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.

Una Aproximación Global a los Sistemas de Seguridad Social en América del Norte

Una Aproximación Global a los Sistemas de Seguridad Social en América del Norte

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Serie Estudios

23

Secretaría General

Comisión Americana Jurídico Social

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Genaro Borrego Estrada
Presidente

María Elvira Contreras Saucedo
Secretaria General

Alvaro Carranza Urriolagoitia
Director del CIESS

Coordinación Técnica de la Secretaría General
Antonio Ruezga Barba
Ma. del Carmen Alvarez García
Pedro Cervantes Campos
Ana Luz Delgado Izazola
Octavio Augusto Jiménez Durán
Francisco Martínez Narváez

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 de la CISS. Está permitida la reproducción total o parcial de su contenido sólo con mencionar la fuente.

Derechos reservados conforme a la ley

ISBN 968-7346-45-0

Comisión Americana Jurídico Social

Junta Directiva

Presidencia:

Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (México)

Vicepresidencia:

Lic. Nancy Tufiño
Caja Nacional de Salud
(Bolivia)

Dr. Orlando Peñate Rivero
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
(Cuba)

Lic. Humberto Gómez Alfaro
Junta de Pensiones y
Jubilaciones del Magisterio Nacional
(Costa Rica)

Dr. Adolfo Aguirre Bayley
Caja de Jubilaciones
y Pensiones Bancarias (Uruguay)

Secretaría Técnica:

Dr. Mauricio Varela Ramos
Instituto Hondureño de Seguridad Social
(Honduras)

Una Aproximación Global a los Sistemas de Seguridad Social en América del Norte

Apoyo Técnico:

José Jacinto Serrano
Arcelia Martínez Ramos
Alma Rosa Zarza Martínez

Una Aproximación Global a los Sistemas de Seguridad Social en América del Norte

Investigación hecha por:

Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez
Dra. Alicia Kerber Palma
Lic. Miguel Cruz Santa Cruz
Lic. Bernardo Salazar Santana

Serie Estudios 23

Conferencia Interamericana de Seguridad Social
Secretaría General

INDICE

	Pág.
PRESENTACION	i
PROLOGO	v
INTRODUCCION	ix
CAPITULO I	
ANTECEDENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL	1
1. En el Mundo	3
Alemania (Siglo XXI)	3
Inglaterra (Siglo XX)	6
2. En América del Norte	9
Estados Unidos	9
Canadá	23
México	31
CAPITULO II	
DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA DEL NORTE	43
La Seguridad Social en Estados Unidos	45
La Seguridad Social en Canadá	58
La Seguridad Social en México	75
CAPITULO III	
BENEFICENCIA Y BIENESTAR: UNA APROXIMACION GLOBAL A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA DEL NORTE.	89
ADDENDUM	113
REFORMAS AL REGIMEN DEL SEGURO SOCIAL EN MEXICO	
BIBLIOGRAFIA	129

PRESENTACION

PRESENTACION

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), es un organismo internacional especializado en Seguridad Social, fundado en 1942, cuyo objetivo central, a lo largo de su trayectoria, ha sido el de impulsar y fortalecer la cooperación y el intercambio de experiencias entre las instituciones miembros, con el interés de incidir en el mejoramiento, expansión y desarrollo de la seguridad social, en beneficio de nuestros pueblos. Actualmente, forman parte de nuestro organismo 59 instituciones de 35 países del continente americano.

Por instrucciones del Presidente de la Conferencia, licenciado Genaro Borrego Estrada, la Secretaría General, consecuente con los estatutos que la rigen, presenta esta publicación de la Comisión Americana Jurídico Social (CAJS), en continuación de su Programa Editorial, dentro de la Serie Estudios, con la finalidad primordial de promover la divulgación de la problemática de la Seguridad Social continental, en el área jurídica.

El estudio que publica la CAJS aborda una perspectiva interesante sobre los sistemas de seguridad social de Canadá, Estados Unidos de América y México, los cuales, en el contexto de adaptación estructural que viven hoy los sistemas de seguridad social, enfrentan el desafío de instrumentar mecanismos de renovación para hacerse más eficaces.

Esta investigación fue elaborada por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de México, miembro distinguido de la CISS, a través de la Subdirección General Jurídica, en su carácter de Presidente de la Comisión Americana Jurídico Social, dentro del marco de su Programa de Trabajo de 1996.

De esta forma la CAJS, en tanto órgano técnico experto de la Conferencia, contribuye a reafirmar el compromiso de coadyuvar a la profundización y difusión de los diferentes aspectos, modalidades y perspectivas de la seguridad social de las instituciones que la integran.

LIC. MARIA ELVIRA CONTRERAS SAUCEDO
Secretaria General

PROLOGO

PROLOGO

Atento a los cambios que han venido produciéndose en diferentes ámbitos de la actividad humana, sobre todo a nivel internacional, y en lo que respecta a la Seguridad Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), a través de la Subdirección General Jurídica y en su carácter de Presidente de la Comisión Americana Jurídico Social (CAJS), ha elaborado dentro del marco del Programa de Trabajo de esta Comisión el presente escrito acerca de los sistemas de seguridad social en América del Norte, que hoy enfrentan un doble desafío: instrumentar reformas para su buen funcionamiento al interior de los países; e instrumentar otras para orientar sus tendencias y coordinar sus probables actividades conjuntas en el marco del Tratado de Libre Comercio de América del Norte.

Tratando de hacer una aproximación global, tal y como lo indica el título, el trabajo se compone de tres partes básicas.

La primera parte aborda los orígenes de cada uno de los sistemas de seguridad social en América del Norte: en Estados Unidos, en Canadá y en México, orígenes que van no sólo a marcar, sino a determinar la evolución futura de los sistemas en lo social, lo político y lo económico.

La segunda parte es una descripción de cómo funcionan actualmente esos sistemas: sus beneficios, acceso, población que atienden, etc.

Es preciso comentar que a finales de 1995, en México se presentó una propuesta de reforma para el régimen a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social, la cual dio como resultado una nueva Ley del Seguro Social, marcándose con ello un cambio de rumbo en la forma de abordar las cuestiones propias en materia previsional y circunscribiéndose a la tendencia operada en otras regiones, principalmente de sudamérica, de hacer de los regímenes de seguridad social verdaderos esquemas de ahorro y capitalización individual que permitan superar las presiones financieras que pesan sobre ellos a la vez que propiciar la viabilidad en el otorgamiento de las prestaciones.

En virtud de que un análisis de la reforma al IMSS ameritaría la realización de un trabajo específico que permitiera conocer los resultados inmediatos de la misma y toda vez que esto es una limitante para efectuar una adecuada correlación con los sistemas de seguridad social abordados en este estudio,

al final del mismo se incluye un apartado especial en el que se presentan los lineamientos generales de la nueva Ley del Seguro Social, misma que entrará en vigor a partir del 1° de enero de 1997.

La tercera parte expone ciertas conclusiones que aparecen como obvias a lo largo de la investigación, apreciándose que: los sistemas de seguridad social en América del Norte son muy asimétricos, lo cual se debe no sólo a la manera en que son concebidos hoy, sino también a como lo fueron en el momento de su origen; que diversos grupos al interior de las sociedades están interesados en un determinado funcionamiento del sistema de seguridad social y que, por lo mismo, éste forma parte del quehacer político de América del Norte. De igual manera, el estudio expone en su parte final una propuesta que hoy se maneja a nivel mundial, para facilitar la tarea y la eficiencia de los sistemas de seguridad social, con miras al mejoramiento de los niveles de vida de todas las sociedades del planeta, basada en la cooperación internacional, la voluntad política de las naciones y un enfoque amplio, global, de los actuales problemas humanos.

En tal sentido, el esfuerzo del ISSSTE en torno a esta investigación, es de gran importancia para difundir las opiniones, propuestas y puntos de vista de un tema tan esencial como es la Seguridad Social en la actual coyuntura.

La Subdirección General Jurídica reconoce la valiosa ayuda de la Unidad de Asuntos Internacionales del ISSSTE, a su titular, la Dra. Alicia Kerber Palma, así como al Lic. Miguel Cruz Santacruz, por su inapreciable entusiasmo en la realización de esta investigación.

El Subdirector General Jurídico
Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez

INTRODUCCION

INTRODUCCION

SEGURIDAD SOCIAL Y CONTINUIDAD INSTITUCIONAL

Herederas y prisioneras de su propia historia, valores y símbolos, las naciones deben garantizar la continuidad de sus instituciones, sus aspiraciones, sus modos de ser, so pena de extraviarse como tales. Incluso en las reformas más radicales de esas instituciones y en la retórica de los cambios rápidos, debemos saber hallar ese hilo conductor de la continuidad institucional, examinando de cerca las raíces y descubriendo las viejas tradiciones bajo los nuevos nombres.

En el caso de la Seguridad Social todo ello se torna cierto. La estructura de la Seguridad Social en México, por ejemplo, está permeada por las ideas primordiales, indígenas, del uso de medicamentos por propia mano, de la solidaridad social, de la protección y el respeto familiar a la persona anciana, de la misma fuerza de la familia y la comunidad como el seguro social más inmediato, práctico, efectivo y eficiente, con todas sus deficiencias y errores.

Es por ello que tratar de imitar esquemas de seguridad social que no respondan al desarrollo social, político, económico y cultural de la nación, puede acarrear graves desequilibrios. Sin embargo, es también necesario adaptarse al cambio social, a la transformación productiva, al avance tecnológico, lo cual sólo podrá lograrse con plena conciencia de mantener la continuidad de las instituciones enraizadas en las expectativas de toda la población nacional. Fortalecer esa continuidad en el cambio, es necesario para poder abordar exitosamente la discontinuidad que se manifiesta en todas las esferas de acción de las instituciones.

Por otra parte, los niveles de ejercicio del poder político: el federal, el estatal, el municipal, deberán coordinarse de modo que no dupliquen actividades, que respeten esferas de influencia y que hagan más efectivo el mecanismo nacional de procuración de Seguridad Social.

En el actual escenario mundial de integración de bloques comerciales regionales, en particular el creado por el Tratado de Libre Comercio de América del Norte, es necesario reconocer que, por varias razones, México tenderá a asimilar los rasgos del sistema de Seguridad Social de Canadá y/ o los Estados Unidos, y no a la inversa. Por lo mismo, también es necesario

que los especialistas, directivos y políticos mexicanos de la Seguridad Social profundicen en el conocimiento de aquellos dos sistemas que, por otra parte, han sido ya objeto de numerosas evaluaciones, críticas y estudios que señalan tanto sus pros como sus contras, lo cual permitirá una planeación más realista y una proyección sensata del futuro del sistema de Seguridad Social mexicano. El modelo mexicano deberá permanecer rígido en aspectos tan substanciales como las conquistas del pueblo, más deberá poseer, al mismo tiempo, la flexibilidad suficiente para adaptar los cambios que requiere en la actual coyuntura, so pena de perder agilidad política y social para su desempeño, así como su base de legitimación.

La propuesta de conformar en México un sistema de Seguridad Social similar al de Canadá o Estados Unidos, no debe basarse en las bondades de ambos sistemas, sino en proyecciones realistas del sistema mexicano que hayan develado el intrincado funcionamiento de aquellos sistemas desde sus orígenes, su evolución política, social y cultural y, desde luego, sus implicaciones y posibles consecuencias de ser aplicado en una sociedad como la mexicana. En tal sentido, se puede afirmar que no debemos tratar de imitar ningún sistema de seguridad social, por perfecto que este sea, sino tomar lo que nos sea posible desde la estructura de la seguridad social mexicana y la situación histórica, política y cultural del país.

El ingreso de México a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) plantea nuevos esquemas de adaptación y soluciones a los desafíos del sistema de seguridad social mexicano, desde el momento en que los parámetros que se deberán utilizar en lo sucesivo estarán permeados por la experiencia, la preponderancia y las necesidades aprendidas o creadas por los sistemas de seguridad de los países industrializados, sobre todo por su principal socio comercial, los Estados Unidos. Es muy importante que México conserve, en lo político, lo que reporte beneficios al buen funcionamiento de la sociedad, en general, así como al sistema de seguridad social, en particular; sin embargo, es también importante desarrollar la capacidad de incorporar aquello que se presente como necesario para nuestro propio sistema de salud y seguridad, a la vez que proponer ideas que puedan hacer más compatibles los tres sistemas de salud, de acuerdo a la experiencia del sistema mexicano.

CAPITULO I

ANTECEDENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

1. EN EL MUNDO

ALEMANIA (Siglo XIX)

Uno de los dos grandes antecedentes de lo que es la Seguridad Social en la actualidad es instrumentado en Alemania, en la primera mitad del siglo XIX, época en que el desarrollo industrial alemán recibe un fuerte impulso que alcanzó su auge más importante en el año de 1850.

Esta época se caracterizará por la emisión de políticas tendientes a favorecer el desarrollo industrial, generando con ello un acelerado aumento de la producción manufacturera, situación que permitió a los alemanes marchar con bases firmes hacia la tan buscada unidad política. Esta unidad permitió a su vez el desarrollo del sistema ferroviario que acrecentó la actividad económica y fortaleció el sistema aduanal.

En 1861 Guillermo I se coronó rey de Prusia y se enfrentó a la mayoría liberal en la Cámara, la que se oponía a las reformas militares que promovió. Guillermo I decidió disolver el parlamento, lo que propició el fortalecimiento de sus opositores, quedando planteado un conflicto constitucional.

Al año siguiente, en 1862, el rey Guillermo I nombró primer ministro a Otto von Bismarck, a quien le encomendó la solución del conflicto político y las gestiones para la aprobación de las reformas planteadas. Bismarck prescindió del parlamento e impulsó la reforma militar y la unificación política del país. Como resultado de su intervención, Guillermo I de Prusia fue proclamado emperador del Reich alemán en 1871.

