los riesgos de toma o confiscación del poder por las elites locales;
- Sustituir modelos organizativos de tipo piramidal, rígidos, por modelos organizativos en forma de redes, tipo organizaciones matriciales y por proyectos;
- Fortalecer la coordinación intersectorial;
- Establecer un nuevo tipo de funcionario más flexible, atento al entorno y que capte la importancia de la información informal; considerar prioritario al personal, sustituyendo el enfoque logístico (plantillas, incidencias, control, etcétera) por el enfoque de desarrollo de personal; y
- Dirigir los objetivos y acciones a la sociedad.

Lic. Miriam Cardoso:

Yo pienso que en esta transición de la administración pública lo importante es tomar como base políticas públicas más flexibles y combinar análisis de factibilidad, análisis de la eficiencia, análisis de los actores sociales y la viabilidad política.

Pregunta: ¿Qué relación se puede establecer entre seguridad social y administración pública moderna?

Dr. Armando Valle González:

Es fácil encontrar la relación entre seguridad social y administración pública moderna si se recuerda que el objetivo de esta última es el bien común y se ubica a la seguridad social dentro de la política social, que busca satisfacer las necesidades del ser humano como son alimentación, salud, educación, trabajo, recreatividad. En México entre los grandes logros que aseguran la paz social figuran destacadamente la educación y la seguridad social. Si no se satisfacen estas dos grandes necesidades puede haber fuga de gobernabilidad y poner en peligro la estabilidad y la paz.

3. ECONOMIA Y FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Pregunta: Si para incrementar los ingresos de la seguridad social el financiamiento se hace vía impuestos aumentaría la inflación, si se financia a través de las empresas se incrementaría el costo de producción y los productos perderían competitividad en el libre mercado, ¿Cuál es entonces el mejor camino?

Sr. Patricio Merino Scheihing:

El mejor camino es que sea financiada por los propios trabajadores que es lo que se llama efecto neutro. Si se financia a cargo del Estado tendría efecto recesivo si no se alcanza la cobertura total, porque en ese caso toda la población estaría financiando a sólo una parte de ella.

Pregunta: ¿Qué significa la productividad para los usuarios de la seguridad social? ¿Cuál es el costo financiero de los modelos de desarrollo?

Dr. Carlos Schaffer Vázquez:

Para los usuarios es indiferente la productividad. El que los servicios deben ser más productivos es sólo un problema interno. La productividad es una garantía pero el usuario no se está preguntando cuál es el costo. El reto, ciertamente es tener más productividad, y ser de mayor calidad para el usuario, sin privatizar. No hay duda que tenemos que aumentar la productividad, tener eficiencia, calidad y mayor cobertura. Pero es muy difícil seguir funcionando

con aumento de cuotas, ese no es el camino, las vías son otras, por ejemplo hay servicios que no se cobran, y hay quienes no pagan. En cuanto al costo administrativo, padecemos de «estructuralitis» crónica, demasiados niveles de mando, esto trae consecuencias negativas, servicios caros, e insatisfacción. Nuestro problema de costos es la cultura Taylorista y el centralismo. Es cierto que faltan recursos, pero si se proporcionan más recursos y se siguen manejando en la misma forma el resultado va a ser negativo. Lo que se necesita es una transformación organizativa.

Pregunta: ¿En qué forma la transformación productiva se puede relacionar con la seguridad social y la salud?.

Dr. Rómulo Caballeros Otero:

En los últimos cuarenta años se ha demostrado que el solo crecimiento no basta para producir sociedades equitativas. De esto hay muchos ejemplos en el mundo. También se ha dicho mucho de que la política económica determina un sólido crecimiento y la política social, la equidad en la distribución del ingreso. Esto no es cierto, porque la política económica ha sido tan injusta que no basta ninguna política social para atenuar sus efectos. Lo importante es no considerar a estas dos políticas como carriles separados, sino bajo un enfoque integrador: Crecimiento productivo, más fortalecimiento de los recursos humanos, lo que desde luego implica erogaciones sustantivas en educación y salud. En este aspecto el sector salud debe ser un vehículo democratizador.

Pregunta: ¿Hay un balance entre la política económica y la política social en América Latina?.

Dr. Omar Guerrero Orozco:

Yo pienso que nunca lo ha habido, salvo quizás en el Uruguay en algún momento. En México la ventaja que teníamos es que esa falta de balance era suplida por el crecimiento económico que proveía empleos y abría expectativas. Cuando este crecimiento económico se nos cayó, la falta de equilibrio se volvió aparatosa y ahora estamos tratando por un lado de ver si volvemos a crecer y por otro lado ver si inventamos una política social que se haga cargo de costos inevitables y de escaseces abrumadoras y de esta manera avancemos.

Pregunta: ¿Es la productividad sinónimo de calidad? ¿Puede afectar a la calidad el control de costos o es la calidad un factor en el control de costos?.

Lic. Agustín Barbabosa Kubli:

Frecuentemente se identifica el costo con la calidad y se pretende llegar a una conclusión, casi sin previo análisis, de que a mayor calidad necesitamos mayor costo. Si partimos de un esquema donde consideramos que hay desperdicio y si se acepta que hay un gran nivel de desperdicio, esto

significa que hay un margen de racionalidad, un margen de mejor utilización de los recursos, de modo que en la medida que se logren identificar esos márgenes para mejorar el aprovechamiento de recursos, habrá un abatimiento en los costos y simultáneamente habrá un incremento en la calidad de los servicios que se otorgan. Lo irracional sería buscar ahorros en detrimento de la calidad, eso no es la racionalidad que se pretende.

Pregunta: ¿Funcionan realmente los estímulos económicos a la productividad?

Mtro. Carlos Cruz Rivero:

Cuando los estímulos económicos forman parte de un salario indirecto, tienden a ser superados. Cuando al personal se le paga por salario, no hay realmente un estímulo hacia la productividad, la calidad y el desempeño. Lo que se debe hacer es un cambio radical de estrategia dentro del sistema de financiamiento. La gran revolución que ha habido en materia de financiamiento en países como Inglaterra es el cambio en el sistema de flujos de financiamiento, es decir por ejemplo, si en el primer nivel de atención se recibe el 85% de la demanda, el dinero debe pasar primero por este primer nivel y si los médicos necesitan hacer una referencia, la pueden hacer comprando servicios de diferentes prestadores dentro de una misma institución. Este cambio en el esquema de flujos financieros se ha acompañado de unapolítica de estímulos reales a la productividad y desempeño que ha redundado en una significativa reducción de los costos de la atención.

4. EXTENSION DE LA COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL. PROTECCION A GRUPOS MARGINADOS

Pregunta: ¿Qué dificultades existen para aumentar la cobertura de la seguridad social?

Dr. Carlos Schaffer Vázquez:

La principal dificultad estriba en la fragilidad del crecimiento económico y en la probabilidad de que el empleo marche rezagado en relación al crecimiento. Yo creo que mientras continúen los mismos mecanismos de afiliación y financiamiento y los mismos esquemas de hace diez años, la seguridad social va a tener muchos problemas. La seguridad social debe reaccionar y hacerse más flexible ante las posibles modificaciones del patrón del empleo. Hay que considerar que están cambiando las áreas de desarrollo para las cuales fue creada la seguridad social y esto puede llevar incluso a un retroceso de la cobertura.

Pregunta: ¿Cuáles serían los mecanismos o las instituciones que deberían encargarse de la universalización de los servicios de salud?

Dr. Santiago Lastiri Quiróz:

Este asunto se puede abordar desde dos ángulos, uno desde el punto de vista de la seguridad social y otro desde el correspondiente, a las instituciones de asistencia social. En el primer caso ponemos como ejemplo al IMSS que gasta actualmente 175 dólares por persona por año, es decir que el IMSS funciona realmente como un enorme HMO, porque tiene sus propios hospitales, sus propias clínicas, sus médicos asalariados y sus enfermeras y prepara a sus profesionales, es como un HMO de los Estados Unidos, solo que tiene 50 millones de derechohabientes y el más grande de Estados Unidos sólo llega a cinco. Obviamente le faltarían al IMSS algunos elementos para ser un HMO en todo el sentido de la palabra, pero al gastar 175 dólares por persona, por año, el IMSS aparece realmente eficiente, si se le compara por ejemplo con las seguridades sociales de Sonora, de Chihuahua o de Nuevo León, que he podido estudiar, las cuales gastan cerca de 600 dólares anuales por persona. Por tanto, dentro de este contexto el IMSS se convierte en un apoyo del sector privado, del productivo y del industrial y comercial, que es lo que nos hace verdaderamente competitivos ante Canadá y Estados Unidos. Este es un aspecto que se ha olvidado y que conviene subrayar porque nuestros competidores en términos de seguridad social no son Canadá y Estados Unidos, sino Argentina, Chile, Colombia, Bolivia cuyos costos de producción de servicios de salud dentro de sus seguridades sociales tienen un nivel más o menos similar al nuestro aunque un poco más elevados.

Obviamente si se compara lo que se gasta en instituciones de asistencia social con lo que gasta en el IMSS se dirá que la seguridad social es muy ineficiente y muy inequitativa. Pero no hay punto de comparación desde el momento en que la seguridad social tiene un paquete de servicios bien circunscrito, bien definido con el que siempre contará el derechohabiente, en cambio las instituciones de asistencia social no tienen un paquete como tal, de modo que el individuo enfrenta un riesgo económico en el caso de que el servicio o determinada tecnología no estén disponibles y deba absorber el costo por su cuenta.

Nuestro reto como nación debe ser el definir un paquete bien delimitado de servicios de salud, semejante al de la seguridad social para la población no asegurada, que no son ocho millones sino al 40% de la población, es decir más de treinta millones. Ahora bien, ¿cómo le haríamos?. En realidad es un asunto crítico y difícil. Pero por un lado sabemos que esta población está estratificada. Hay quienes tienen suficientes recursos para pagar servicios médicos, otros que más o menos tienen recursos y un tercer grupo que no tienen nada para pagar y son los más desprotegidos. Yo pienso que la manera de dar atención a estos grupos debe a través de un modelo de organización y financiamiento a través del cual todos puedan contribuir dependiendo de su capacidad de compra. Ahora, ¿qué instancias podrían realmente ofrecer una alternativa viable?.

A mi me parece que la alternativa viable en término de producción y prestación de servicios de salud, es el modelo IMSS-Solidaridad extendido al

resto de la población. Esto desde luego no es fácil por varias razones de tipo político, logístico y regulatorio, ya que la Secretaría de Salud debería concretarse a actividades fundamentales regulatorias, normativas, de vigilancia epidemiológica, etcétera, cediendo toda la infraestructura a la seguridad social que es la que sabe producir y prestar servicios.

Dr. Manuel Vázquez Valdés:

Como una medida para cubrir el rezago en grupos marginados, el gobierno de la República ordenó formular un programa de cambio estructural, que sin substituir a los programas normales, aprovechara las fórmulas y experiencias solidarias que se manifestaron en los sismos de 1985. Me refiero al Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL). Este programa se basa en cuatro principios: impulso a la participación social, corresponsabilidad entre sociedad y gobierno, transparencia en el gasto y descentralización. Con estos principios se dio cauce a un programa que sobre todas las cosas respeta las formas locales de organización. Considero que el PRONASOL podría ser la base de sustentación para la ampliación de la seguridad social a grupos marginados.

Pregunta: ¿Cuál es la perspectiva del Programa IMSS-Solidaridad en relación a cómo pueden los países en las circunstancias actuales, dar respuesta a las necesidades de salud de los grupos marginados?.

Dr. Angel Flores:

La extensión de la seguridad social a grupos marginados depende en primer lugar de la voluntad política de los gobiernos y por otro lado, de las condiciones económicas de los países que no son muy favorables en nuestros países de América Latina. Quienes trabajamos dentro del Programa IMSS-Solidaridad estamos plenamente convencidos de que es factible extender la seguridad social al medio rural si se hace bajo un esquema de gradualidad. Es muy difícil llevar todos los beneficios de la seguridad social a estos grupos, por eso la experiencia mexicana de iniciar llevando servicios de atención a la salud y a través de ello contribuir a impulsar el desarrollo de esas comunidades, es correcto.

El sustento de la solidaridad que aplica el IMSS, es el deseo de que las comunidades accedan a un mejor nivel de desarrollo que les permita en el futuro integrarse como derechohabientes del IMSS.

Las perspectivas internas que se tienen en el programa, son buenas. La experiencia de aprovechar la infraestructura de una institución y con el financiamiento gubernamental federal y la participación de la comunidad, ha demostrado que llevar servicios de salud a un costo muy bajo, es una perspectiva viable. Si se compara el costo de llevar estos servicios a través del Programa IMSS-Solidaridad con otros esquemas, el resultado es muy favorable al Programa.

En el futuro inmediato la viabilidad del Programa va a estar dada por la presión de la comunidad. Será la propia población la que determine el futuro, y en ese sentido nuestra perspectiva de continuidad del Programa es muy favorable.

5. PAPEL DEL SECTOR PRIVADO

Pregunta: Para dar universalidad a la seguridad social, ¿Qué papel desempeñan el sector social y el privado?.

Dr. Carlos E. Varela Rueda:

La universalidad no se puede lograr sin la colaboración y participación amplia y decidida del sector público, del sector privado y del sector social. El sector social y el sector privado pueden participar como prestadores de servicios o falcitadores, haciendo que estos servicios sean alcanzables, factibles, rentables y financiables. Pero esto tiene que estar perfectamente definido y regulado por el Estado que debe decidir los alcances y límites de la participación.

Pregunta: ¿Qué repercusiones tendría la privatización de los servicios de salud de la seguridad social? ¿Cuál puede ser la participación selectiva del sector privado?.

Dr. Santiago Lastiri Quiróz:

Es claro que las políticas de desincorporación de nuestra actual administración están llegando al área de los servicios de salud. Sin embargo hay que decir que aquí no necesariamente podríamos obtener los mismos resultados que en otras áreas porque las características del sistema de salud son muy diferentes. La pregunta sería ¿cuáles son las repercusiones de la privatización en los costos de producción de los servicios?. A este respecto yo he tenido la oportunidad de estudiar y comparar los costos en el IMSS que es una institución integrada totalmente porque tiene sus propios hospitales, clínicas, médicos, enfermeras, etcétera y en otra institución del norte de la República en donde el 70% de los servicios se compran al sector privado. Y he encontrado un hecho muy importante: mientras más abierta es la institución hacia el consumo del servicio privado más caro es este servicio. Otro aspecto importante es que uno supone que a mayor apertura de la institución mayor satisfacción del consumidor, sin embargo yo acabo de encontrar un dato interesante, un estudio de la O.C.E.D. que muestra que a mayor gasto per cápita mayor índice de insatisfacción, teniendo como ejemplo Estados Unidos que gasta 20 veces más que lo que se gasta en el IMSS. Por tanto, si se trata de abrir más las instituciones para que los derechohabientes muestren mayorsatisfacción, esto no cuenta con apoyo en la literatura. No se quiere decir con esto que el sector privado no juegue un papel importante; por el contrario, en un estudio realizado hace 3 años en Sonora encontramos que el sector privado en ese estado cubre no el 5% de la

población como lo dicen las cifras oficiales sino el 40%. Sin embargo, habrá que diferenciar lo que es una fuente primaria de obtención de servicios de lo que es una fuente regular. En el estudio los consumidores decían «sí, empleo el sector privado como fuente regular de servicios pero la seguridad social la mantengo». Esto es muy importante como lo es el hecho de que el 95% de personas no aseguradas interrogadas, manifestaron en este mismo estudio que les gustaría contar con la protección de la seguridad social. Hay desde luego algunas áreas donde el sector privado puede participar, por ejemplo si tenemos un 40% de la población, no asegurada, y se tiene un mecanismo organizacional y financiero a través del cual se defina un paquete de atención integral para esta población, el sector privado puede ofertar un cierto costo de este paquete. Otra área específica donde puede participar es en la inversión en alta tecnología y de innovación, corriendo el riesgo financiero.

Dr. Carlos Schaffer Vázquez:

Socialmente, la privatización de la seguridad social sería un error. Financieramente no serviría para nada ya que nuestra seguridad social es autofinanciable y no tenemos una enorme deuda acumulada. Nuestra seguridad social cubre el 60% de la población y cuesta menos del 5% del PIB. Por tanto, no hay razón para privatizarla, ya que esto no beneficiaría a nadie. El papel del sector privado debe ser de complementariedad.