En este contexto político, fueron apareciendo las primeras formas de organización de los trabajadores como fuerzas opositoras a la burguesía y los sectores cultos de la población, los cuales representaban las principales fuerzas de la política imperial. La búsqueda de igualdad en el derecho y la corresponsabilidad política en la conformación del Estado sobre bases democráticas, se convirtieron en los principales reclamos esgrimidos. Es así como en 1869 surge el Partido Socialdemócrata Obrero (PSO), como una corriente aglutinadora del sentir popular, radical en contra del Estado nacional y del orden social vigente, evidenciando posteriormente su clara intención de propiciar y dirigir una revolución en el país, al ingresar como miembro de la Internacional Socialista.

En el ámbito social y económico Alemania enfrentaba también una severa crisis. La industria producía mercancías de baja calidad y alto costo en su afán de obtener más ganancias. Las empresas que carecían de solidez se vieron obligadas a recurrir al despido y la reducción de salarios de su planta laboral. La especulación con los productos de primera necesidad provocó graves crisis sociales y reclamos políticos de las fuerzas opositoras. Obvia señalar que la clase trabajadora que carecía de toda protección, era la más afectada por esta situación, por lo cual se manifestaba en favor de soluciones revolucionarias.

Dadas las circunstancias, el gobierno se vio en la necesidad de realizar una reestructuración económica. Para llevar a efecto esta transformación, Bismarck instrumentó dos tipos de políticas, una represiva y otra de grandes cambios en la legislación social. La política social se encaminó a lograr cierto bienestar en la clase trabajadora, procurando el derecho al trabajo y la disminución de la incertidumbre y la inseguridad económica que se traducían en un bajo nivel de vida y un gran descontento social con repercusiones políticas claramente negativas al Estado.

Se desarrolló una política de obras públicas junto con la creación de nuevas fuentes de empleo y la instauración de seguros sociales estatales. Bismarck partió de la idea de que el Estado tenía la obligación de interesarse e intervenir en la solución de los problemas de la población desamparada y económicamente débil, lo cual ha sido calificado como un "socialismo de Estado". Esta política marcaba que el seguro social debía ser entonces obligatorio y depender del Estado administrativa y financieramente. Alemania se convirtió así en el primer país con una política intervencionista por parte del Estado.

El 21 de junio de 1869 se expidió la Ley del Trabajo, donde se estipulaba la obligación de la sociedad y del Estado en la protección de los asalariados, por ser una parte importante en el proceso productivo social. Paralelamente, al trabajador se le concedió una pensión que le evitaba morir de hambre y alejarse de la miseria; se le dio el derecho de obtener asistencia médica cuando lo requiriera, incluyendo la hospitalización. Esta protección alcanzaba tanto al trabajador como a su familia.

El 13 de junio de 1883 entró en vigor el seguro obligatorio de enfermedad, que incluía prestaciones por enfermedad, maternidad y muerte; a éste le siguió el seguro de accidentes de trabajo para obreros y empleados de la industria en 1884 y, por último, en 1889, el seguro de invalidez y vejez. Todos los patrones tenían obligación de asegurar a sus obreros contra accidentes y este desembolso procedía exclusivamente de ellos. Por su lado, el seguro de invalidez y vejez se le otorgaba a todos los asalariados y contaba con una participación tripartita en el financiamiento: los asegurados, sus patronos y el Estado.

La creación del seguro social en Alemania fue el ejemplo a seguir por el resto de los países europeos y posteriormente del resto del mundo, los cuales empezaron a intentar disminuir la injusticia social y elevar el bienestar y los niveles de vida de la población. Cabe mencionar que actualmente el Seguro Social Obligatorio es un derecho que cada vez alcanza a más grupos sociales y no sólo a la clase obrera y sus familias.

Por último, mencionaremos en palabras de Bismarck, "el Canciller de Hierro", la expresión resumida del objetivo de la creación del Seguro Social Obligatorio en Alemania:

"un hombre que tiene asegurados su porvenir, su vejez tranquila, el bienestar de sus familiares, no es anarquista ni atenta contra la vida del emperador; démosle ahora a los pobres aquello a lo que tienen derecho antes de que nos lo arrebaten por la fuerza."

Otto Bismarck

INGLATERRA (Siglo XX)

Después de Alemania, se fueron adoptando en varios países del mundo algunas partes del modelo de Seguro Social Obligatorio (SSO), y en otros, el modelo completo. El segundo antecedente importante que caracteriza en la actualidad los sistemas de Seguridad Social mundiales, fue el denominado Plan Beveridge *(Beveridge Report)*, que también se conoce como "Informe sobre el Seguro Social y sus servicios conexos", firmado en noviembre y publicado en diciembre de 1942 en Inglaterra.

Este informe tuvo como antecedentes directos, según palabras del propio Beveridge, por un lado, el Seguro Nacional de Enfermedad, introducido treinta años antes por Mr. Lloyd George; y por el otro, el Seguro de Desocupación establecido en 1911 por Mr. Winston Churchill. En el informe que elaboró Beveridge se describe la propuesta para instrumentar el Plan para la Seguridad Social como parte de un "amplio programa de reformas sociales encaminadas a resolver no sólo el problema de la necesidad, sino que se ocupa también de los otros cuatro males gigantescos que son la Enfermedad, la Ignorancia, la Suciedad y la Ociosidad."[1]

Los planes y servicios propuestos incluían el seguro de enfermedad, de desocupación, las pensiones a la vejez, a las viudas y huérfanos, la compensación a los trabajadores por accidentes y enfermedades del trabajo, las pensiones para la asistencia pública y para la asistencia a los ciegos. El plan consistía principalmente en la redistribución de los ingresos "entre las épocas en que se gana dinero y aquéllas en que no se gana (por medio del seguro social) y entre las épocas de grandes y pequeñas responsabilidades familiares (por medio de subsidios para los hijos)".[2]

Asimismo, la Seguridad Social se definía, para los fines del Informe, como "el mantenimiento de los ingresos necesarios para la subsistencia".[3] En este sentido, el Plan procuró, por un lado, abarcar a la mayor cantidad de ciudadanos y no sólo a los trabajadores asalariados; y por otro, conceder nuevos beneficios de dinero para entierros, maternidad, educación para la salud, cuidados médicos y postmédicos, así como extender los beneficios en casos de desocupación e incapacidad. El Plan pretendía implantar una política de mínimos nacionales.

[1] BEVERIDGE, William *Las bases de la seguridad social.* INSP-FCE, Serie Biblioteca de la Salud, México, 1987. p.12
[2] *Ibid* p. 73
[3] *Ibidem*

En el aspecto financiero, el Plan se basó en un principio de contribuciones a cargo de los ciudadanos y los patrones, así como en subsidios por parte del Estado que se dirigían principalmente a los hijos, la asistencia nacional y los servicios sanitarios y de rehabilitación gratuitos. Se planteó como un derecho a cambio de contribuciones, "de hacer que las aportaciones, independientes de los medios del aportante, sean la base del derecho a recibir un beneficio, cualesquiera que sean los medios de aquél".[4]

Con base en este Informe se pusieron en marcha, entre 1942 y 1945, cinco regímenes de Seguridad Social:

a) **Seguro Nacional**, que cubrió
- Prestaciones de prima de maternidad y gastos funerarios para toda la población, a reserva de ciertas condiciones de cotización.
- Prestaciones de vejez y de supervivientes para toda la población, a reserva de ciertas condiciones de cotización y de acuerdo con ciertas normas sobre retiro o ganancias.
- Prestaciones del seguro de enfermedad o incapacidad para el trabajo y subsidios de maternidad, para todas las personas que ejercen una actividad remunerada o lucrativa, siempre y cuando llenen ciertas condiciones de cotización.

b) **Seguro contra accidentes de Trabajo**,
- Prestaciones del seguro contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales para todos los asalariados.

c) **Subsidios familiares**, esta prestación se otorga a:
- Todas las personas que residen en Gran Bretaña, siempre y cuando reúnan ciertas condiciones de residencia.

d) **Asistencia Nacional**, ésta se aplica a:
- Toda la población, previa justificación de la necesidad.

e) **Servicio Nacional de Sanidad**, comprende a:
- Toda la población, sin excepciones ni condiciones, incluidos los servicios locales de sanidad.[5]

---

[4] Ibid p. 81

[5] Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) Documento mimeografiado del Taller "Interpretación de los modelos de origen", Lic. Olga Palmero Zilveti, s/t, s/f, s/p.

Existen otras dos prestaciones de Seguridad Social que son organizadas por separado, y son el Seguro contra el Desempleo, que se ejerce para todos los asalariados siempre y cuando cumplan ciertas condiciones de cotización; y las Pensiones no Contributivas de Vejez, que se otorgan a todas las personas en edad avanzada, siempre y cuando residan en Gran Bretaña y reúnan ciertas condiciones de nacionalidad, edad, medios de vida y residencia.[6]

El Informe Beveridge implicó una profunda revisión de los principios de Bismarck, ya que debía proteger a todas las personas, a diferencia del modelo alemán que sólo se dirigía a los "débiles sociales".

Entre los aspectos importantes de este Informe se destacan: a) las propuestas del Plan pasaron a ser un derecho inherente a la condición de ser humano y procuraban asegurar a todos progreso económico y seguridad social; b) enfatizó la importancia de que el Estado posibilitara que el individuo buscase la forma de elevar su bienestar a partir de los mínimos que el mismo Estado debía brindar obligatoriamente; c) señaló la necesidad de estimular el pleno empleo como una condición para el funcionamiento adecuado y amplio de sus propuestas. Sin la certeza de contar con una actividad productiva segura, era imposible obtener la riqueza social necesaria para instrumentar y hacer viables las modificaciones al Seguro Social Obligatorio propuesto por Beveridge.

[6] *Ibidem*

2. EN AMERICA DEL NORTE

ESTADOS UNIDOS[7]

El Inicio

Hacia fines de la Primera Guerra Mundial la sociedad de Estados Unidos, primordialmente agraria, se convertía en una sociedad urbana e industrializada.[8] La década de 1920 testificó un desarrollo económico prácticamente ininterrumpido, resultado de inversiones masivas basadas en una acelerada expansión de los sectores de la construcción, los servicios y una fuerte demanda de bienes de consumo duraderos, como aparatos eléctricos y automóviles.[9]

Esta prosperidad, fundada en el ejercicio pleno de la libre empresa, se desarrolló con una intervención gubernamental prácticamente inexistente. En virtud de su escasa participación, el volumen de gastos del gobierno era muy bajo y no hizo ningún intento por fortalecer el empleo o la inversión.

En vísperas de la Gran Depresión de 1929, Estados Unidos participaba con el 34.4% de la producción total mundial, con una gran proporción poblacional que dependía, como nunca antes, de los salarios en efectivo que recibía para su sostén. Los efectos de la crisis se manifestaron hacia 1932, con un desempleo del 34% entre la fuerza de trabajo no agrícola. Entre 1929 y 1932 el ingreso nacional cayó en un 43%, y el ingreso per cápita en un 19%. Hacia mediados de los años treinta, los ahorros de toda la vida de millones de personas se habían perdido.

"Para 1933, el número de desempleados fue calculado diversamente, desde 12 millones hasta más de 15 millones, conforme las nóminas de las fábricas se reducían a la mitad desde 1929. En un país de cerca de 190 millones de habitantes, probablemente más de 40 millones eran, o bien desempleados, o miembros de una familia en que el principal proveedor estaba sin trabajo".[10]

[7] El presente apartado de ESTADOS UNIDOS está basado en el artículo de Martha A. McSteen, aparecido en el *Social Security Bulletin* de agosto de 1985, Vol. 48, No.8, titulado *Fifty years of Social Security.*

[8] Para una información más completa del proceso consultar ADAMS, Willi Paul. *Los Estados Unidos de América.* 12a. ed., Siglo XXI editores, Historia Universal siglo XXI, vol. 30, México, 1986.493 pp. Capítulo 6: Los Estados Unidos entre las 2 guerras, 1919 - 1941.

[9] Mayor información en JOHNSON, Paul. Tiempos Modernos. Javier Vergara Editor, Argentina, 1988. 764 pp. Capítulo 6: La última arcadia.

[10] ELIOT MORISON, Samuel. Breve Historia de los Estados Unidos. 3a ed., Fondo de Cultura económica, México, 1987. 1015pp. p.718

Para un gran número de personas adultas, sobre todo cerca de la vejez, la pérdida de sus ahorros trajo consigo la perspectiva de vivir el resto de sus días sin empleo. En el punto culminante de la Depresión, muchos ancianos se encontraban literalmente sin un centavo. De un tercio a la mitad de la población senecta dependía de amigos o familiares para su manutención, mientras que las agencias de asistencia que existían en ese momento eran financiadas principalmente a través de la caridad y fondos locales que no pudieron responder adecuadamente a las exigencias del momento.

En esta situación, la visión del nuevo gobierno demócrata elegido en 1933, encabezado por Franklin D. Roosevelt, empezó a cambiar con respecto a algún tipo de participación regulatoria estatal. Hacia 1934, treinta Estados habían respondido ya con pensiones para los ancianos necesitados, sumando un total de 31 millones de dólares en programas estatales, lo cual significó un promedio de $19.74 mensuales por persona. Al empeorarse la crisis económica, los beneficios individuales se limitaron todavía más para posibilitar a los Estados una repartición de los fondos disponibles entre la mayor cantidad posible de gente. En el mismo año de 1934, más de 20 millones de personas, uno de cada seis norteamericanos, estaban recibiendo ayuda pública.