Dr. Robert Long Varangot:

En Uruguay se está en este momento en plena discusión a nivel político y en el propio sector salud acerca del cual es el papel del sector privado actualmente y fundamentalmente de cual va a ser de aquí a quince años el papel de este sector. En Uruguay la seguridad social está muy desarrollada, pero tiene una característica particular en lo que se refiere a la prestación de los servicios médicos, ya que no se cuenta con infraestructura propia, salvo en casos muy específicos, y por tanto la seguridad social debe contratar los servicios médicos. Pero no se contrata a cualquier sector, sino a uno que podríamos llamar sector privado pero que en realidad es un sector formado fundamentalmente por instituciones de carácter mutual en su mayor parte y por cooperativas administradas por médicos, que tienen principios muy parecidos a los HMO de Estados Unidos. Aparte de que a los médicos les cuesta mucho entender la atención médica administrada, este «sector privado» está muy controlado y muy regulado en sus precios, ya que el Estado que es el mayor cliente también fija los precios. Este sector no sólo atiende a la seguridad social sino también a una gran parte de la población, de modo que hasta un 55% de la población total del Uruguay se atiende en este sector. Nosotros hemos tenido una mala experiencia; a raíz de que hace algunos años se nos dio la posibilidad de flexibilizar las tarifas, en unos tres años triplicamos el costo en dólares per cápita, de 10-12 dólares a 30 dólares, sin que haya habido una mayor cobertura, ni mayor calidad, ni nada, lo que

quiere decir que somos muy ineficientes en este aspecto. Es cierto que gran parte de los nuevos recursos fueron hacia los salarios de los médicos que estaban muy deprimidos desde hace varios años. Por su parte, el sector privado en el Uruguay está también sufriendo una grave crisis tanto por los embates de las modas que se están presentando a nivel mundial, tanto por no tener una idea de lo que es el colectivismo, la socialización o la solidaridad. Como una reflexión, creemos que los costos crecientes de la atención, debe ser responsabilidad decada uno de nosotros y en última instancia de la sociedad. Nosotros vamos a tener que darnos el modelo de atención que queremos de acuerdo con la escala de valores que propongamos. Estamos de acuerdo con lo que dicen los economistas de que los recursos son finitos y las demandas pueden ser infinitas, pero en este caso no hay que hablar de demandas sino de necesidades, de necesidades razonables y asignar los recursos de acuerdo con las posibilidades de cada país.

Mtro. Carlos Cruz Rivero:

Anteriormente se decía que el sector privado solamente daba cobertura al 5% de la población. En la encuesta nacional de salud que tuvo cobertura nacional, utilizando los censos económicos y la encuesta nacional ingreso-gasto, se ve que el sector privado tiene una fuerte participación en la sociedad, de un 33 a un 40% lo que es bastante significativo. Ahora bien, cuando se habla del sector privado, se habla de un cuerpo muy heterogéneo que comprende desde la medicina tradicional, hasta el hospital urbano de tercer nivel de atención. Por tanto no debemos caer en el error de considerar al sector privado solamente como medicina curativa de tercer nivel, también el médico que está en el sector rural y que pone un consultorio o incluso las farmacias son parte del sector privado. Ahora en cuanto al papel y la participación del sector privado, anteriormente se veía el problema de una manera maniqueista, si el sector público es malo, lo privado es bueno, si lo público es bueno lo privado es malo. Esas teorías verdaderamente ya están superadas. Realmente de lo que estamos hablando ahora, es de una mezcla pública privada. El papel del gobierno es muy importante para poder en un momento dado llegar al bienestar social óptimo, y nadie pone en duda la necesidad de una intervención estatal en el campo de la salud. Ahora bien, ¿cuáles son los espacios del sector privado? son muchos. Nosotros podemos utilizar de una manera mucho más racional ese 40%. Voy a dar unos ejemplos, la Secretaría de la Defensa Nacional de 18 hospitales que tiene, nueve se sostienen independientemente, a partir de los ingresos que captan de la venta de servicios, estamos utilizando fondos privados para de alguna manera financiar servicios públicos. Otro ejemplo, en la delegación estatal del ISSSTE en Veracruz, de 1988 a 1992 se hizo una estrategia específica para incrementar la subrogación y para optimizar la subrogación de servicios de salud, se logró con la activa participación del sector privado, tener una reducción del 10% del presupuesto que se estaba utilizando para atender a la

salud en el Estado. Vemos que utilizando de una manera racional al sector privado, con la conducción del sector público, podemos realmente tener una utilización más racional de los recursos que existen.

6. EL MERCADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Pregunta: El mercado de los servicios de salud, ¿funciona como cualquier otro mercado o tiene características especiales?.

Lic. Javier Bonilla Castañeda:

Definitivamente es un mercado distinto, no es un mercado fácil y transparente como el mercado de granos o como el mercado de divisas a nivel internacional. Es un mercado muy difícil y por esta razón la acción estatal se hace mucho más importante. No hay otro mercado o hay muy pocos, en el que los consumidores le pregunten al proveedor del servicio qué es lo que necesita. Normalmente cuando uno va al supermercado uno sabe lo que necesita, ve las calidades, y escoge lo que más le convenga. Cuando uno va al doctor pregunta ¿qué es lo que tengo?, ¿cuánto necesito pagar para curarme?. Por tanto, es un mercado distinto en el que el Estado tiene una función importante en la protección del consumidor. Algunos países, los Estados Unidos por ejemplo, han tenido muchos problemas, en este aspecto. Los mayores problemas de este país se dan en su sistema de salud, y esto se debe, de acuerdo con lo que alguna vez oí en algún noticiero, a que se ha roto el vínculo entre el paciente, el médico y la cuenta. Este es el tipo de imperfecciones que es necesario cuidar. En Estados Unidos, para resolver este problema se han creado los llamados Health Management Organizations (HMO), a los que los usuarios les pagan para estar cubiertos en servicios de salud, pero limitan el acceso de los usuarios a los servicios de acuerdo con lo que ellos creen que es razonable, buscando que los gastos que no sean indispensables se minimicen. Este tipo de organizaciones deben estar presentes en nuestras mentes en los años por venir para resolver las deficiencias que presenta el mercado de salud.

Dr. Santiago Lastiri Quiróz:

La salud opera dentro de un mercado llamado mercado imperfecto por las diferencias de conocimiento que existen entre los consumidores y los proveedores de servicios, lo que coloca en gran desventaja al primero. A esto se añade que el prestador o proveedor de servicios opera dentro de un sistema que puede favorecer algunas conductas de tipo aberrante para dar lugar a lo que en economía se llama inducción de demanda, que significa incrementar la demanda de los servicios en razón de los incentivos económicos. Esto quiere decir que el mercado de servicios de salud puede ser manipulable dependiendo de las características de la producción o del modelo de producción o prestación de servicios. Estas imperfecciones han hecho que los gobiernos intervengan

para tratar de corregirlos. Uno de los mecanismos ha sido precisamente la implantación de los seguros médicos que también tienen sus desventajas. En México la seguridad social viene en cierta medida a minimizar los problemas del mercado de consumo y el programa IMSS-Solidaridad, viene a corregir prácticamente en ciertas áreas rurales la incapacidad del individuo a pagarse a sí mismo servicios de salud. Las imperfecciones del mercado tienen características muy complejas, y de ahí las disposiciones que se han tomado no sólo en los Estados Unidos sino en cualquier parte del mundo para estar regulando este mercado, por eso ahora se habla de mercado regulado. Un ejemplo son las organizaciones de mantenimiento o preservación de la salud o HMOS, que crean lo que actualmente se llama Sistema de Riesgos Económicos Compartidos, en donde todo el mundo tiene la oportunidad de ganar pero también de perder dependiendo de su comportamiento en relación al consumo, por ejemplo el consumidor que abusa del consumo de los servicios o el prestador que abusa de la prestación.