El marco de apoyo a mecanismos de ayuda para los ancianos incluyó al *Towsend Old-Age Revolving Pension Plan*, y al plan llamado *"Share the Wealth"*, propuesto por el senador de Louisiana, Huey P. Long. Bajo el plan Towsend cada americano mayor de 60 años recibiría una pensión mensual, siempre y cuando se retirara de trabajar y gastara todo el dinero durante el mes.

Debido en gran parte a las presiones públicas y del Congreso para que el Gobierno Federal diera respuesta a las caóticas condiciones que vivía el país, se estableció en 1934, por orden ejecutiva de Roosevelt, un Comité de Seguridad Económica. Este Comité a nivel de gabinete, encabezado por el secretario de Trabajo, Frances Perkins, se dedicó a la tarea de desarrollar propuestas constructivas de largo plazo para prevenir las causas mayores de la inseguridad económica.

En virtud de las angustiosas condiciones, el Comité enfocó su atención principalmente a programas de protección a los desempleados. En medio de la controversia acerca de la viabilidad y la constitucionalidad de este plan, el Comité elaboró una propuesta de seguro para ancianos, de carácter

contributorio y obligatorio, que fue después promulgada como parte del Acta de Seguro Social.

En el año de 1935, el presidente Franklin D. Roosevelt promulgó el Programa Federal de Aseguramiento Social, conocido simplemente como Seguridad Social *(Social Security)*, el cual emergió como parte de la respuesta del gobierno federal a los problemas que aquejaban a la población senecta y desprotegida:

"En agosto de 1935, el Congreso aprobó la ley del Seguro Social, medida general que establecía el seguro para la vejez, el seguro para el desempleo, los pagos de beneficio a los impedidos, la ayuda a los hijos dependientes y a sus madres, pensiones para los ancianos necesitados y extensas asignaciones para la salubridad pública".[11]

Esta Acta de Seguro Social proporcionó un nuevo sistema de aseguramiento social para los ancianos, administrado federalmente y financiado a través de impuestos cobrados sobre el pago de la nómina de los empleados y sus patrones. Bajo este sistema, que se aplicó solamente a trabajadores de la industria y el comercio, la gente ganaría su elegibilidad para pensiones de retiro mientras trabajaba.

Con algunas excepciones, las ganancias estarían relacionadas al sueldo promedio del trabajador, y éste no podría percibir un salario y al mismo tiempo gozar de una pensión. No había pensiones para la esposa o los hijos, y las sumas acumuladas reembolsables se canalizaban a través del testamento de trabajadores que morían antes de los 65 años o antes de que recibieran al menos el equivalente en ganancias de sus impuestos más intereses. La recaudación de impuestos sobre la nómina empezó en 1937, programándose los pagos de pensiones para 1942.

Los primeros años

El programa para ancianos fue el primer paso para proveer protección a los trabajadores de los Estados Unidos contra la pérdida de sus ganancias. El presidente Roosevelt, al firmar el proyecto de ley del Seguro Social, enfatizó: "Esta ley, también, representa una piedra angular en una estructura que está

[11] *Ibid.* p.375

siendo construida, pero de ninguna manera está completa"[12], reforzando la idea que había expresado con anterioridad, en el sentido de que no había razón para que cada niño norteamericano no estuviera asegurado "de la cuna a la tumba".

En mayo de 1937 el programa sobrevivió una prueba constitucional crucial, en la que se halló que el pago de impuestos sobre la nómina de los patrones sí era constitucional. El mismo año el Comité Senatorial de Financiamiento y el Directorio de Seguridad Social designaron un Consejo Consultivo de Seguridad Social, que sería el primero de muchos en estudiar y hacer recomendaciones respecto a este asunto. En esas fechas el Consejo fue instruido para estudiar los posibles caminos de hacer efectivo el programa y en forma más rápida que lo contemplado en 1935.

El Consejo encontró, fundamentalmente, una aprobación a la contribución para el aseguramiento de ancianos como una forma de prevenir la dependencia en la vejez, y por medio de ello reducir la confianza puesta en los tests de ayuda financiera. Además, el Consejo recomendó una estructura de beneficencia que, aparte de los servicios básicos para trabajadores, proveería protección para las esposas ancianas, las viudas y los niños sobrevivientes, empezando en 1940.

En 1939 el Congreso, basado en las recomendaciones del Consejo Consultivo y reconociendo la extrema dependencia de la mayoría de las familias en las ganancias masculinas, promulgó una legislación que eliminó el reembolso de sumas acumuladas por impuestos sobre la nómina, y proveyó beneficios para esposas ancianas y viudas, hijos pequeños de trabajadores retirados o muertos, viudas jóvenes necesitadas de beneficencia infantil y padres dependientes de trabajadores retirados o muertos.

La legislación de 1939 también aportó un nuevo método de contabilizar las pensiones, basado en el promedio mensual de ganancias en vez de en los salarios acumulados. El efecto neto de las enmiendas de 1939 fue el de incrementar el costo anual de beneficios pagables durante los primeros años, y reducir el costo anual de los beneficios pagables durante los últimos años. En el largo plazo, el promedio anual de costo de beneficios permaneció casi igual que bajo la ley previa.

[12] Mc STEEN, Martha A. *Fifty years of Social Security*. Social security Bulletin, Vol. 48, No. 8, U.S.A., August 1985. p.36 - 44.

Además de estos cambios en beneficios, dichas enmiendas también hicieron cambios básicos en el financiamiento del programa de Seguridad Social al establecer el Fondo Fiduciario de Seguridad para Ancianos y Sobrevivientes *(Old-Age and Survivors Insurance Trust Fund. OASI)*, y cambiando el tamaño de las reservas financieras que manejaba el programa. Las estipulaciones de la ley previa habrían resultado en la acumulación de una gran reserva de fondos a través de los años, similar a las reservas juntadas por los planes de pensión privados.

Aquí es importante señalar que en el caso estadounidense el sistema de contribuciones obrero patronales vía impuesto a la nómina *alimenta a un grupo de fideicomisos que depositan los recursos en valores gubernamentales.* Los fideicomisos están supervisados por el Congreso, que se encarga de vigilar la viabilidad actuarial de corto y largo plazo[13]; lo que significa que el sistema de contribuciones es de carácter privado, con supervisión gubernamental.

La nueva legislación fue diseñada para constreñir la acumulación de reservas y, en efecto, mover el financiamiento del programa hacia un financiamiento *"pay-as-you-go"*, que vendría a ser algo así como *"pague mientras se retira"*. Este cambio en el concepto aloja el pago inmediato de pensiones a los trabajadores retirados y sus dependientes y sobrevivientes, sin incrementar las tasas de impuesto de Seguridad Social; permitiendo también una prórroga de 3 años en los incrementos de la tasa de impuesto de Seguridad Social que fue programada en 1940.

Otras recomendaciones del Consejo de 1938, que fueron promulgadas en 1939, incluyen:

- Estipulaciones para beneficios a iniciar en 1940 en vez de 1942;

- Revisión de las evaluaciones salariales, alojando ganancias de $14.99 mensuales antes de que los beneficios fuesen retenidos, y

- Un método de medición a través del cual un individuo hubiese trabajado lo necesario en empleo asegurado para obtener pensión - basada en "cuartos de cobertura"- la medida en la cual están basados los métodos de hoy.

[13] CARRASCO LICEA, RUIZ DURAN y PROVENCIO DURAZO. *Sistemas de Bienestar Social en Norteamérica.* Análisis comparado. Secretaría de Desarrollo Social. El Nacional. México, Marzo 1994. 167pp. p.14

Con la introducción de las enmiendas de 1939 el programa de Seguridad Social básico quedó en orden. Permaneció esencialmente sin cambios durante la década de 1940, mientras el país concentraba sus esfuerzos en la Segunda Guerra Mundial y en la construcción de una economía de posguerra sana. La legislación promulgada durante estos años incluyó más adelante posposiciones en los incrementos a la tasa de impuestos, cambios menores en la cobertura y estipulación para coordinar los beneficios sobrevivientes pagaderos bajo la Seguridad Social y las Actas de Retiro de Ferrocarril.

Sin embargo, la Seguridad Social creció en importancia, tanto para los ancianos como para la economía. El número de beneficiarios creció de cerca de 222,000 a fines de 1940, a más de tres millones en 1949. El promedio mensual de beneficios creció ligeramente, de $22.60 para un trabajador retirado en 1940, a $26 al final de la década; no obstante, creció menos que la tasa de inflación.

Los años de la posguerra

A fines de la Segunda Guerra Mundial la Seguridad Social había llegado a una difícil encrucijada, ya que el poder de compra de las pensiones había sido drásticamente reducido por la inflación. Hacia 1950 el costo de la vida había aumentado en tres cuartas partes desde 1939; por otra parte, hubo un creciente reconocimiento, como el Comité de Seguridad Económica había señalado, de que los riesgos de inseguridad económica debidos a la inhabilitación, eran al menos tan grandes como los riesgos que enfrentaban los jubilados. Por último, el programa no había reducido la necesidad de asistencia pública entre personas mayores, al contrario, el porcentaje de ancianos recibiendo asistencia era de alguna manera mayor en 1950 (22.5%), que lo que había sido en 1940 (21.7%).

Para determinar la apropiada marcha del aseguramiento social en el sistema de apoyo al ingreso de la nación, en 1947 el Comité Senatorial de Finanzas nombró un Consejo Consultivo en Seguridad Social. Los hallazgos de este Consejo constituyeron un hito en la historia de la Seguridad Social, al reafirmar en la pos-Depresión los principios establecidos en los años treinta. En la introducción a este reporte, el Consejo dijo:

"La oportunidad para el individuo de asegurar protección para él y su familia contra los riesgos económicos de la vejez y la muerte, es esencial para el bienestar sostenido, la libertad y la dignidad del ciudadano americano. Para

algunos, tal protección puede ser ganada a través de ahorros individuales y otros arreglos privados. Para otros, tales arreglos son inadecuados o inciertos. Ya que el interés de toda la nación está involucrado, el pueblo, usando al gobierno como la agencia para su cooperación, debería asegurarse de que todos los miembros de la comunidad tengan al menos una medida básica para protección contra los riesgos mayores de la edad y la muerte".[14]

Con respecto al programa de OASI, el Consejo fue unánime en encontrar tres deficiencias mayores: cobertura inadecuada, requisitos restrictivos indebidos en elegibilidad para trabajadores viejos y beneficios inadecuados. Para remediar estos problemas el Consejo recomendó un incremento general de beneficios; duplicar el beneficio mínimo; estipulación de beneficios para dependientes adicionales y sobrevivientes; y extensión de cobertura más allá de los límites originales del comercio y la industria, es decir, a trabajadores independientes, granjeros, trabajadores domésticos, empleados federales civiles sin sistema de retiro, empleados gubernamentales estatales y locales y empleados de organizaciones no lucrativas. Para proveer beneficios más adecuados a trabajadores que estaban en edad madura o ancianos cuando sus empleos fueron cubiertos por primera vez, el Consejo recomendó un "nuevo comienzo" en el conteo de beneficios.

El Consejo Consultivo de 1948 también recomendó con creces la extensión del enfoque de la seguridad social, para ofrecer un programa de beneficios en efectivo a los permanente y totalmente incapacitados. El programa recomendado pagaría beneficios después de un período de espera de 6 meses, solamente a aquellos con incapacidades severas y de largo plazo; proveería de fondos de seguridad social para gastos de rehabilitación de trabajadores incapacitados y suspendería beneficios a trabajadores que rechazaran aceptar exámenes físicos o rehabilitación.

En su primer encargo en 1950, el Congreso aludió a la erosión en el valor de las pensiones de la Seguridad Social debido a la inflación ocurrida desde el inicio del programa. Las enmiendas de 1950 incrementaron los beneficios generales y los beneficios mínimos, significando un aumento para todos de alrededor de 77%. Haciendo eco del punto de vista del Consejo de 1948 con respecto al papel del sistema de Seguridad Social, el Comité Senatorial de Finanzas señaló en su reporte de las enmiendas de 1950 que era necesario

[14] Mc STEEN, op. cit. p. 39

dar inmediatamente pasos efectivos para cortar la necesidad de una futura expansión de asistencia pública, particularmente la asistencia a la vejez. También afirmó que el impulso al sistema de seguro social en Estados Unidos debería ser en orden de prevenir la dependencia antes de que ésta se produjese, dando más protección efectiva al ingreso, libre de la humillación de un test de necesidad.

Para financiar este incremento sustancial y otros impulsos al programa, las enmiendas de 1950 aumentaron la contribución y el beneficio base (el monto de los salarios anuales sujetos a impuesto de seguridad social y crédito para beneficios) de tres mil a tres mil seiscientos dólares, proveyendo de un cronograma revisado de incremento gradual de tasas de impuestos para empleadores, empleados y el recién cubierto auto-empleado.

La nueva ley también revocó una estipulación, que nunca se utilizó, que autorizaba apropiaciones de ingresos federales por parte del programa, si lo necesitara. Estos cambios hicieron claro el rechazo del Congreso a utilizar los ingresos federales como una fuente mayor del financiamiento de la seguridad social y subrayaron su visión de que la misma debería ser autosustentada tanto en el corto como en el largo plazo.

En 1950 el Congreso también empezó a trabajar sobre las deficiencias de cobertura ya identificadas por el Consejo de 1948. Al inicio de la seguridad social, hubo un acuerdo virtualmente unánime entre los partidarios del concepto de aseguramiento social, en el sentido de que la cobertura debería ser obligatoria y lo más universal posible, para garantizar una adecuada protección al mayor número de trabajadores. Una cobertura universal y obligatoria fue también vista como el mejor medio para esparcir el costo del programa sobre la población más amplia posible, y de esta manera evitar problemas de selección adversa y una suerte inesperada con los beneficios.