Mtro. Carlos Cruz Rivero:

La demanda en salud es ilimitada, es decir que en cuanto se soluciona un problema de salud aparece otro y otro más y eso nos lleva a un problema de escasez, de modo que no nos alcanzaría todo el dinero del mundo para poder satisfacer cabalmente las necesidades de salud, porque la salud siempre nos estará presentando nuevos problemas. La demanda de la atención médica es lo que hace que el mercado de la salud sea un mercado imperfecto, ¿qué es un mercado imperfecto?. Es un mercado que no se puede dejar a la libre interacción de las fuerzas de la oferta y la demanda. La demanda de la atención médica presenta ciertas características que la distinguen de otras demandas de bienes de servicio, por ejemplo las externalidades, es decir que una tercera persona se beneficia o se perjudica, independientemente de su voluntad, por una acción mía. Si yo decido vacunar a mis hijos, mis hijos no van a contagiar a otros niños en la escuela o voy a erradicar un posible contagio, esta es una clara externalidad. Si dejáramos la oferta y la demanda al libre juego de las fuerzas del mercado, nunca se podría llegar a ningún beneficio social óptimo. En cualquier otro tipo de mercado el consumidor tiene por lo regular toda la información para hacer juicios racionales, en el caso de la salud el consumidor que es el paciente no tiene información para saber qué hacer y en qué medida para solucionar su problema y recurre al médico. El médico entonces no sólo es la persona que ofrece el servicio, sino también quien decide el tipo de demanda y esto puede llevar a la demanda inducida, por otras cuestiones que no tengan que ver nada con la medicina. Esto hace, que para poder en un momento dado corregir las imperfecciones del mercado, tenga que existir un agente colectivo que normalmente es el Estado, pero que también puede ser un seguro médico privado o cualquier otra instancia, que garantice los intereses de la colectividad a través de controles y regulaciones en tecnología, práctica médica, salud pública, asistencia social, y regulación sanitaria, con objeto de

controlar precios, tipo de servicios, calidad y cantidad de los servicios y poder así llegar al máximo beneficio social.

Pregunta: ¿Cuál es el papel de la regulación en el mercado de la salud?.

Dr. Santiago Lastiri Quiróz:

La regulación es componente central de la política social. A este respecto tanto en México como en otros países esto se ha hecho a través de la creación de instituciones de seguridad social. Estas instituciones han jugado un papel muy importante, aunque es cierto que no ha sido posible extender su cobertura por falta de recursos financieros, ya que la seguridad social se encuentra ligada a la capacidad de generar empleos. Por lo que respecta a las poblaciones que no cuentan con recursos económicos y carecen de empleo formal, en estas condiciones entran los aspectos regulatorios de los gobiernos a través de la asistencia social. Seguridad y asistencia social han caminado paralelamente en el proceso histórico de México, pero a medida que la seguridad social va cubriendo a mayor número de personas, la asistencia social va reduciendo su papel. También, considerando los problemas de mercado, el gobierno se ha visto en la necesidad de crear programas específicos, como el programa solidario que administra actualmente el IMSS y con el cual se cubre una gran parte de las necesidades de las poblaciones no aseguradas. Nosotros hemos hecho estudios para comparar cuanto cuesta proporcionar atención de primero y segundo nivel dentro de la seguridad social y en instituciones de asistencia social y hemos visto que el Programa IMSS-Solidaridad es muy competitivo. El modelo de IMSS-Solidaridad tiene un gran impacto a un costo muy bajo y yo creo que si se piensa extender la cobertura de servicios de salud la población de México no negociarí nada menos por abajo de lo que actualmente proporciona el Programa IMSS-Solidaridad. De no proporcionarle por lo menos el paquete de salud de IMSS-Solidaridad, se crearía una serie de incentivos perversos de forma que aquello que quedara fuera del paquete sería lo que el mercado, erróneamente, induciría a su propia demanda.

Lic. Javier Bonilla Castañeda:

Yo creo que hay dos maneras de atacar los actuales problemas de salud de México, y de prácticamente cualquier otro país porque los problemas son los mismos. Uno es con incentivos económicos, es decir, diseñar instrumentos que incorporen la calidad de los servicios a la práctica cotidiana de nuestras clínicas y hospitales hasta donde sea posible. Desde luego nosiempre se logra, a veces efectivamente se crean incentivos perversos, como por ejemplo cuando se dice «vamos a pagarle a los médicos por número de pacientes» y resulta que los médicos comienzan a atender a los pacientes en dos minutos para maximizar su ingreso. Por tanto hay que ser muy cuidadosos con los incentivos económicos.

La otra manera de atacar los problemas es la administración eficiente y profesional, que juega un papel muy importante en los servicios de salud y tiene que ver mucho con la regulación y con la función de modulación que ejercen las instituciones de salud. ¿Por qué es importante la regulación y por qué es importante la intervención del Estado en el manejo de la salud?. Porque hay casos que el mercado no resuelve de manera automática. Si se va a hacer una campaña contra el SIDA a nivel nacional, por ejemplo, es muy difícil que no sea el Estado; es muy difícil que alguien pueda internalizar como se dice en economía los beneficios de una campaña de vacunación, si no es el Estado. Para todo lo que es producción de bienes públicos el papel del Estado sigue siendo fundamental.

Por lo que respecta a los paquetes de salud que se maneja tan frecuentemente yo pienso que esto no es igual que las despensas de CONASUPO que las obtenían sólo con ir y dárselas, aquí se necesita una cierta infraestructura y personal médico para proveer el paquete, esto sólo se puede hacer gradualmente a través de instituciones como la Secretaría de Salud y el IMSS. Yo creo que deben fortalecerse los programas de IMSS-Solidaridad, para incorporar a los seis, siete u ocho millones del medio rural que no disfrutan de estos servicios.

7. PROBLEMATICA LABORAL DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

Pregunta: En relación al ausentismo, ¿Hay alguna manera de disminuirlo? ¿Qué utilidad pueden tener los incentivos económicos?.

Lic. Agustín Barbabosa Kubli:

En el Instituto Mexicano del Seguro Social tal vez podríamos pensar que no ha habido una orientación acertada de los estímulos para considerarlos como una prestación para tratar de evitar el ausentismo y fomentar la asistencia. Este es uno de los aspectos acerca de los cuales se está en pláticas con la representación sindical para encontrar los caminos adecuados para que disminuya el ausentismo. De hecho ha habido impresionantes avances en este sentido ya que sin incorporar ninguna prestación adicional se ha logrado disminuir el problema simplemente por el hecho de hacer conciencia entre el personal que labora en la institución haciéndole reconocer el problema que este representa, el efecto que tiene entre la población, el deterioro de la imagen del Instituto y el efecto que tiene finalmente sobre el propio trabajador, ya que al disminuir la fuerza de trabajo prevista para dar equilibrio a la demanda y a la oferta de los servicios, se carga un mayor peso de la demanda sobre los trabajadores que sí asisten. El hacer conciencia de estos aspectos ha sido un factor importante para reducir el ausentismo creemos que hay muchas alternativas adicionales para que, en coordinación con las autoridades sindicales, se encuentren nuevos caminos para minimizar este enorme problema.

Pregunta: ¿Se han concretado acciones eficaces para abatir el alto costo de los conflictos laborales que repercuten en el desequilibrio financiero del Instituto Mexicano del Seguro Social?.

Lic. Porfirio Marquet Guerrero:

Es claro que en el pasado reciente ha quedado evidenciado, que efectivamente uno de los aspectos que gravitan en el alto costo de la seguridad social en nuestro país, es precisamente su costo administrativo. También esto ha influido para dificultar un proceso integrador desde el punto de vista administrativo de la seguridad social, porque atendándose a la seguridad social en México por diferentes instituciones y no exclusivamente por el Instituto Mexicano del Seguro Social, aún cuando éste tiene la mayor cobertura, la posición ideal de una integración que permitiera uniformar una serie de criterios y establecer quizá una optimización de los recursos, se ha dificultado precisamente por la diferencia que existe desde el punto de vista no sólo administrativo, sino también de las relaciones laborales que surgen como consecuencia de esta diferenciación administrativa.

El Instituto Mexicano del Seguro Social creado como un organismo público descentralizado del Estado con personalidad jurídica y patrimonio propio, sujeto paradójicamente a las reglas laborales de cualquier empresa privada de las que en su origen permitieron su creación a través de sus propias cotizaciones, permitió desde sus orígenes la celebración de un Contrato Colectivo de Trabajo que a través de sucesivas revisiones, ha permitido que los trabajadores de la institución a través de la organización sindical que los representa, hayan alcanzado una serie de logros que permiten afirmar quizás sin mucha posibilidad de discusión, que se trata de uno de los Contratos Colectivos de Trabajo que establece un conjunto de prestaciones y derechos más favorables a los trabajadores en el contexto nacional. Esto quiere decir que dentro de la vasta riqueza de conceptos laborales que existen en nuestro país, uno de los más avanzados desde el punto de vista de los trabajadores y de los que establece mayores beneficios para ellos, es precisamente el Contrato Colectivo del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin embargo sería quizá muy largo y prolijo entrar en detalle de hasta dónde son de todo justificables o justificadas todas estas conquistas, o todos estos logros obtenidos a través de prácticamente 50 años de relaciones laborales y de revisiones de Contrato Colectivo de Trabajo, aunque bien pudieran esbozarse dos ó tres ideas muy rápidamente, en el sentido por ejemplo de que en sus orígenes la seguridad social atendida por el Instituto Mexicano del Seguro Social, se llevó a cabo con un número relativamente reducido de servidores institucionales de trabajadores y que con el tiempo precisamente la extensividad, la mayor cobertura, la expansividad en la protección que el Instituto da primero a la clase trabajadora asalariada, y posteriormente a otros grupos no precisamente asalariados pero también protegidos por nuevos esquemas de seguridad social planteados a partir de la

Ley de 1973, propiciaron que en la época actual, la institución cuente con un número aproximado de 345,000 trabajadores, lo que lo convierte paradójicamente, hay que insistir en ello, en el patrón sujeto a la Ley Federal del Trabajo, con el mayor número de trabajadores en todo el esquema jurídico laboral en México.

Esto aunado a que se cuenta con el Contrato Colectivo de Trabajo que tiene uno de los mejores conjuntos de prestaciones y beneficios económicos para los propios trabajadores, trae como resultado que efectivamente el costo administrativo de la prestación de los servicios de seguridad social sea comparativamente muy elevado, y que en consecuencia uno de los planteamientos que se han hecho en los años recientes es precisamente la necesidad de revisar este aspecto, toda vez que ha habido también un deterioro en el equilibrio financiero que en sus orígenes era muy diferente en cuanto a que la institución recababa o recaudaba un volumen muy importante de recursos económicos y lo que gastaba no solamente en sus finalidades esenciales, sino en su gasto administrativo, era comparativamente mucho menor y permitía un margen para que pudieran seguir mejorándose estas condiciones laborales de sus propios trabajadores, situación que precisamente en los años de la crisis no solamente se detuvo, sino que también se revirtió al extremo de que por un lado hay un descenso real en la recaudación institucional en términos reales, como dirían los economistas, y por otro lado la inflación ha propiciado que el gasto institucional haya crecido proporcionalmente en mucho mayor medida que la recaudación obtenida, no solamente en el aspecto estrictamente administrativo sino también quizá de manera más radical en otro tipo de costos materiales como los insumo, las medicinas, la infraestructura inmobiliaria de la propia institución a través de la construcción de nuevos hospitales, las problemáticas que se han presentado por los azares naturales a través de problemas como el sismo de 1985, y otros que indudablemente repercutieron en contra del equilibrio financiero de la institución.

Ahora bien para tratar de concretar, qué es lo que se ha hecho para tratar de mejorar esta relación recaudación costo-administrativo; la verdad es que es difícil precisar la respuesta, pudiéramos decir que en el pasado reciente se ha intentado hacer algunos ajustes en las relaciones laborales, y particularmente en la contratación colectiva, procurando no afectar los derechos esenciales de los trabajadores y sobre todo no afectar los derechos esenciales de aquellos trabajadores de la salud que atienden las funciones sustanciales de la institución, esto permite por ejemplo establecer la propuesta de desincorporar de alguna manera servicios no sustantivos que desde su origen no representaban actividades calificadas que se hicieran, desde un punto de vista estricto de equidad, acreedoras del conjunto de beneficios, muy importantes, que sí mantiene la contratación colectiva en favor del personal altamente calificado y sobre todo el personal médico y paramédico; sin embargo en este aspecto la representación de los trabajadores, asumiendo su

papel dentro del marco legal que le corresponde, ha asumido una defensa radical de las situaciones establecidas y de ahí que realmente poco ha sido posible lograr en este sentido, excepto el tratar de concientizar a la propia clase trabajadora, a los propios trabajadores del sector salud y específicamente a los trabajadores que prestan su servicio en nuestra institución, hacer conciencia en ellos del papel que representan, no como asalariados propiamente sujetos de una relación de explotación entre un patrón explotador y una base trabajadora explotada, como parecería ser el esquema general previsto en 1917 por el constituyente y por el artículo 123, sino que se trata de trabajadores de la salud y para la salud de la clase trabajadora del país y por lo tanto, desde ese punto de vista, su actitud y su aptitud deben ser esencialmente distintas de lo que pudieran considerarse para el resto de los trabajadores del país, puesto que ellos son los trabajadores que laboran para los trabajadores y para atender además uno de los valores fundamentales de la clase trabajadora, como es su vida, su salud y su bienestar social y esto se traduce en medidas que sí han ido permeando entre los propios trabajadores de la institución, como el mejorar la actitud a través de un mejor trato a los derechohabientes de la propia institución, que no son otros sino los propios trabajadores, mantener una permanente capacitación que permita mejorar esas aptitudes, y mejorar también por lo tanto la calidad del servicio prestado y el optimizar los recursos, estableciendo una clara conciencia de hasta dónde se ha logrado efectivamente consolidar y respetar un conjunto de derechos laborales fundamentales que la institución nunca ha pretendido menoscabar, pero también el establecer una clara conciencia de que inevitablemente a través de los años se ha incurrido en algunos excesos que quizá en un estricto criterio de equidad valdría la pena revisar en el contexto de un diálogo y de una concertación sincera, con la representación de los trabajadores para lograr mejorar y salvaguardar ese equilibrio financiero fundamental que permite o que permitiría salvaguardar la viabilidad de la institución en sí misma y con ello la consolidación de la seguridad social en beneficio no solamente de la clase trabajadora asalariada que ha sido su origen, sino también en beneficio de esa ideal expansión de la seguridad social a la población abierta, cosa que no será posible si no es sobre una base financiera sólida que permita mantener precisamente ese equilibrio indispensable para lograr no sólo salvaguardar a la institución; sino también darle los elementos para que pueda seguir creciendo y pueda seguir expandiendo sus servicios al resto de la población del país.

REFLEXIONES GENERALES

NORBERTO TREVIÑO GARCIA MANZO
PORFIRIO CERVANTES PEREZ
ARMANDO VALLE GONZALEZ

«LA BRECHA QUE SEPARA LOS PAISES RICOS
DE LOS POBRES SERA EL PRINCIPAL PROBLEMA
EN LOS AÑOS POR VENIR, MUY ESPECIALMENTE
LAS DIFICULTADES ECONOMICAS ACTUALES
QUE SE ENCUENTRAN EN TODO EL MUNDO,
VASTA Y EXTREMA POBREZA CARA A CARA
CON LA RIQUEZA Y EL MURO CREADO POR LA
FALTA DE SOLIDARIDAD»

(CLUB DE ROMA. DOCUMENTO BASE. MONTEVIDEO.
NOVIEMBRE DE 1991).

Como fruto de la Reunión Internacional de la Comisión Americana Médico Social «Opciones de Reforma de la Seguridad Social» y de las valiosas aportaciones adicionales contenidas en esta obra, pueden hacerse las siguientes reflexiones:

Debates ideológicos

Se ha dicho a propósito del debate del estado, que suele tener un alto tono ideológico, ya que abundan mitos, dogmas, sofismas, y declaraciones categóricas sin el correspondiente respaldo empírico(1). Georges Duby menciona que las ideologías tienden a ser esquemas totalizadores; inherentemente deformadores de la realidad y que, con frecuencia aparecen como posiciones antagónicas entre sí(2). Por ello en la discusión de Opciones de Reforma de la Seguridad Social parece necesario superar marbetes ideológicos a fin de obtener enseñanzas útiles y fórmulas sensatas para la acción.

Así, el corazón del debate en materia de salud y seguridad social se centra en las potencialidades, virtudes e incapacidades del estado por una parte y las del mercado por la otra. Si al respecto se asumen firmemente las

posiciones ideológicas mencionadas, el diálogo será infructuoso y se formarán dos bandos: uno que cuestione la capacidad del estado para manejar la política social y la prestación de los servicios públicos, y otro contrario que presentaría evidencias de que el mercado es capaz de crear riqueza, pero entre sus virtudes no figura precisamente la equidad ni la aptitud de generar bienestar para los grupos marginados. Cordera(3) menciona que desde la crisis del estado keynesiano cuando ya no pudo producir más empleo, se pasó a cuestionar también su habilidad para procurar el bienestar social. Los detractores de esta forma de estado centran sus críticas en que produjo un crecimiento desmedido de su aparato burocrático, ineficiencia y altos costos. Por lo tanto, preconizan su reducción, el debilitamiento de la política social y la entrega de los servicios públicos a las fuerzas del mercado y al sector privado, que en su opinión son más aptos para realizar estas tareas.