Por una serie de razones el Acta de 1935 sólo cubrió obligatoriamente a los trabajadores de la industria y el comercio, inicialmente a seis de cada diez empleados. Para 1950, con diez años de experiencia en la seguridad social, el Congreso concluyó que muchos de los obstáculos que se habían considerado para la cobertura universal no eran tan difíciles de sortear como aparentaban en un principio.

Así, la legislación promulgada en 1950 extendió la cobertura a muchas categorías de trabajadores, incluyendo empleados regulares de granjas y trabajadores domésticos, personas auto-empleadas no rurales (exceptuando

profesionales), trabajadores civiles federales y, a la elección de empleados y empleadores, empleados estatales y locales no cubiertos bajo otro programa de retiro, así como empleados de organizaciones no lucrativas distintas a los ministerios.

Debido a que muchos trabajadores recién cubiertos bajo las enmiendas de 1950 estaban en edad madura o eran ya mayores, se estableció el principio de capacitar trabajadores viejos recién cubiertos, para convertirlos en asegurados más fácilmente y hacer sus pensiones más comparables a los de otros trabajadores cubiertos con ganancias similares. En 1950 también se incluyó el llamado "nuevo comienzo" en el cómputo de beneficios, que basó los montos de beneficios en salarios después de 1950 y estipulaciones agregadas para medir el status de asegurado en términos de trabajo después de 1950.

En 1954 otros diez millones de empleos fueron cubiertos, agregándose otro millón en 1956. La Seguridad Social promulgada en 1954 y en 1956 extendió la cobertura, entre otros, a los trabajadores auto-empleados de granjas, a ciertos grupos de profesionales auto-empleados (en general con la excepción de los médicos), a miembros de servicios uniformados y empleados del gobierno local y estatal con sistema de retiro, bajo varias condiciones. Así, a mitad de los 50's, más o menos a 20 años de promulgada el Acta de Seguro Social, la protección ofrecida bajo el programa estaba disponible al 90% de los trabajadores.

Durante la década de 1950 el Congreso también consideró con calma otra de las recomendaciones del Consejo de 1948: extensión de la protección de Seguridad Social a trabajadores incapacitados. Finalmente las enmiendas de 1950 extendieron la asistencia pública estatal y federal a los incapacitados total y permanentemente.

En 1956, ocho años después de la recomendación hecha por el Consejo en 1948, el Congreso estableció un programa de seguro de pago en efectivo para incapacitados, para empezar a pagarse en 1957, esencialmente con los mismos requisitos de elegibilidad aprobados en 1950. Debido a la preocupación por los altos costos de un programa para incapacitados, y al potencial abuso, los beneficios eran pagaderos solamente a trabajadores de al menos 50 años. Estas enmiendas establecieron principios básicos bajo los cuales el programa de incapacidad continúa operando hoy:

- "Incapacidad" o "invalidez" es definida como la inhabilidad para contratarse en una actividad lucrativa o ventajosa considerable (previo a la legislación en 1965, la incapacidad permanente era requerida; la legislación de 1965 proveyó el requerimiento de la presente ley, de que la incapacidad se espera dure al menos 12 meses o que resulte en el fallecimiento);

- La incapacidad o invalidez debe ser establecida sobre la base de evidencia médica objetiva;

- La elegibilidad está basada tanto en la duración como en lo reciente del trabajo en un empleo asegurado;

- Los beneficios son pagados solamente después de un período de espera;

- Una proporción de fondos del Seguro Social debería ser gastada para la rehabilitación de trabajadores incapacitados; y

- Los trabajadores que se nieguen a aceptar exámenes físicos o rehabilitación pueden perder sus beneficios.

En 1958, los requisitos de status asegurado para beneficios de incapacidad se relajaron debido a la eliminación de los requisitos en curso, y los beneficios fueron extendidos a las esposas y los hijos de los trabajadores incapacitados. Dos años después, el requisito mínimo de edad para trabajadores incapacitados fue eliminado y se agregó un periodo de trabajo de prueba para alentar a los incapacitados a trabajar de nuevo.

La década de 1960

Para 1960, los programas de OASDI *(Old-Age, Survivors and Disability Insurance)* estaban esencialmente en el lugar en donde los conocemos ahora. Según Martha McSteen[15] "la cobertura bajo el programa ha sido hecha casi universal, así que virtualmente toda la gente cercana a la edad de retiro en las décadas por venir serán capaces de alcanzar elegibilidad para pensiones".

[15] *Ibid.* p.41

En la década del 60 los programas de OASDI fueron afinados legislativamente para crear nuevas categorías de beneficiarios, incrementar pensiones, así como mantener su poder de compra, ajustando los índices de impuestos y asegurando un adecuado programa de financiamiento. Más aún, la legislación promulgada en 1961 disminuyó la edad de elegibilidad para los hombres y mujeres.

En 1965 el Consejo Consultivo, en su examen de la adecuación de la protección de la Seguridad Social para los ancianos e incapacitados, llegó a la conclusión de que los beneficios en efectivo no eran suficiente, ya que, a pesar de resolver los problemas de comida, ropa y alojamiento, no eran prácticos para enfrentar los altos e impredecibles costos del cuidado a la salud, que podía variar de una pequeña cantidad para unos, a miles de dólares para otros: Por lo mismo, la Seguridad para ancianos e incapacitados requería de una combinación entre beneficios en efectivo y seguro contra una parte sustancial de los gastos por enfermedades costosas.

El Consejo encontró, en parte, que mientras los gastos de cuidado a la salud para los mayores eran el doble de los de la gente joven, la gran mayoría de los ancianos no estaban acomodados en el sistema, ni tenían un adecuado seguro para la salud. Todavía más, encontraron que en los sesentas la incapacidad de los ancianos para hacer frente a los costos del cuidado a la salud, se había convertido en la razón más importante para solicitar asistencia pública.

Tras estos hallazgos el Consejo recomendó establecer un programa para proveer, a través de contribución, un mecanismo de seguridad social, de protección contra los costos del hospital y de servicios al paciente anciano e incapacitado. Para proteger a gente de edad avanzada, también se recomendó que el seguro del hospital fuera provisto inicialmente sin la consideración del *status* de asegurado; esto es, gente anciana o cerca de la edad de retiro, fuera del sistema, sería aceptada en el nuevo programa.

Aún cuando el Consejo estaba reuniéndose, el Congreso estuvo considerando propuestas activamente para proveer beneficios de seguro para la salud. En 1965, el Congreso aprobó la legislación del *Medicare*, la cual, mientras encarnaba esencialmente las recomendaciones del Consejo Consultivo, difirió en dos importantes puntos.

El primero: para proveer protección contra costos hospitalarios a través de un programa de seguro financiado por un impuesto en la nómina, el plan

promulgado también incluyó un programa voluntario a ser financiado a través de premios mensuales e ingresos federales generales. Este programa de seguro médico suplementario fue designado para hacer frente al costo de los servicios médicos y otros cuidados del paciente no hospitalizado.

El segundo: solamente personas de 65 años o mayores, más que los ancianos e incapacitados, serían elegibles para *Medicare*. (Pocos años después, en 1972, la protección de *Medicare* fue extendida a individuos que habían estado recibiendo beneficios por incapacidad en efectivo por 24 meses o más).

La década de 1970

Con el advenimiento del *Medicare* el cuerpo de programas al cual nos referimos hoy como Seguridad Social *(Social Security)* se completó. Sin embargo, aunque no hubo adiciones mayores al sistema desde 1970 hasta 1985, se continuó con revaloraciones públicas y congresionales acerca del papel de la Seguridad Social en el apoyo a la estructura del ingreso de la Nación.

Por ejemplo, en 1975, el Consejo Consultivo en Seguridad Social apoyó firmemente los propósitos y principios básicos del programa, resaltando su carácter de principal medio para la seguridad económica en caso de retiro, muerte o incapacidad. Sin embargo, también se dijo que debían ser agregadas pensiones privadas efectivas, seguro individual, ahorros y otras inversiones, las cuales deberían cimentarse en programas efectivos de examen de medios. Futuros cambios en OASDI deberían conformar los principios fundamentales del programa: cobertura universal obligatoria, beneficios y regalías pagados sin test de necesidad, y contribuciones para el costo del programa de trabajadores y patronos cubiertos.

Respecto a los programas de OASDI, consideraciones legislativas en esos años se enfocaron en 3 asuntos fundamentales:

- El mantenimiento del valor de los beneficios a través del tiempo
- Aseguramiento de la solidez financiera del sistema y
- Estructuración del programa de incapacidad para mantener su sensibilidad a las necesidades de los incapacitados y refrenar el abuso potencial.

Como se anotó antes, el Congreso actuó para incrementar los beneficios de tiempo en tiempo durante los 50's y 60's; sin embargo, hubo preocupación

de que durante esos intervalos la inflación erosionara el poder de compra de los incrementos. El Consejo Consultivo de 1971 examinó este asunto y recomendó que los beneficios del Seguro Social fuesen ajustados automáticamente para mantenerse al paso de los incrementos de precios. El Consejo pensaba que un ajuste automático del sistema, viniendo la acción del Congreso, daría seguridad presente y futura a los beneficiarios, ya que una estipulación explícita en la ley aseguraría que el poder de compra de su pensión no se deterioraría.

En 1972 el Congreso aprobó una legislación que estableció un ajuste automático del costo de vida *(automatic cost-of-living adjusments. COLA's)*, en beneficios basados en el incremento de precios, tal y como los mide el Indice de Precios al Consumidor.

Basado en las recomendaciones del Consejo Consultivo de 1975, el Congreso, en 1977, trató los problemas estableciendo un nuevo conteo de beneficios "desacoplado" para trabajadores elegibles recientemente o muertos después de 1978. Bajo la nueva fórmula, la cual reemplazó a la tabla de beneficios en la ley, los beneficios iniciales se incrementaron para reflejar los aumentos en los sueldos promedio antes de que los trabajadores alcanzaran la edad de retiro; el poder de compra de las pensiones estaría garantizado después del retiro a través de los ajustes automáticos del costo de la vida.

En 1977, año en que las enmiendas fueron promulgadas, se pensó que, debido a los bajos costos del largo plazo resultado de la nueva fórmula de beneficios, los cambios hechos por el Congreso con relación a los índices de impuestos serían adecuados para financiar los pagos de beneficios del próximo siglo. Sin embargo, en los años inmediatos, los Estados Unidos experimentaron un período de espiral inflacionaria y alto desempleo, junto con una tasa de crecimiento baja, o francamente negativa.

Estas condiciones económicas, más adversas de lo que se esperaban, crearon una doble problemática a la Seguridad Social en el corto plazo: por una parte los desembolsos de beneficios fueron presionados rápidamente a la alta debido a la inflación, mientras que los impuestos sobre nómina subieron más despacio debido a la relativa lentitud del incremento en los salarios; por otra parte, el elevado desempleo redujo, a su vez, los impuestos sobre la nómina.

Por último, las nuevas proyecciones de largo plazo mostraron que el declive en la tasa de nacimientos y el incremento de la expectativa de vida tienen efectos negativos sobre la Seguridad Social; en el siglo XXI, pocos trabajadores pagarán impuestos, mientras que los jubilados seguirán recibiendo sus pensiones.

CANADA

La organización de los servicios médicos en Canadá tiene grandes diferencias con la de Estados Unidos, a pesar de su cercanía geográfica y orígenes histórico-culturales. Para determinar por qué Canadá cuenta actualmente con uno de los servicios de seguridad social más avanzados en el mundo, es necesario revisar los aspectos históricos que conformaron este modo de organizar la salud.

En la sociedad rural primaria del temprano Canadá, la salud y el bienestar eran la responsabilidad de los individuos y sus familias, apoyados por actividades de caridad de iglesias y comunidades. La ayuda financiera para los pobres en la pre-Confederación de Canadá fue una función de parroquias, municipios, organizaciones filantrópicas, amigos y parientes. Los gobiernos federal y provincial no intervinieron en iniciativas de gran escala para el alivio de los pobres sino hasta los primeros años del siglo XX, o más tarde. Conforme Canadá se fue desarrollando, todos los niveles de gobierno -federal, provincial y municipal- introdujeron medidas para asegurar un buen nivel de vida para todos.

En los siglos XVIII y XIX las mayores amenazas a la salud en Canadá provenían de enfermedades infecciosas, lo cual dio impulso a medidas de salud pública como la cuarentena y la vacunación. Aunadas al concepto de responsabilidad pública y comunitaria subyacente en la naciente sociedad canadiense, estas condiciones propiciaron que los hospitales fueran establecidos por organizaciones religiosas y de caridad.

Las raíces del más popular de los programas sociales de Canadá pueden ser trazadas en el Acta Británico Norteamericana de 1867 *(British North American Act of 1867)*, la cual estableció los parámetros de responsabilidad para el sistema de cuidado a la salud canadiense. Por ejemplo: todos los aspectos del sector hospitalario -desde la construcción y mantenimiento de facilidades hasta los cuidados médicos que se ofrecen dentro de los hospitales- cayeron en la esfera de los gobiernos provinciales, mientras que el gobierno federal fue responsabilizado para el cuidado de grupos tales como los indios americanos, los esquimales y el personal militar, así como por la legislación de medicinas y alimentos.