El segundo bando presentaría evidencias históricas de que los beneficios de la producción de riqueza no fluyen espontáneamente de la cúspide a la base, sino que ocurren fenómenos de acumulación y de agravamiento de las desigualdades distributivas, y como resultado general, aumento de la riqueza, pero sobre todo de la pobreza, como lo han señalado expertos internacionales en administración pública, recientemente reunidos en Toluca, México(4). Hoy día la pobreza es el problema más preocupante del mundo. En los países en desarrollo, a partir de la crisis económica de los ochenta y de las medidas de ajuste aumentó el número de pobres y pobres extremos que hoy corresponden a la mitad de la población de Latinoamérica(5).

En consecuencia se requieren intervenciones selectivas del estado para distribuir la riqueza socialmente producida, conducir la política social y velar por el bienestar de los más pobres.

En una posición conciliadora, no polarizada, es válido hablar de virtudes del estado y virtudes del mercado, pero también de fallas de uno y otro.(6)

Por analogía, es de suponerse que en materia de salud y seguridad social, las posiciones extremas también son poco útiles para el debate y que es mejor asumir una posición intermedia, de síntesis, de unidad dialéctica de las contradicciones y superar las tesis antagónicas entre estado y mercado, instituciones públicas y sociedad civil y sector público como adversario del sector privado.

Si se acepta que no es la propiedad pública o privada de las instituciones lo que determina su eficiencia, sino la calidad de su administración, si estamos de acuerdo en que el estado asociado al mercado y a la sociedad civil sí pueden dar respuesta a las necesidades esenciales del ser humano facilitando el desarrollo de sus potencialidades, llegaremos a una postura más rica, constructiva y ajustada a la realidad para nuestros países.

Política económico-social, salud y seguridad social

No existe duda de las relaciones sinérgicas y de doble dirección entre el crecimiento económico y la justicia social. Si a este binomio se agrega la

participación democrática de los ciudadanos en las decisiones públicas que les atañen, se habrá conformado la trilogía de política interna de los países, a saber: política económica, desarrollo social y democracia.

En México, como en otros países de la región, se avanza en el propósito de que el crecimiento económico no aumente la pobreza, ni relegue a la política social a un plano secundario sólo para paliar los efectos negativos de la economía. Idealmente se aspira a obtener un avance paralelo de ambas políticas, o mejor aún una sola política económico-social o «socioeconomía».(7)

Para México la seguridad social es un sólido baluarte de su política social; se reconoce como responsabilidad jurídica del estado y aspiración creciente de la sociedad. No se tiene duda que la seguridad social ha contribuido significativamente al desarrollo socioeconómico del país, otorgando inmensos beneficios a una población equivalente a la de Francia. Además la seguridad social ha puesto en práctica el principio filosófico de la solidaridad y ha contribuido en no poca medida a la paz social de nuestro país.

Los logros en materia de salud, seguridad social y educación, difícilmente podrían cuestionarse o ser descalificados. Ciertamente las instituciones, muestran rezagos y deficiencias que no se niegan y deben ser corregidas, pero no justifican las posiciones extremas de desmantelamiento y privatización que aconsejan los apologistas del mercado.

Como lo señala Narro(7) hoy por hoy no existe un sistema perfecto de seguridad social en el mundo con solidez financiera, que asegure equidad, calidad y eficiencia. Los países de la región, como lo demuestran las experiencias descritas en este libro, se encuentran en un proceso heurístico de búsqueda y exploración; sus resultados no son prescripciones internacionales porque surgieron de situaciones particulares y entornos diferentes, pero sí merecen ser tomados en cuenta para no transitar por caminos ya recorridos, repetir modelos agotados, ni implantar políticas que deslegitimen a los estados y enconen sus relaciones con la sociedad civil.

Marco jurídico y compromiso político

La Constitución Política de nuestro país establece en el cuerpo de las garantías individuales y sociales, el derecho a la protección de la salud (artículo 4º) y la previsión social, base de la seguridad social (artículo 123). Es claro que hoy la protección de estos derechos, son por una parte obligación del estado y, por la otra, conquistas sociales irreversibles no sujetas a negociación. Los sucesivos gobiernos de México así lo han entendido y comprometido a conservar y fortalecer a las instituciones encargadas de hacer realidad la voluntad del constituyente. La seguridad social se ha acreditado sólidamente como un instrumento de protección contra los principales riesgos de la existencia, como instrumento solidario de política social a favor de los campesinos y marginados, y sin duda como factor de paz y estabilidad sociales. Barbabosa(8) afirma con acierto, que la

seguridad social es un medio por excelencia de redistribución equitativa del ingreso entre ricos y pobres, sanos y enfermos, regiones de distinto desarrollo y también entre generaciones. En México como en Costa Rica «la seguridad social es seguridad nacional». (Mario Pacheco Mena).(9)

La Carta Magna también establece el régimen de economía mixta y la concurrencia de los sectores público, social y privado en el desarrollo nacional, lo que en el campo específico de la salud y seguridad social implica el fortalecimiento y la participación del sector privado y la sociedad. La seguridad social necesita de la inversión productiva, la creación de empleos y salarios remuneradores. A su vez la productividad y competitividad a nivel internacional, hoy puntales de nuestra economía, demandan una fuerza de trabajo sana y con sus necesidades básicas razonablemente satisfechas.

Es de reconocerse que históricamente las transacciones entre los sectores público y privado ó entre el estado y el mercado, suelen no ser tersas y potencialmente estar expuestas a conflicto. De ahí que permanentemente deban buscarse convergencias y áreas de interés común que superen el reduccionismo de sus valores primarios: el bien público y la rentabilidad económica respectivamente.

En México se conceptualiza a la salud bajo una doble perspectiva: la humanística que aspira a propiciar que los hombres desarrollen sus potencialidades y expectativas personales, y la visión gerencial que la reduce a un insumo de la producción, en el cual el máximo rendimiento de cada quien mejora el beneficio de la sociedad en su conjunto (A. Lifshitz)(10).

En los planteamientos de reforma de la seguridad social es indispensable que la visión técnica, la visión económica, ocupe un lugar preponderante; pero con igual rango deben estar presentes la viabilidad política de las propuestas, su aceptación social, los valores éticos y la memoria histórica, es decir, el ser humano antepuesto al «capital humano».

Numerosos participantes de esta obra nos recuerdan que la economía debe estar al servicio del hombre y no a la inversa, o como bien lo afirma Kliksberg, en la conclusión de la Segunda Conferencia Internacional del Instituto Internacional de Ciencias Administrativas, «las ciencias administrativas y el rediseño del estado deben colocarse al servicio de los derechos humanos»(12).

Logros y rezagos de la Seguridad Social y Salud

La concurrencia de los sistemas de salud, seguridad social y otros sectores de la política social como educación, empleo, saneamiento, vivienda, han propiciado los logros en el nivel de salud, esperanza y calidad de vida de la población mexicana que se describen en esta obra. La seguridad social tiende progresivamente a la universalidad, al cubrir cincuenta años después de su instauración a casi las dos terceras partes de la población. Ha puesto en práctica el principio de solidaridad, al extender la protección a grupos marginados, lo que supera el concepto limitado de seguros sociales.

También es equitativa porque ofrece prestaciones homogéneas en estados y regiones de distinto grado de desarrollo y en lo posible, garantiza protección integral contra los riesgos principales de la existencia.

En nuestro país la seguridad social se hace realidad por conducto de diversas instituciones que tienen universos de influencia bien delimitados, beneficiarios de servicios a la salud y otras prestaciones en especie y en dinero. Sus instituciones a lo largo de cincuenta años registran logros importantes a favor del bienestar general, como la creación de una gran infraestructura médica, consolidación de las residencias médicas de especialidades, formación y capacitación de personal de salud en todas las disciplinas, el sistema médico familiar, participación en los programas nacionales de planificación familiar, extensión de la cobertura a población campesina y marginada, aportaciones científicas al diagnóstico y tratamiento de enfermedades complejas y producción científica comparable a la de universidades e institutos especializados, sólo por mencionar algunos. Los volúmenes de servicios que estas instituciones ofrecen son considerables y llegan a decenas de millones al año. Los derechohabientes tienen acceso, sin restricciones por el tipo de daño a la salud, a servicios regionalizados, escalonados, por niveles y apoyados en un sistema de referencia y contrareferencia. El Programa IMSS-Solidaridad instaurado a finales de los años setenta, opera hoy una red de servicios de primero y segundo niveles en diecisiete estados, con los que atiende a casi once millones de habitantes de comunidades rurales e indígenas, con un modelo de atención integral a la salud sustentado en la estrategia de atención primaria, que rescata como esenciales el respeto a la cultura local, el enfoque preventivo, la participación comunitaria, la coordinación intersectorial y la desconcentración de funciones a nivel local. Además la seguridad social protege a más de un millón 600 mil pensionados y jubilados, y proporciona otras numerosas prestaciones en especie y en dinero, analizadas en el capítulo de prestaciones económicas y sociales.