"El Acta Británico Norteamericana de 1867 -el acta del Parlamento Británico que hasta 1982 proveyó la base constitucional del gobierno de Canadá- especificó que asuntos pertenecientes al cuidado a la salud estuviesen bajo

jurisdicción de los gobiernos provinciales. Tales asuntos fueron en ese tiempo vistos como problemas locales, de poco interés para el gobierno nacional. El gobierno federal no tiene, por consiguiente, autoridad constitucional para operar un servicio de salud o un plan de seguro de salud para la población en general, y tampoco ésta la tiene. Estrictamente hablando, Canadá no tiene un sistema de cuidado a la salud, sino sólo una colección de planes provinciales."[16]

En 1884 se promulgó la primera Acta de Salud Pública provincial; y para la década de los 90's del siglo pasado se crearon organizaciones de voluntarios relacionadas con la salud.

Hacia el inicio del siglo XX las normas de autorización de licencia para médicos habían sido establecidas por cuerpos profesionales autorregulados, se habían establecido colegios médicos, normas de enfermería y mejoras en las condiciones hospitalarias, así como instituciones para enfermos mentales, tuberculosos, ciegos y sordos. Organizaciones voluntarias mayores, como las Sociedades de Ayuda a los Niños y la Cruz Roja también fueron establecidas.

El concepto de un programa de aseguramiento social públicamente financiado en Canadá, fue introducido por primera vez en 1919, pero no fue sino hasta la vivencia de las penurias de la Gran Depresión, combinadas con las de la Segunda Guerra Mundial, que el aseguramiento de la salud a nivel nacional llegó al punto más alto de la agenda legislativa.

En la mitad de la década de 1940 el apoyo público al cuidado de la salud universal era fuerte. Una encuesta Gallup de 1944 reveló que el 80% de la población canadiense estaba en favor de planes de aseguramiento a la salud, federalmente apoyados, para cada provincia.[17]

La Segunda Guerra Mundial dio ímpetu a la investigación y la experimentación médica. Grandes pasos fueron dados en técnicas médicas y quirúrgicas, así como en medicina física y de rehabilitación. El período de posguerra también se caracterizó por un incremento en los costos de salud e intentos significativos por parte de los gobiernos para hacer los servicios médicos necesarios disponibles para todos.

[16] BENNETT & ADAMS. *Looking North for Health*, Jossey-Bass Publishers, The Jossey-Bass Health Series, San Francisco, 1993. 193pp. p.19

[17] GRAIG, Laurene A. *Health of Nations*, 2nd. ed., Congressional Quarterly Inc., Washington, D.C., 1993.215pp. p.42

A pesar de que las discusiones federales-provinciales acerca de un sistema de seguro para la nación entera tuvieron lugar a inicios de este período, no se alcanzó ningún acuerdo. En consecuencia, el gobierno de la provincia de Saskatchewan procedió independientemente y, en 1946, introdujo el primer programa de aseguramiento hospitalario universal provincial patrocinado por el gobierno.

En abril de 1957, la isla del Príncipe Eduardo convino en adoptar un sistema de seguro universal de atención hospitalaria que alcanzó a seis de las diez provincias de Canadá: Ontario, Columbia Británica, Alberta, Terranova, P.E.I. y Saskatchewan. Para 1958, este plan fue financiado en un 50% por el gobierno federal, con el objeto de que dispusiera la atención hospitalaria para toda la población y fue saludado por todos los partidos políticos de Canadá, al grado de que la Ley fue aceptada por un gobierno liberal y aplicada por un gobierno conservador.

Lo que hay que destacar, es que esta ley tuvo sus orígenes en las sesiones de las aldeas de las provincias menos conocidas de Canadá. "Fue el granjero de los prados de Saskatchewan el que puso en marcha el movimiento que acabará por influir en el modo de obtener atención hospitalaria para todo el mundo en la América anglosajona."[18]

Esta es una diferencia fundamental con respecto a las leyes que sobre salud y seguros sociales se han instaurado en el resto de los países porque, por lo general, éstas son dictadas desde un nivel central y aprobadas por Parlamentos y Consejos ubicados en las grandes ciudades. En el caso de Canadá, el sistema de seguro de salud obligatorio lleva más de cuarenta y cinco años operando con cobertura universal y sus orígenes se remontan a principios de siglo en la provincia de Saskatchewan.

Saskatchewan alcanzó el rango de provincia autónoma sólo en 1905. Una vez creado un poblado, se impusieron diversas necesidades de servicios, entre ellas la de contar con un médico que resolviera sus problemas de enfermedad. Si bien desde 1906 existía un departamento de salud en la capital de la provincia, encargado del saneamiento ambiental y la lucha contra las enfermedades contagiosas, esto no satisfacía las demandas de la población. Así fueron llegando a las principales ciudades de esas praderas (Regina y Saskatoon) algunos hombres instruídos en el arte de curar; pero

[18] ROOMER, Milton I. *"Los servicios de salud en una provincia de Canadá"*, en Perspectiva mundial de los sistemas de salud, Siglo XXI, México, 1980. p. 185

era difícil que permanecieran por mucho tiempo porque las aldeas se encontraban aisladas, no contaban con pavimentación, agua potable, drenaje ni vivienda disponible para ellos.

"Los granjeros de las praderas, con su pasado europeo y en aquel riguroso medio tenían que recurrir a las cooperativas para llevar su trigo al mercado y para comprar sus bienes de consumo. ¿Por qué no aplicar el mismo principio a los cuidados médicos? Mejor aún, ¿por qué no pensar en que cada quien en el pueblecito y en la municipalidad rural que lo rodeaba pagara un tanto al doctor para que éste pudiera estar seguro de ganarse la vida y quisiera quedarse en aquellos lugares?"[19]

En 1918, la "unidad local" del gobierno de Sarnia impuso un impuesto a pagar para un médico general que trataría a todos los habitantes del lugar sin cobrarles. El éxito no se hizo esperar y de inmediato fue adoptado por otras municipalidades. Para 1932 existían ya treinta y dos planes de este tipo funcionando. En esta época se presentó una depresión económica significativa y los servicios médicos se vieron disminuídos al mínimo pero sin llegar a desaparecer o cancelarse.

Posteriormente el gobierno de la provincia inició un apoyo financiero que permitió la multiplicación de estos planes de **"doctor municipal"**, con lo cual se llegó a proteger aproximadamente a 170 000 personas en lo que se refiere a atención general, médica y quirúrgica. Evidentemente tenían varias limitaciones, como el hecho de que no cubrían las demandas de un especialista, ni a toda la población rural de la provincia; sin embargo, permitieron disminuir la morbilidad y mortalidad de miles de familias rurales.

A fines de la Segunda Guerra Mundial apareció un movimiento político denominado Cooperative *Commonwealth Federation (CCF)*, cuyas características ideológicas lo acercaban a un socialismo agrario, parecido al partido laborista inglés. Ya constituído como partido político, la CCF participó en la lucha por obtener el poder gubernamental y en su campaña política promovía un "sistema de servicios médicos socializados", así como una ayuda provincial a las cooperativas, la dirección de todas las instalaciones públicas por el gobierno, la expansión de los servicios de beneficencia y educación y el desarrollo de la industria y de los recursos naturales. Con dicho programa, la CCF alcanzó el poder en 1944.

[19] *Ibidem*

Con la nueva organización política, el primer ministro de la provincia de Saskatchewan tomó en sus manos el ministerio de salud y solicitó al Dr. Henry Sigerist, distinguido historiador de la medicina de la *Johns Hopkins Medical School*, su asesoría para cumplir con el compromiso de campaña de la CCF. Después de realizar los estudios in situ necesarios, se elaboró un vasto programa de servicios médicos socializados, en donde una de las primeras acciones fue el reforzamiento de los planes de "doctor municipal".

Posteriormente, se instrumentó un amplio **programa de atención médica para los pobres** de toda la provincia y principalmente para los **ancianos** que habían sido muy descuidados en los programas anteriores. Se planeó un modelo que permitía que el receptor de estos beneficios pudiera elegir al médico de su preferencia, así como recibir medicamentos, hospitalización, cuidados dentales y a veces fisioterapia o atención en un sanatorio privado, con todos los gastos pagados.

Para 1945 se organizaron las denominadas **"regiones de salud"**, que permitieron acercar los servicios preventivos a la gente. Sin embargo, estas regiones también eran distintas de las que se conocían en otros países. En primer lugar, **se elegían consejos de ciudadanos**, en regiones de unos 50 000 habitantes, **que se encargaban de supervisar todas las actividades sanitarias**, a las cuales se agregaron las de nutrición, salud infantil, higiene dental, educación sanitaria y prevención de accidentes.

Sin embargo, en la primera región de salud organizada, se presentó un fenómeno interesante. La gente no quería que las acciones se redujeran a la salubridad pública, sino que solicitaron la inclusión de atención médica cotidiana en mayor cantidad y calidad que las que tenían algunos residentes con los planes de doctor municipal. De esa manera, en las siguientes elecciones para elegir autoridades por medio del voto popular, el consejo regional promulgó un plan de seguro universal para atención médica general.

"Se hizo un contrato con todos los doctores de aquel distrito sudoccidental de la provincia para que proporcionaran todos los servicios médicos necesarios, con honorarios especificados que se pagarían del fondo del seguro. El 1 de julio de 1945, las 50 000 personas de la región sanitaria de Swift Current tenían derecho a atención médica en consultorio, a domicilio y hospitalaria, pagada con un impuesto obligatorio."[20]

[20] *Ibid.* p.187

Después de varios años, este plan seguía funcionando con gran éxito. Los principales problemas que enfrentó se refirieron al descontento de los médicos por los honorarios que percibían, pero estos obstáculos fueron superados, ya que casi en forma inmediata la población incrementó sus ingresos con el objetivo de lograr que permanecieran en el lugar. A lo largo de estos años han atraído a una enorme cantidad de médicos de todo el país, debido al plan de seguro y al hecho de que las percepciones económicas son mucho más altas que las de cualquier otra parte de la provincia.

Todo esto ha sido posible gracias a la existencia de los consejos regionales de salud que, año con año, son electos y se encargan de imponer el impuesto anual necesario para financiar los gastos del plan de seguro universal. Ha sido tal su importancia como modelo de servicio de salud, que Swift Current ha sido visitada por funcionarios médicos de todo el mundo, quienes han comprobado la **alta calidad** de los servicios con que cuenta este programa **único** de la América anglosajona que abarca a **todos** los residentes de una gran región geográfica, con un seguro controlado por el gobierno para la atención médica.

En 1947 Saskatchewan inauguró un programa de seguro de hospitalización que cubría a toda su población, la cual aportaba un impuesto para financiarlo. Los indigentes están cubiertos automáticamente sin cubrir el impuesto. Otra vez, a diferencia de los servicios hospitalarios en el resto del mundo, este mecanismo no excluye a nadie de los servicios, no tiene "períodos de espera", ni límites para los exámenes de laboratorio o rayos X; los únicos gastos extra son algunos medicamentos y la renta de una salita privada para quienes lo deseen y cuesta unos cuantos dólares más.

Es de mencionarse que los servicios de esta provincia sobrepasan en aproximadamente el doble al promedio de volumen de servicios que se realiza en Estados Unidos, a pesar de que el ingreso *per cápita* es mucho muy inferior al que se halla en el país más rico del mundo. En cuanto a la creación de infraestructura hospitalaria se continuó trabajando con la idea de regionalización, de tal forma que en las **poblaciones dispersas** se construyeron **pequeños hospitales comunitarios** de ocho o diez camas. En las poblaciones de 2000 a 3000 habitantes se establecieron **hospitales de distrito** de 30 ó 40 camas; en las de 5000 o más habitantes se construyeron **centros regionales** con 75 a 100 camas y sólo en los dos principales **centros urbanos**, Regina (70 000 hab.) y Saskatoon (60 000 hab.) se conformaron los **centros de base** con 300 a 800 camas.

El financiamiento para estas obras fue aportado por los pequeños poblados con impuestos prediales, aunque el gobierno de la provincia facilitó la organización de grupos de municipios que se denominaron "distritos hospitalarios de unión" que contaban con facultades fiscales especiales para colectar fondos destinados a estas obras.

Sin embargo, la sola organización comunitaria y la participación social no son suficientes para que un seguro obligatorio cumpla con su función. Hace falta también que se cuente con un personal calificado, técnicamente preparado y comprometido que ofrezca un buen servicio. Para ello, se idearon métodos ingeniosos para formar el personal que satisfaciera sus necesidades.

Entre otras iniciativas, el departamento provincial de salud pública organizó cursos de siete meses para "técnicos mixtos", que eran jóvenes que podían proporcionar un servicio elemental de laboratorio y rayos X en los pequeños hospitales rurales. Además, para otras disciplinas que requieren más formación, el gobierno concedió becas para estudiar donde la gente quisiera en las áreas de fisioterapia, administración de hospitales o dietética, con la condición de que el graduado regresara a trabajar en la provincia por un período determinado.

Por otro lado, el avance que han tenido con respecto de las enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis y la poliomielitis, así como las crónico degenerativas, como el cáncer, ha sido muy importante. Lo más interesante de estos programas dirigidos a enfermedades específicas, es que son para todo el mundo, no sólo para los grupos de ingresos más bajos. El esfuerzo voluntario no se ha reducido en nada y el gobierno de Saskatchewan apoya, pero no lo hace todo como en otras partes.

Otra de las características de este seguro universal es su administración. "La dispersión de autoridades para diversos servicios preventivos y curativos de un programa de salud es lo que emponzoña la existencia de muchos funcionarios de sanidad porque conduce al despilfarro, la ineficiencia y con frecuencia produce esfuerzos fallidos, aunque puede haber serios obstáculos sociales y psicológicos a la coordinación de servicios. La unificación del programa de salud en Saskatchewan en un sólo departamento provincial de salud pública inculcó entre otras cosas un punto de vista preventivo a la administración de todos los servicios curativos."[21]

[21] *Ibidem* p. 193

Los datos de este programa, el *Swift Current Regional Medical Care Program* y el servicio médico para la asistencia médica son tan importantes para el gobierno de Canadá, que cada año destina fondos federales especiales para que siga recopilándose la información que su instrumentación ofrece al resto del país.

MEXICO

Aspectos históricos

En México, como en la mayoría de los países del mundo, el sistema de los seguros sociales ha sido instaurado durante o después de la consolidación de un modelo de desarrollo económico que privilegia la industrialización. Sin embargo, ya se ha visto que hay casos, como el de Alemania, en que este sistema ha servido también como catalizador de conflictos políticos y sociales que amenzan al orden establecido.

Asimismo, aunque los sistemas de seguro social han aparecido en los contextos mencionados, no quiere decir que no cuenten con importantes antecedentes que van definiendo las características que adquieren al ser instrumentados, así como en el transcurso de su evolución.

El 19 de enero de 1943 el Diario Oficial de la Federación publicó la Ley del Seguro Social en México. Este decreto produjo fuertes reacciones por parte de la Iniciativa Privada, que respondió con una campaña de desprestigio contra la nueva institución, ya que veía en ella un triunfo de la izquierda mexicana; visión alimentada por la línea política seguida por el gobierno anterior, de Lázaro Cárdenas.

Sin embargo, la idea de crear un Seguro Social en México no era nueva.. Era una vieja demanda social que formaba parte de la ideología que inspiró la revolución de 1910. De esta manera podemos encontrar que algunos autores mencionan como precursores del Seguro Social en nuestro país a José María Morelos y Pavón, Ricardo Flores Magón, Benito Juárez Maza, Francisco I. Madero, Venustiano Carranza y Alvaro Obregón.[22]

Existen además algunos momentos en la historia mexicana en donde podemos observar que la idea de un Seguro Social ya estaba presente desde principios del siglo XX. Por ejemplo, en julio de 1907 el Dr. Eduardo Liceaga escribió un artículo donde menciona la importancia de la creación de un seguro de vida y de enfermedad para los trabajadores.[23] Posteriormente, en 1911, Madero insistió en la expedición de leyes sobre pensiones e

[22] GARCIA CRUZ, Miguel *México, 50 años de Revolución* Tomo II, inciso XXXIII, La Seguridad Social. p.517

[23] ALVAREZ AMEZQUITA, J. et.al. *Historia de la Salubridad y la asistencia en México* SSA, vol. I. p.420

indemnizaciones por accidentes de trabajo, así como toda una legislación obrera.[24]

En ese mismo año encontramos otros ejemplos, como el del Plan Político y Social proclamado por los estados de Guerrero, Michoacán, Campeche, Puebla y el Distrito Federal, el 18 de marzo de 1911, donde se podía leer:

"La revolución surgió con el propósito de mejorar las condiciones económicas y sociales y hacer una legislación que no sólo fomente el trabajo y su justa remuneración sino que además proporcione los medios necesarios para la vida, la salud y el bienestar de los asalariados."

Ya en 1912 se expidió el reglamento de policía minera y de seguridad para los trabajadores de las minas, en donde quedó establecida la obligación patronal de brindar seguridad para prevenir accidentes de trabajo. Asimismo el 18 de julio y el 12 de diciembre de 1914, la División del Norte, la del Noroeste y Venustiano Carranza como Primer Jefe del Ejército Constitucionalista, se comprometieron a procurar el bienestar de los obreros expidiendo y poniendo en vigor durante la contienda "..todas las leyes, disposiciones y medidas encaminadas a dar satisfacción a las necesidades económicas, sociales y políticas del país, efectuando las reformas que la opinión exige como indispensables para establecer el régimen que garantice la igualdad de los mexicanos entre sí[...], la legislación para mejorar la condición del peón rural, del minero y en general, de las clases proletarias."[25]

En el mismo año la "Ley de Cándido Aguilar", expedida en el puerto de Veracruz, obligó a los patrones a cubrir la asistencia de médicos, medicinas y alimentos a los obreros enfermos, así como a pagarles el salario que tuvieran asignado cuando fueran víctimas de accidentes de trabajo.[26]

En 1915 se le presentó a Carranza el "Proyecto de Ley de Accidentes" para la sección de legislación social, con propuestas sobre seguridad y atención médica para los trabajadores. También expidió la "Ley reguladora del contrato de trabajo", en donde se declaró como obligación de los patrones mantener la higiene y seguridad de las fábricas, talleres, oficinas y máquinas, así como impulsar la prevención de accidentes. No es de extrañar que los primeros estados en dictar leyes sobre accidentes de trabajo y seguridad

[24] BENEJAM, Ma Antonieta *Historia del IMSS*. Los primeros años 1943-1944 México, IMSS, 1980 p.18
[25] *Ibid* p.19
[26] *Ibidem*

social, lo hicieran en la época carrancista; estos estados fueron: Yucatán, Hidalgo, Jalisco, Zacatecas y Coahuila.

Para muchos, en 1917 comienza la historia oficial de la participación del Estado en materia de seguridad social, ya que fue en ese año cuando esta ideología se hizo ley al asentar en la Constitución Política artículos muy importantes que señalan la conducta a seguir en materia de salubridad, seguridad social y previsión para el trabajo. A través de los 31 incisos del artículo 123, "México ratifica la existencia del Derecho a la Salud, abarcando el mismo todas las proyecciones del trabajo, principio básico de nuestro régimen de sociedad, valor perenne de la mano y de la mente de ese homo faber que es la eterna fuente de bienes de todas las culturas."[27]

La primera comisión de puntos constitucionales fue encabezada por Francisco J. Mújica, Enrique Recio, Enrique Colunga, Alberto Román y Luis G. Monzón, y se presentó el 23 de enero de 1917 con el capítulo VI constitucional "Del Trabajo y de la Previsión Social", que fue leído y aprobado en la misma fecha y en donde se establecen las fracciones XIV, XV y XXIX del artículo 123 constitucional que son las que se relacionan con los seguros sociales.[28] De este artículo derivan desde la Ley Federal del Trabajo, hasta el Reglamento de Higiene del Trabajo.

La fracción XIV establece: "Los empresarios serán responsables de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten; por lo tanto, los patronos deberán pagar la indemnización correspondiente, según que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá aún en el caso de que el patrono contrate el trabajo por un intermediario".

En la fracción XV se puede leer: "El patrono estará obligado a observar en la instalación de sus establecimientos los preceptos legales sobre higiene y salubridad y adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como organizar de tal manera éste, que resulte para la salud y la vida de los trabajadores la mayor garantía, compatible con la naturaleza de la negociación, bajo las penas que al efecto establezcan las leyes;.."

[27] ALVAREZ AMEZQUITA, op cit. vol.I. p.15

[28] CARDENAS DE LA PEÑA, Enrique *Servicios Médicos del IMSS*. Doctrina e historia México, IMSS, 1973. p.27 (nap 58).

Por su parte, en la fracción XXIX, se podía leer lo siguiente: "Se consideran de utilidad social, el establecimiento de cajas de seguros populares de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de accidentes y otros con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal, como el de cada Estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole, para inducir e inculcar la previsión popular."Posteriormente, en 1929, esta fracción fue reformada en los siguientes términos: "Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otras con fines análogos".[29]

"Para 1921, bajo el mandato de Alvaro Obregón se elaboró el primer proyecto de Ley del Seguro Social, la cual, aunque no fue promulgada, despertó el interés del público sobre ese sistema y los problemas inherentes a su establecimiento.[...] En ese mismo año, Obregón realizó un intento de implantación del seguro social, pero los conflictos por los que atravesaba el país en aquella época impidieron que la burocracia política se ocupara de este problema, y la implantación no llegó a concretarse."[30]

En 1926, durante la presidencia de Plutarco Elías Calles, se expidió la Ley General de Pensiones Civiles de Retiro, que otorgaba a los burócratas el derecho a pensión a los 55 años de servicio. Más adelante, el 26 de abril de 1929, Emilio Portes Gil puso en marcha, por medio de un decreto, el servicio de Higiene Industrial y Previsión Social,[31] antecedente importante en la implantación del Seguro Social y de la creación de la actual Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

En 1932, durante el gobierno de Pascual Ortiz Rubio, el Congreso de la Unión expidió un decreto que otorgaba facultades extraordinarias para que en un plazo de ocho meses se expidiera la Ley del Seguro Social Obligatorio, el cual no llegó a cumplirse por el precipitado cambio de gobierno que ocurrió ese año.

---

[29] *Informe le labores del IMSS (1952-1953)* México, IMSS. p.5

* Habría que mencionar que en septiembre de 1881, el Dr. Ildefonso Velazco, presidente del Consejo Superior de Salubridad, remitió a las autoridades el "Proyecto de Reglamento de las Fábricas, industrias, depósitos, y demás establecimientos peligrosos, insalubres e incómodos", que treinta y seis años después coincidió con la fracción XV del art. 123 constitucional.

[30] HERNANDEZ ZINZUN, Gilberto *Desarrollo económico-social y políticas estatales de salud en México (1876-1984)* Tesis de licenciatura, FCPyS, UNAM, México, 1985. p.67-68

[31] *México a través de los informes presidenciales* Tomo 12, "La salubridad general", SSA-Secretaría de la Presidencia, México, 1976. p.115

Sin embargo, en el Primer Plan Sexenal de Gobierno (1934-1940), elaborado por el Partido Nacional Revolucionario (PNR) en 1934, se estableció que se aceptaba la implantación del Seguro Social Obligatorio con participación tripartita: Estado, asalariados y patronos. "La comisión encargada de elaborar la Ley estableció las bases generales para normar el proyecto, determinó por vez primera los riesgos y aceptó la organización del Seguro sin fines de lucro y con administración y financiamiento tripartitos.[32] Asimismo se estableció la importancia de integrar este sistema de seguridad social a fin de sustraer del interés privado "esta importante rama de la economía."

Durante el gobierno cardenista se intentó nuevamente la promulgación de la Ley del Seguro Social en 1935, en 1938 y en 1940; sin embargo, la situación del país desvió los esfuerzos de este gobierno hacia otras áreas de la política y la economía nacionales que requerían toda la atención del régimen.

El Segundo Plan Sexenal de Gobierno (1940-1946), formulado por el Partido de la Revolución Mexicana (PRM), estableció lo siguiente: "Durante el primer año de vigencia de este plan se expedirá la Ley de Seguros Sociales, que debe cubrir los riesgos profesionales y sociales más importantes, y en cuya organización y administración debe intervenir la clase obrera organizada."[33]

Como hemos visto, la inquietud por la creación de un seguro social estuvo en la agenda de varios políticos mexicanos, presidentes, diputados y senadores. Existieron varias iniciativas de ley pero la idea no pudo concretarse hasta 1943 bajo el gobierno de Avila Camacho, cuando el país atravesaba una dura crisis económica y social.

Fue durante este período de gobierno cuando al fin se creó la Comisión Técnica Redactora de la Ley del Seguro Social, por acuerdo presidencial de junio de 1941, la cual inició sus trabajos en julio del mismo año. Este anteproyecto de Ley mereció la aprobación y el aliento de la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social efectuada en Santiago de Chile en 1942.

Dicho proyecto fue aprobado por las Cámaras de Diputados y Senadores el 23 y 29 de diciembre de 1942, respectivamente, y por fin, con fecha 31 de diciembre de 1942, logró promulgarse la Ley del Seguro Social Mexicano, que fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 1943,

[32] CARDENAS DE LA PEÑA, E. *op. cit.* p. 28 (nap 59)
[33] Informe de labores del IMSS *op. cit.* p. 5-6

iniciándose desde luego los trabajos preparatorios para la implantación del Régimen en la circunscripción territorial del Distrito Federal, la cual se llevó a efecto en enero de 1944.

En cumplimiento con el artículo 5º de la Ley promulgada, fue creado también el 19 de enero de 1943, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como organismo descentralizado, con personalidad jurídica propia, con domicilio en la Ciudad de México y como la institución encargada de aplicar la Ley del Seguro Social Mexicano. Su carácter obligatorio y el hecho de constituir un servicio público que conserva su personalidad moral propia, causaron expectación en los diversos grupos sociales.

Es de interés señalar que el surgimiento del IMSS obligó al Estado a reorganizar las demás instituciones de salud, de tal manera que las funciones de cada una quedaran bien delimitadas; de esta forma, el 15 de octubre de 1943, Avila Camacho expidió el decreto por el cual se fusionaron la Secretaría de la Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia.[34]

La Oficina de Riesgos Profesionales surgió al nacer el IMSS y comenzó a otorgar pensiones desde 1944; posteriormente, en 1952-53, esta Oficina se convirtió en Departamento.

De 1943 a 1946 la acción legislativa al respecto fue prolífica debido a que durante este período el presidente de la República estuvo investido constitucionalmente de facultades extraordinarias para legislar en virtud de la situación que suscitó la Segunda Guerra Mundial.

Fue hasta 1959, después de que el Estado Mexicano adquirió una gran presencia en la vida del país, que fue necesaria la creación de un organismo que brindara los beneficios y los servicios del Seguro Social a la creciente población de trabajadores que lo hacían funcionar. De esta manera se conformó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), pilar importante en la formación de los servicios de salud y seguridad social en México.

Por último, en 1962, fue creada la institución encargada de atender específicamente a las fuerzas armadas y a los trabajadores petroleros, desde el punto de vista de los Seguros Sociales. De esta fecha en adelante, el

[34] HERNANDEZ ZINZUN, G. *op. cit.* p. 68

Sistema de los Seguros Sociales se ha ido transformando de acuerdo a las necesidades de desarrollo económico del país, en general, y de diversos grupos de trabajadores y sectores de la población mexicana, en particular, como ha sido el caso de los campesinos, los trabajadores bancarios y los estudiantes que actualmente cuentan con este beneficio.