No obstante los indudables logros descritos de manera sucinta, también se han acumulado rezagos y deficiencias que son motivo de inconformidad y señalamiento. El beneficio tangible que disfrutaban los derechohabientes, es apreciado por el resto de la población, que aspira también a disfrutarlo. La población sin protección demanda los servicios que proporciona IMSS-Solidaridad, y junto con la que los recibe, desean la protección del régimen ordinario de la seguridad social, como evidencia de una natural tendencia humana a la igualdad en el mejor nivel posible. En este sentido la seguridad social es inequitativa porque no ampara a toda la población. También es heterogénea en el número de instituciones, su régimen jurídico, de financiamiento y por el tipo de prestaciones.

Las quejas más frecuentes de los usuarios se refieren más a las deficiencias de trato que a las de tratamiento, a la relativa despersonalización, tramitación excesiva, tiempos de espera prolongados, diferimientos, falta de información y, en ocasiones, carencias materiales visibles. Las quejas con

frecuencia son agrandadas por los medios de comunicación, que eluden su ponderación respecto al volumen de aciertos.

Por su parte, los prestadores suelen estar desmotivados por los bajos salarios, escasas oportunidades de capacitación, poco reconocimiento al trabajo bien hecho, inexistencia de servicio civil de carrera a ciertos niveles y desánimo cuando ocurren carencias materiales que dificultan su trabajo.

Al interior de las instituciones de salud y seguridad social destacan los problemas de coordinación, duplicaciones de universos a atender, cuestionamiento de la calidad de los servicios, aumento de los costos, crecimiento de aparatos burocráticos complejos, frecuentes problemas de financiamiento en los que influyen la mora y evasión de algunos patrones por una parte y la baja capacidad administrativo-gerencial y el dispendio por la otra. No existen cámaras financieras de compensación por el uso cruzado de servicios entre instituciones de seguridad social y establecimientos médicos destinados a la población no asegurada.

Otro gran problema de la seguridad social es el rezago del sistema pensionario debido a factores estructurales, legales y de inadecuación actuarial. Soto Pérez(13) explica la crisis financiera de las pensiones por dos causas básicas: aumento en la esperanza de vida y mejorías del sistema pensionario sin el correspondiente respaldo financiero.

La bonanza económica de otros decenios y las conquistas laborales incorporaron a las prestaciones esenciales de la seguridad social, servicios de salud, pensiones, riesgos del trabajo y guarderías, innumerables prestaciones adicionales, económicas y sociales, muchas veces sin el correspondiente soporte económico y que hoy los derechohabientes consideran conquistas no negociables.

Wolpert(14) describe con detalle la situación de la salud en México y los logros y rezagos en esta materia. El diagnóstico y las propuestas de reforma del sistema de salud han sido motivo de valiosas publicaciones recientes apoyadas por un amplio grupo de investigadores(15), que parece innecesario repetir. En este sentido Julio Frenk y colaboradores(16) han caracterizado de manera elegante y nemotécnica los rezagos del sistema nacional de salud con las siete «ies»: inequidad, insuficiencia, ineficiencia, inadecuada calidad, insatisfacción, inflación e inseguridad. No tendríamos objeción a los datos que sustentan este diagnóstico, salvo su necesaria relativización, para evitar juicios de tipo general. Podría decirse así que en las instituciones de salud existen algunas inequidades, algunas ineficiencias, algunas insatisfacciones y así sucesivamente.

Elementos de propuesta de reforma de la seguridad social

Sin pretender agotar todos los elementos inherentes a una propuesta de reforma integral de la seguridad social, este documento se limita a describir en términos generales los apartados a considerar en un intento de reforma. La propuesta se sustenta en el convencimiento de que los principios básicos

de la seguridad social se deben mantener y fortalecer como parte esencial de la justicia del Estado Mexicano, de manera similar a aquellos países que han asumido la protección de la salud y la previsión social como responsabilidad de estados. Este convencimiento nace del análisis de las experiencias relatadas en este libro y de la certeza que en nuestro país el mandato constitucional, el compromiso político y la memoria histórica, hacen inviables fórmulas que signifiquen debilitamiento de la seguridad social o su privatización radical y acrítica.

El compromiso de mantener vigentes los principios básicos de la seguridad social, no significan que ésta permanezca ajena a los cambios del mundo actual. Por lo contrario, es imprescindible revisar a fondo sus objetivos, medios, estructura y funcionamiento, de cara a las exigencias de la sociedad y a las modificaciones profundas del entorno que menciona el grupo de Aguirre Bayley(17). Sin pretender ser exhaustivos, los principales apartados a considerar en la reforma de la seguridad social mexicana podrían ser los siguientes:

Principios generales. No hay duda que la reforma debe sustentarse en los principios de universalidad, equidad, solidaridad, eficiencia y calidad. La universalidad puede ser alcanzable de darse los supuestos de economía, de pleno empleo, u otras modalidades de trabajo productivo y aplicación de fórmulas modificadas de incorporación a la seguridad social. En observancia del principio de equidad, el gasto, número y calidad de prestaciones deberán ser las mismas para todos los mexicanos, igualados por el mismo grado de necesidad. Los paquetes o canastas básicas de salud deben ser considerados como medida transitoria para la población que hoy carece de cobertura, pero no como solución definitiva, porque de otra manera se sentarían las bases estructurales de inequidad permanente.

Por solidaridad se entiende, el otorgamiento de prestaciones a quienes no tienen capacidad de pago, con las aportaciones de quienes pueden hacerlo, a través de recursos fiscales. La seguridad social de nuestro país tiene experiencia de veinte años en esta práctica.

Respecto a la eficiencia, se reconoce la necesidad de hacer cambios profundos para mejorar la habilidad administrativo-gerencial de las instituciones, seleccionar las acciones más rentables en el sentido humano y no solamente económico, mejorar la productividad, regular la incorporación tecnológica y evitar el dispendio a todos los niveles.

La visión del usuario. Toda propuesta de reforma de la seguridad social deberá tener como prioridad la satisfacción de las expectativas de los usuarios, los que aspiran a la igualdad, a tener fácil acceso a las instalaciones, a que éstas se encuentren limpias y acogedoras, a ser atendidos oportunamente sin tiempos de espera prolongados ni diferimientos de sus citas; y a ser tratado con amabilidad, recibir información adecuada y dotación puntual de medicamentos y materiales de curación. Es importante destacar que todas o la mayoría de estas aspiraciones pueden ser satisfechas al interior de las instituciones sin erogación adicional, simplemente mejorando las habilidades administrativo-gerenciales de los directivos médicos.

Visión de los prestadores de servicios. Los prestadores de servicios desean contar con materiales apropiados de trabajo en calidad, cantidad y tiempo para desarrollar sus actividades profesionales; tener sueldos y salarios dignos que satisfagan las necesidades de su familia, contar con oportunidades de capacitación, desarrollo y reconocimiento al trabajo bien hecho.

Visión de la administración pública. Desde la perspectiva de los órganos del estado encargados de atender las necesidades de salud y seguridad social, los elementos de reforma comprenderían los siguientes apartados:

- Enfoque intersectorial del bienestar social lo que hace necesario fortalecer las instancias de coordinación inter e intrasectoriales, como el Gabinete de Bienestar Social, el Consejo de Salubridad General, los COPLADES, e incluso plantear en los estados y municipios el cambio del enfoque sectorial por el de órganos de desarrollo regional.

La coordinación entre sectores e instituciones es indispensable para evitar el despido de recursos, duplicación de acciones y vacíos de responsabilidad, con el objeto de enfrentar en forma simultánea y plural el carácter multifactorial de la salud y del bienestar social.

- Delimitación precisa de competencias entre los organismos de regulación y las instituciones encargadas de administrar y operar los servicios de la seguridad social. La función regulatoria debe incluir también la formulación de políticas nacionales en las materias de su competencia, protección de los consumidores, y evaluación de los resultados.

- Reforma administrativa por la que se transite de la administración pública tradicional a la gerencia social, lo que implica el cambio de modelos organizativos piramidales, poco flexibles, al de redes más flexibles, donde el personal asuma la función estelar, y se orienten a la implementación de políticas y objetivos dirigidos a la sociedad y conducidos por verdaderos gerentes sociales(18).