Contexto económico, político y social del surgimiento de la Seguridad Social en México

Es necesario indicar aquí cuál era el contexto económico, político y social en que se suscitaron los acontecimientos que llevaron a la promulgación de la Ley del Seguro Social Mexicano.

Después de la Revolución Mexicana, a partir de 1920, se inició en el país una etapa de reestructuración de la economía, la cual pretendía dejar atrás las bases agrícolas existentes hasta principios del siglo XX, para dar paso a un proceso industrializador que aceleraría el tránsito de la nación hacia una economía "moderna".

En ese momento existía una gran cantidad de trabajadores agrícolas desempleados, producto del mismo proceso revolucionario, los que presionaban al Estado con el objeto de encontrar satisfacción a sus necesidades vitales y de mejorar sus condiciones materiales de existencia. Esta presión incluía por supuesto, la solicitud de acceder a servicios tales como vivienda, agua, electricidad, drenaje, educación y salud. Por otro lado, existía ya una clase obrera que se venía conformando desde fines del siglo XIX, y que contaba con condiciones de vida diferentes, un poco mejores que las de los campesinos desempleados, aunque ello no era garantía de niveles de vida aceptables.

De esta manera el Estado debía atender, por un lado, a una población no asalariada que vivía en condiciones de extrema miseria y que constituía aproximadamente el 67% de la población total de los mexicanos; y por otro lado, a una población asalariada con bajos niveles de vida que constituía aproximadamente el 20% de la población.

La política de salud que adoptó el Estado fue entonces diferenciada. Si hasta los años treinta habían existido principalmente dos formas de atención a la salud, a saber, la salubridad pública y la asistencia social, en los cuarenta se inició una nueva división en la forma de atención de los problemas de salud en México: la salubridad y la asistencia por un lado, y la seguridad social, por el otro.

Esta diferenciación tuvo como criterios fundamentales los económicos, ya que la **primera** se encargaría de atender los problemas de salubridad general en el país, y, gratuitamente, los de asistencia social de la población desprotegida, no asalariada; mientras que la **segunda** se dedicó a brindar atención médica y prestaciones de seguridad social exclusivamente a los trabajadores asalariados, es decir, a quienes podían aportar sus cuotas. Sin embargo, hay que resaltarlo: *se continuó con las dos líneas de acción estatal en materia de salud que se habían presentado durante el porfiriato. Es decir, una medicina que siguió funcionando para elevar la productividad del trabajo, y otra como un beneficio otorgado por el Estado a los sectores improductivos de la sociedad.*[35]

La salud pública tuvo un auge en este período que corrió de 1920 a 1937, aproximadamente, ya que la situación sanitaria de la época impedía la instauración y desarrollo de actividades económicas redituables al "minimizar la energía de la gente" con las constantes epidemias y endemias que aumentaban la mortalidad general. Por lo tanto, y ante el apremio de impulsar el modelo económico industrial, se realizaron grandes acciones sanitarias y asistenciales en el campo y la ciudad, lo que permitió construir la infraestructura necesaria para echar a andar la industrialización del país.

Con estas acciones una parte importante de la población desempleada encontró lugar en la industria, en donde adquirió experiencia en este tipo de trabajo y grandes ventajas al ver elevados sus niveles de vida. Por su parte, el desarrollo económico nacional requería asegurar el funcionamiento correcto y eficaz de la industria, así como garantizar la capacidad y permanencia de la fuerza de trabajo que allí laboraba.

"Por lo tanto, era fundamental velar por la salud de los trabajadores de la industria, los cuales, debido a su trabajo calificado eran muchas veces individuos incapaces de ser sustituídos y representaban muchas pérdidas a las empresas en caso de que enfermaran o sufrieran un accidente de trabajo. [...] De esta manera, el Estado Mexicano se vio obligado a constituir un organismo que se encargara de brindar servicios médico-asistenciales a la **población productiva** nacional. Así nació el Instituto Mexicano del Seguro Social **(IMSS)**, [...] Pero por otro lado, fue necesario crear también una institución que velara por aquélla parte de la **población** que, en términos del modelo de desarrollo económico adoptado, **no** era **productiva**, en otras palabras, nos referimos a los millones de trabajadores agrícolas que quedaron

[35] *Ibid* p.72

en posición de desventaja al término de la Revolución de 1910. [...] Esta institución fue la Secretaría de la Asistencia Pública la cual, como ya vimos, se creó en 1937 durante el sexenio que abarcó de 1934 a 1940, y fue conformada para atender fundamentalmente a los "débiles sociales".[36] Posteriormente, como ya se vio, esta secretaría se convirtió, en 1943, en la **Secretaría de Salubridad y Asistencia**.

Cuando Avila Camacho tomó el poder en 1940, la reorganización administrativa, las expropiaciones y las reformas sociales del cardenismo habían provocado fuertes reacciones al interior y al exterior del país. En lo interno se manifestaron como una brutal fuga de capitales acompañada de una oleada anticomunista por parte de la Iniciativa Privada. En lo externo, Estados Unidos había interrumpido las compras de materias primas y minerales como respuesta a las medidas cardenistas, tomadas en el área de los recursos naturales, la educación y la política laboral.

Sin embargo, la Segunda Guerra Mundial impuso a los Estados Unidos nuevos esquemas de relaciones que fueron favorables para México, ya que necesitaba fortalecer su posición frente a las naciones del Eje. Por ello, flexibilizó su política a cambio del apoyo incondicional del gobierno mexicano: por un lado, construiría una barrera segura en México contra la ideología fascista, cuya expansión podría hacer peligrar su frontera sur, y por otro lado, obtendría de nuestro país un suministro constante de materias primas y mano de obra barata.

El gobierno de Avila Camacho satisfizo estas necesidades del gobierno estadounidense, a cambio de la reapertura de su mercado y de la negociación de la deuda mexicana por concepto de la expropiación de bienes. Para darle fuerza a los convenios, el gobierno mexicano declaró la guerra a las potencias del Eje y desarrolló intensivas campañas contra la ideología fascista. Además, puso en marcha un ambicioso proyecto de industrialización, en el cual dio toda clase de facilidades y subsidios a la industria y hasta se penalizó a aquellas ya establecidas que injustificadamente pararan la producción. La Secretaría del Trabajo y Previsión Social sirvió para agilizar las negociaciones de los conflictos obrero-patronales con el fin de que la producción se interrumpiera lo menos posible. Avila Camacho designó al Lic. Ignacio García Téllez primer titular de esta Secretaría, con el objeto de resolver los problemas mencionados y elaborar la Ley del Seguro Social.

[36] CRUZ SANTACRUZ, Rebeca *Elementos para el análisis de la crisis de la salud en México (1876-1988)* Tesis de Licenciatura, FCPyS, UNAM, México, 1992. p.42

Sin embargo, después de promulgada dicha Ley, en 1943, se vivieron momentos difíciles pues varios grupos sociales iniciaron una campaña tendenciosa en contra de ésta y del IMSS, que culminó con grandes motines el 1º de mayo y el 21 de julio de 1944, así como con una huelga programada en contra del Instituto el 19 de octubre de 1946, huelga que fue declarada inexistente dos días después por la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje.[37]

Como consecuencia de las manifestaciones contra la Ley del Seguro Social, se reformó el artículo 135 de dicha Ley, lo que dio al Instituto el carácter de un organismo fiscal autónomo, y en el cobro de las cuotas obrero-patronales permitió el uso de la facultad económico-coactiva que ha sido esencial en la vida económica de la Institución.

En términos políticos este lapso sirvió para impulsar una nueva imagen del Estado social, popular y democrático que se preocupaba por la salud de los mexicanos. En este período, el Estado no enfrentó mayores cuestionamientos clasistas y pudo abocarse a promover abiertamente la consolidación del modelo económico capitalista; la burguesía encontró amplia protección y subsidio estatal, lo que le permitió desarrollarse en las áreas industrial y financiera. Por otro lado, la clase obrera fue sujeta a mecanismos de control corporativo que impidieron acrecentar su ya de por sí incipiente formación política e ideológica.

Esta situación trajo como resultados una aguda concentración de la riqueza social y un proceso de inversión cada vez más dependiente del exterior. Según Ma. Antonieta Benejam [Cfr. bibliografía] la creación del IMSS fue una táctica del gobierno para prevenir los futuros enfrentamientos que pudieran darse por el proceso de industrialización acelerada que se vivió en los años cuarenta.

De 1954 a 1962 se llevó a cabo una política económica denominada como estrategia *Desarrollo Estabilizador*, en donde se observó un crecimiento prácticamente igual que el del período anterior pero con un mayor grado de estabilidad. Sin embargo, el crecimiento productivo no superó al de la población; este hecho, aunado a la acelerada concentración de la riqueza, propició la reducción del mercado y la desaparición y/o absorción de gran número de empresas pequeñas y medianas.

[37] CARDENAS DE LA PEÑA, E. op.cit. p.68 (nap1)

Para 1955, y por decreto del 3 de marzo, se incorporaron al IMSS todos los trabajadores de las Instituciones de Crédito y Organizaciones auxiliares, e Instituciones de Seguros y de Fianzas, independientemente del lugar de la República en que prestaran sus servicios.[38]

Es necesario señalar que el crecimiento espectacular que registró el Estado Mexicano permitió un desmedido aumento de la población burócrata, que conformaba la mayoría de la clase media mexicana. Esta población de trabajadores federales se encontraba al margen de los servicios médicos y demás prestaciones que otorgan los Seguros Sociales, por lo que el 28 de diciembre de 1959, se creó el **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado**, organismo que dejó atrás a la antigua Dirección de Pensiones.

"El ISSSTE otorgó a los empleados federales, catorce prestaciones de salud y socioeconómicas. El 16 de mayo de 1961, el Lic. López Mateos inauguró los servicios médicos del ISSSTE, los cuales estaban constituídos por el centro hospitalario "20 de noviembre", y cuatro clínicas de consulta externa. De esta manera, para el año de 1962, la población asegurada por el ISSSTE, ascendía a 600,000 personas."[39]

Es necesario destacar las diferencias que existen en la creación de las dos principales instituciones de Seguridad Social en México, el IMSS y el ISSSTE. Como ha podido observarse en este recorrido, el surgimiento del primer organismo está directamente vinculado con la instauración y desarrollo de una estrategia económica cuyo objetivo principal fue la industrialización del país. De esta manera, el IMSS coadyuvó a consolidar la infraestructura de servicios necesaria para realizar este proceso.

Por su parte, el ISSSTE apareció en un momento histórico en que esta estrategia económica había alcanzado en gran parte sus objetivos y, por lo tanto, había generado en su desarrollo nuevas formas de trabajo social (burocracia) que permitían mantener las funciones del Estado en este proceso de transformación económica, política y social.

En 1962 se promulgó la Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas, con lo que se dio un paso fundamental en la consolidación de la estructura

---

[38] *Informe de labores realizadas por el IMSS en el período 1954-1955* México, IMSS, 1955 p.1
[39] CRUZ SANTACRUZ, R. *op.cit.* p. 75-76

institucional necesaria para cubrir con los seguros sociales a la mayoría de la población mexicana trabajadora. Para el año de 1965, el 30 de octubre, se expidió un decreto por el cual se reformó la Ley del Seguro Social. Dicha reforma permitió que la población agrícola sin patrón, es decir, los ejidatarios, pudieran formar parte del Seguro Social para lo cual se estableció un convenio bipartita, donde la institución y el beneficiario aportarían partes iguales.[40]

En el lapso que abarca de 1959 a 1964 culminó la consolidación del sistema de salud en México, incluida la Seguridad Social, sin embargo, fue también en este período que se comenzaron a advertir las limitaciones que tenía la misma, ya que la localización geográfica de las zonas de actividad industrial del país propició la saturación de estos servicios en unas cuantas ciudades de la República. Aún así, la población agrícola continuó desprotegida hasta los años setenta en que se echaron a andar los servicios de "Solidaridad Social" y posteriormente del IMSS-COPLAMAR.

Según algunos autores, hasta 1970 se puede hablar de un período de crecimiento económico, político y social en México y en el mundo, incluidos los servicios de salud y seguridad social, ya que la coyuntura que se presentó en los años sesentas y que alcanzó su punto más álgido en 1968, dio paso a una manera novedosa, crítica y sobre todo **diferente** de pensar la realidad social y todos los elementos que la conforman.

[40] *Ibid* p.87

CAPITULO II

DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA DEL NORTE

LA SEGURIDAD SOCIAL EN ESTADOS UNIDOS

1. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

Para iniciar un diagnóstico situacional del sistema de Seguridad Social en Estados Unidos es necesario empezar diciendo que el concepto mismo de Seguridad Social, tanto en México como en prácticamente todos los países industrializados, incluye los servicios de atención a la salud para la población en general. En Estados Unidos no es así. Cuando se habla de seguridad social en aquel país se está hablando, básicamente, de un programa de pensiones para la jubilación, ya que la seguridad social no incluye la atención a la salud de los habitantes. A pesar de ello, el programa de pensiones mencionado representa aproximadamente el 20% del presupuesto federal y alrededor del 40% del gasto social del gobierno federal.