- Aplicación de una política de desarrollo de personal que sustituya al enfoque logístico tradicional de incidencias, plantillas y medidas de control. Esta orientación deberá satisfacer las expectativas del trabajador, su capacitación, desarrollo de la creatividad y participación activa en la planeación, desarrollo y evaluación de los servicios.

- Formación de dirigentes de la seguridad social capaces de operar políticas sociales y programas sociales masivos aptos para manejar la complejidad y diversidad del entorno.

Paralelamente es deseable establecer el servicio civil de carrera hasta niveles más altos de la administración pública, con el objeto de garantizar la estabilidad en el empleo, la continuidad de los programas, el buen desempeño y el sentido de pertenencia a las instituciones.

- Consolidación de las políticas de descentralización y desconcentración. Es deseable proseguir la política de descentralización de servicios de salud a las entidades federativas, con base en la experiencia del decenio anterior, el análisis casuístico, así como el gradualismo y el fortalecimiento de los servicios a descentralizar. La fase final de la descentralización deberá llevar

el proceso a los municipios, lo que implica un gran esfuerzo de fortalecimiento de este primer ámbito de gobierno y el reconocimiento de que más de la mitad de los municipios de México se encuentran en la pobreza o marginación.

La seguridad social deberá ahondar en la desconcentración administrativa, a fin de dotar a los órganos territoriales de más facultades, capacidad negociadora y decisoria, en estrecha relación con los gobiernos locales y la población.

◦ Moderación de costos. En este renglón particularmente importante en la atención a la salud, será necesario dar prioridad a las acciones más costo-efectivas, sin afectar la calidad y equidad ni racionar servicios, atender necesidades y no sólo demandas, fortalecer la atención primaria a la salud, incorporar de manera prudente la tecnología moderna e implantar una cultura que evite el dispendio en todos los niveles.

◦ Calidad de atención a la salud. En este sentido se atenderán las expectativas mencionadas de los usuarios, prestadores e instituciones; la incorporación a la cultura de calidad y mejoramiento continuo, certificación de los profesionales de la salud por sus pares y acreditación de establecimientos médicos con criterios, estándares y procedimientos uniformes.

◦ Desarrollar un sistema único de información en seguridad social y salud simplificado, oportuno y confiable como herramienta en la toma de decisiones y base para la evaluación de la operación de los servicios.

◦ Equilibrio financiero de las instituciones de seguridad social. En este apartado será necesario alcanzar mayor eficiencia en el cobro a las empresas para evitar la mora y evasión, depurar el padrón de derechohabientes y lograr la moderación de los gastos mencionados arriba. No es viable el incremento de cuotas y aportaciones a trabajadores y patrones. El financiamiento de los servicios para la población sin capacidad de pago, deberá hacerse con recursos fiscales.

◦ Extensión de cobertura a grupos desprotegidos. La incorporación de estos grupos poblacionales a la cobertura de salud y seguridad social, deberá realizarse, además de los programas específicos para grupos vulnerables (niños, ancianos, mujeres embarazadas), y para regiones con mayor grado de rezago, (ámbito rural, comunidades indígenas) a través de programas integrales multisectoriales, con enfoque de desarrollo regional, coordinados por un organismo federal y financiados con recursos fiscales.

◦ Globalización de la economía y tratados comerciales. Una de las mayores tensiones que afectará a los sistemas de salud y seguridad social será la globalización económica y la apertura comercial. En este renglón será conveniente actualizar los tratados bilaterales para proteger a los trabajadores migrantes entre países con normas mínimas de seguridad social. También será necesario considerar el flujo transfronterizo de profesionales y empresas prestadoras de servicios, la homologación de profesionales y la acreditación de instituciones con sus contrapartes de los países socios comerciales.

° Implantar mecanismos permanentes de consulta a la sociedad para modificar las políticas y programas de seguridad social y evaluar la calidad de los servicios prestados.

CONCLUSIONES

1a. Los cambios del mundo actual imponen la necesidad de una reforma de la seguridad social dentro de las condiciones específicas de cada país.

2a. En México, la Constitución y el compromiso político de los gobernantes consideran a la seguridad social como responsabilidad del estado y aspiración de la sociedad.

La participación del sector privado está considerada dentro del régimen de economía mixta también prevista en nuestra ley suprema.

3a. La reforma de la seguridad social debe incluir la transición de la administración pública tradicional a la gerencia social; el enfoque de las acciones gubernamentales hacia la sociedad, el rescate de la dignidad y credibilidad del servicio público y la estrategia del desarrollo de personal.

4a. La reforma de la atención a la salud tomará en consideración el acceso universal, el respaldo financiero y la implantación de modelos que atiendan equilibradamente cada una de las funciones del proceso salud-enfermedad, salud pública, atención médica integral, educación médica e investigación médica.

5a. Se consideran prestaciones básicas de la seguridad social la protección de la salud, el sistema pensionario, los riesgos del trabajo y las guarderías. Otras prestaciones económicas y sociales se pueden conservar bajo esquemas que las hagan autofinanciables.

6a. Es responsabilidad del estado buscar fórmulas para extender la cobertura de seguridad social a grupos marginados. La propuesta de paquetes básicos es aceptable como medida transitoria en tanto las poblaciones marginadas se incorporan al desarrollo. La experiencia del Programa IMSS-Solidaridad se debe analizar como una opción viable de extensión de la cobertura.

7a. Corresponde al estado establecer las bases para una distribución equitativa de la riqueza, conducir la política de bienestar social, encabezar la lucha contra la pobreza y concentrar sus esfuerzos en el pago de la deuda social acumulada.

REFERENCIAS

1. Kliksberg B. General Report, en *Redesigning the state profile for social and economic development change*, Proceedings. «Toluca 93». II International Conference of Administrative Sciences. I.I.A.S.. Bruxelles, Belguique, p. 43.

2. Duby G.. *Historia Social e Ideologías de las Sociedades*, en *Historia Social e Ideologías de las Sociedades*, Barcelona España. Editorial Anagrama, 1976:cuaderno 136, p. 136.

3. Cordera R.. Economía Política de la Seguridad Social, en Opciones de Reforma de la Seguridad Social. Reunión Internacional de la Comisión Americana Médico Social, México, Julio de 1994.

4. Zorrilla M.P. Restructuring of the state to overcome poverty, op. cit. No. 1, p. 117.

5. Kliksberg B. Cómo reformar el estado para la lucha contra la pobreza, en Comercio Exterior, Vol. 42(5), México, Mayo de 1992, pp. 477-482.

6. Vasant Moharir. Drawing new borders and forms of association between public sector and society, op. cit. No. 1, p. 167.

7. Zorrilla M.P. Op. cit. No. 4, p. 126.

8. Narro R.J.. Panorama General. La ampliación de la cobertura a grupos desprotegidos, en op. cit. No. 3.

9. Barbabosa K.A. Perspectivas de la Seguridad Social Mexicana, op. cit. No. 3.

10. Pacheco M.M.. El Caso de Costa Rica, op. cit. No. 3.

11. Lifshitz G.A.. El Modelo de Atención a la Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, op. cit. No. 3.

12. Kliksberg B. Relatoría General. Segunda Reunión Internacional Toluca 93, Instituto Internacional de Ciencias Administrativas. I.I.C.A., I.N.A.P., Gobierno del Estado de México. México, Julio 1993.

13. Soto P.C.. El Sistema Pensionario, op. cit. No. 3.

14. Wolpert B.E.. Avances y Perspectivas del Sistema Nacional de Salud, op. cit. No. 3.

15. Frenk M.J.. Hacia una Reforma del Sistema de Salud: Una Propuesta Estratégica. Serie «Economía y Salud: documentos para el análisis y convergencia, número 12, México, Fundación Mexicana para la Salud, 1994.

16. Frenk M.J.. Economía y Salud. Propuestas para el avance del sistema de salud de México. Visión de conjunto. México, Fundación Mexicana para la Salud, 1994.

17. Aguirre B.A.. Panorama General. El Entorno. op. cit. No. 3.

18. Guerrero O.O.. De la Administración Pública a la Gerencia Social. op. cit. No. 3.

COLOFON
IMPRESO EN:
IMPRESORA ORION, S.A. DE C.V.
SAGU No. 168
COL. GRANJAS ESMERALDA.
C.P. 09810 MEXICO, D.F.

ESTA IMPRESION CONSTA
DE 2000 EJEMPLARES MAS
SOBRANTES DE REPOSICION.
IMPRESO EN MEXICO.
PRINTED IN MEXICO