"El dilema nacional del cuidado a la salud, que promete permanecer en la cima de la agenda política pública a lo largo de los 90's, es de tal magnitud que el término crisis es generalmente usado para describir su estado actual".[41]

La palpable crisis del cuidado a la salud evidencia, a su vez, la crisis de la seguridad social debido a la estrecha interrelación que existe entre ambas. Dicha situación afecta no solamente a los derechohabientes, sino también a otros grupos sociales, a las finanzas de la nación y de la Iniciativa Privada y, por ende, a la canalización de recursos para llevar a cabo distintos proyectos en otros ámbitos sociales. En 1990, por ejemplo, una encuesta[42] entre casi 2000 ejecutivos de todos los niveles de la industria, reveló que el alza del

[41] GRAIG, Laurene A. *Health of Nations*. 2nd edition. Congressional Quarterly Inc., Washington D.C., 1993 215 pp. p.13

[42] *Ibidem*

costo del cuidado a la salud es el principal asunto que las compañías desafían el día de hoy. El estado del cuidado a la salud permanece, pues, como uno de los problemas sociales más serios.

Antecedentes

Debido a problemas surgidos en la década de los 70's, quedó claro que sin una acción adelantada y significativa del Congreso, el fondo fiduciario de la OASDI no sería capaz de pagar beneficios a tiempo en algún momento de los 80's. Así, en diciembre de 1981 el presidente Ronald Reagan anunció la formación de la Comisión Nacional de Reforma del Seguro Social *(National Commission on Social Security Reform. NCSSR)*, "para trabajar con el Presidente y el Congreso en alcanzar dos metas específicas: proponer una reforma realista y de largo plazo para situar a la seguridad social de regreso a una base financiera firme y forjar un consenso bipartidista de trabajo, para que las reformas pudieran hacerse ley".[43]

La Comisión Nacional de Reforma rindió informes el 20 de enero de 1983. Basado en sus recomendaciones el Congreso promulgó las llamadas enmiendas del "compromiso bipartidista" de 1983. Este paquete de estipulaciones fue diseñado para resolver la crisis financiera compartiendo la carga entre los grupos afectados, presentes y futuros. Entre las estipulaciones más importantes de la legislación de 1983 que se hizo efectiva en un plazo muy corto estuvieron:

- Avances en el incremento de los índices de impuesto, ya previstos en la ley para empleados y empleadores;
- Incrementos permanentes en los índices de impuesto de auto-empleo;
- Retrasos en la fecha efectiva del COLA's automático en beneficios de junio a diciembre de cada año; e
- Inclusión de más de la mitad de los beneficios en ingresos gravables para ciertos beneficiarios de alto ingreso (y apropiación de los ingresos resultantes para los fondos fiduciarios).

En el largo plazo, en reconocimiento de los avances en longevidad, las enmiendas de 1983 incrementaron gradualmente la edad de elegibilidad para beneficios de retiro sin reducción, haciendo efectiva la estipulación para trabajadores nacidos después de 1959, para quienes los beneficios sin reducción estarán disponibles a la edad de 67 años. Los beneficios continuarán

[43] McSTEEN. Fifty years of Social Security. Social Security Bulletin, August 1985, Vol.48, No.8. p.43

siendo disponibles a la edad de 62 años, pero la reducción de beneficios a los 62 incrementará tal y como la edad de elegibilidad para los beneficios sin reducción incrementasen.

Como un resultado de la promulgación de la legislación de 1983, los beneficios de OASDI pueden ser pagados a tiempo en el corto plazo y en el próximo siglo, incluso sobre la base de las más pesimistas expectativas económicas y demográficas usadas por los administradores de la seguridad social en sus proyectos. A la vuelta del siglo, sin embargo, los costos del programa se incrementarán sustancialmente, conforme la generación del *baby boom* alcance la edad de retiro, y el uso de los convenientes fondos fiduciarios sean necesarios.

Con la promulgación de las enmiendas de 1983 se pretendió asegurar la firmeza del sistema de seguridad social en los 80's así como en el inicio del siglo XXI. Por su parte, el Congreso continuó apoyando el mecanismo de seguridad social como la primera línea de defensa de la Nación contra la dependencia en la edad avanzada, la incapacidad o la muerte de un trabajador.

De 1970 a 1985 el programa de seguridad por incapacidad *(Disability Insurance Program)* experimentó un cambio substancial. En los inicios de los 70's, empezó a crecer de manera importante. Conforme la década fue desenvolviéndose, fue claro que un rápido crecimiento del programa estaba empezando a ser una amenaza para el fondo fiduciario de seguridad por incapacidad. Algunos estudios apuntaron al descubrimiento de las causas del inesperado crecimiento en el programa de incapacidad, sugiriendo que:

1) las listas de beneficiarios incluían muchos inelegibles y
2) la estructura del programa tendía a desanimar a la gente que podía ser capaz de retornar al trabajo.

Las enmiendas de 1980 de Seguridad Social en incapacidad incluyeron un límite en los beneficios mensuales familiares, estipulaciones adicionales de incentivos para el trabajo y mejoras administrativas que incluían, a su vez, revisiones obligatorias por lo menos una vez cada 3 años de la elegibilidad continua de los beneficiarios incapacitados, cuyas incapacidades no son necesariamente permanentes. Sobre la base de estas enmiendas, la solvencia económica del fondo fiduciario de seguridad por incapacidad fue restaurado y, de hecho, fue proyectado para incrementarse rápidamente después de 1981.

Poco después de la implementación de las enmiendas de 1980, sin embargo, la estipulación de revisión periódica empezó a ser criticada por el público y el Congreso. Al iniciar 1982, la Administración del Seguro Social y el Departamento de Salud y Servicios Humanos hizo muchos cambios administrativos para enfrentar esas críticas; la atención pública y congresional permaneció arreglada en el programa de aseguramiento por incapacidad, como un grupo de apoyo a las peticiones de los incapacitados al Congreso para una solución legislativa. A través de 1982 y 1983, en medio de una gran controversia, el Congreso consideró una variedad de reformas para mitigar los efectos del proceso de revisión periódica.

Estos esfuerzos culminaron en la promulgación del Acta de Reforma de Beneficios de Incapacidad de la Seguridad Social de 1984 *(Social Security Disability Benefits Reform Act of 1984).* Las estipulaciones más importantes son: solicitud obligatoria del estándar de mejora médica para continuar revisiones de incapacidad, continuación del pago de beneficios de incapacidad durante la apelación de decisiones terminantes, y una moratoria en revisiones de casos que involucren deterioro mental, hasta el desarrollo de criterios de revisión modificados.

En 1985, 37 millones de personas tenían beneficios de Seguro Social de más de 15 mil millones de dólares al mes; los beneficios de la OASDI en ese mismo año totalizaron un total de 188 mil millones de dólares. En 1985, cerca de 122 millones de personas trabajaron en empleos asegurados, lo cual se aplicaba a 95% de todos los empleos en la economía de Estados Unidos. Como nación, Estados Unidos ha hecho del programa de Seguridad Social el más sobresaliente programa doméstico de su historia.

2. FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

"El Programa de Seguridad Social de los Estados Unidos de América consiste en un sistema a nivel nacional que proporciona prestaciones en efectivo por concepto de jubilación, a los sobrevivientes de beneficiarios y seguro de incapacidad (OASDI). El mencionado programa está basado en una idea sencilla: los empleados, patrones y trabajadores independientes pagan impuestos al Seguro Social durante sus años productivos. Cuando los ingresos de un trabajador se interrumpen o se ven reducidos a causa de la jubilación, por una incapacidad grave o por fallecimiento, el Seguro Social empieza a otorgar compensaciones en efectivo para reemplazar la parte de los ingresos que, ya sea el trabajador o su familia, han dejado de percibir".[44]

Protección o cobertura

Respecto a la protección o la cobertura, se puede decir que casi todas las actividades laborales que se realizan a cambio de un salario o un ingreso, en el caso de trabajadores independientes, están incluidas en el programa OASDI. Aparte de los trabajadores en el sector privado, se incluyen en el programa los siguientes empleados: los empleados federales contratados a partir del 1° de enero de 1984, los miembros del Congreso, el Presidente y el Vicepresidente, los jueces federales, las personas nombradas a cargos políticos de alto rango, los miembros de la fuerza armada y los empleados del gobierno estatal y local que no gozan de ningún sistema de jubilación. Hacia 1993, se calcula que 135 millones de personas se dedicaron a actividades laborales cubiertas por el OASDI.

El programa excluye a: 1) empleados federales contratados antes del 1° de enero de 1984, ya que la mayoría goza del sistema de Jubilación para Empleados Federales; 2) algunas personas que trabajan media jornada o jornadas irregulares y 3) la mayoría de empleados ferrocarrileros, incluso los de empresas ligadas estrechamente a tal sector, debido a que gozan de la Ley de Jubilación para Ferrocarrileros.

Se calcula que OASDI pagó 298 miles de millones de dólares durante el año fiscal de 1993; y pagará 314 miles de millones para el año fiscal de 1994.

Ingresos del OASDI

La principal fuente de ingresos del OASDI son los impuestos que los empleados, patrones, así como los trabajadores independientes pagan al Seguro Social. En 1993 empleados y patrones contribuyeron con el 7.65% del sueldo de los primeros al fondo del Seguro Social y a la Sección A del Programa de Hospitalización *(Medicare)*, mientras que los trabajadores independientes contribuyeron con el 15.30%.

Por otra parte, el sueldo máximo al que se impuso impuesto por concepto de OASDI en 1993, fue de 57,600 dólares anuales -el equivalente a 172,800 pesos mexicanos anuales al cambio en 1994, o 14,400 pesos mensuales-, la cantidad máxima sujeta a impuesto se rige por un ajuste automático de la tabla relacionada con el aumento que se observa en el sueldo promedio.

[44] *Breve Descripción del Programa de Seguridad Social de los Estados Unidos de América*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América. Administración de Seguro Social. 18 pp. p. 1.

"En el caso de los beneficiarios que perciben ingresos muy altos, casi la mitad de sus prestaciones está sujeta al pago de impuestos. Los ingresos adicionales que recibe el Programa por este concepto se utilizan para financiar el Programa mismo".[45]

Los mismos impuestos de patrones, empleados y trabajadores independientes representan la fuente principal de ingresos de los fideicomisos de OASDI. Del 7.65% que se paga a Seguro Social y *Medicare*, el 6.20% se destina a los fideicomisos, mientras que el restante 1.45% se deposita en un fideicomiso por separado para el Seguro de Hospitalización, el cual forma parte del programa *Medicare*; la máxima cantidad de ingresos sujeta a impuesto para el seguro de hospitalización es una cifra separada más alta. En 1993 fue de 135,000 dólares anuales.

Otras fuentes de ingresos para los fideicomisos son el impuesto federal que se aplica a personas con ingresos muy altos, así como transferencias que recibe de los ingresos globales del gobierno, además del interés que percibe por concepto de inversiones de capital en bonos del gobierno federal, que producen intereses. Como el programa OASDI funciona con un mecanismo en el que recibe fondos por adelantado, aunque parcialmente, los fideicomisos constituyen una reserva que permite al programa cumplir sus obligaciones en períodos en que los ingresos son menores que los gastos.

Obtención de prestaciones del programa OASDI

Todo trabajador que quiera obtener prestaciones del programa OASDI, tiene que acumular una cierta cantidad de créditos laborables del Seguro Social, los cuales se miden en ***Trimestres de Cobertura*** *(Quarters of Coverage: QCs)*. Durante 1993, una persona acumuló un *QC* por cada 590 dólares de ingresos anuales, hasta sumar cuatro cuartos, o sea 2,360 dólares por cada año. La cantidad de ingresos necesaria para obtener un *QC* se ajusta anualmente por medio de una tabla que va en relación con el aumento del salario promedio. Por otra parte, la cantidad de créditos laborables necesarios para obtener prestaciones depende de la edad del trabajador al momento de jubilarse; cualquier trabajador que haya acumulado los QCs necesarios, está considerado como ampliamente asegurado y tiene derecho a recibir casi cualquier tipo de compensación.

[45] *Ibid.* p.2

El derecho para recibir compensaciones es para todos los trabajadores, a partir de los 62 años; sin embargo, si la jubilación se da antes de la edad oficial -que en la actualidad es de 65 años- la cantidad que recibe el trabajador se reducirá permanentemente por cada mes que preceda a la edad oficial.

"Los trabajadores que sufran una incapacidad grave y que cumplan con todos los requisitos para recibir compensaciones por ese concepto, pueden recibirlas sin reducciones y sin importar la edad que tengan. De acuerdo a la Ley del Seguro Social, una persona se considera incapacitada siempre y cuando no pueda dedicarse a ninguna actividad que le produzca ingresos a causa de una incapacidad física o mental, y que pueda resultar en su fallecimiento o impedirle trabajar por un período continuo de un máximo de doce meses".[46]

Cuando se hace referencia al término "actividad que produzca ingresos", significa la ejecución de un trabajo físico o mental del que se obtenga alguna remuneración o ganancia. En 1993, 500 dólares al mes ($1,500 pesos mexicanos al cambio), aproximadamente, se consideraban el equivalente de "una actividad que produce ingresos".

3. PROBLEMAS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Una sola palabra define la situación de la Seguridad Social y el cuidado a la salud en Estados Unidos en la actualidad: *crisis*. Crisis ampliada en el acceso de los derechohabientes; crisis relativa en la calidad de la atención y, sobre todo, una grave crisis en los costos del sistema de seguridad social, tanto para el Estado, como para los patronos, trabajadores, individuos y la economía en general.

Curiosamente el inicio de la crisis no ocurre recientemente, es la postergación de una serie de problemas que se han acumulado, al menos, en los últimos 10 años.

El hecho de que las crisis y sus respectivas reformas no constituyan fenómenos aislados, ni en países desarrollados ni en vías de desarrollo, es quizá un síntoma de una crisis más amplia del Estado benefactor.[47]

---

[46] Ibid. p.3

[47] MESA-LAGO, Carmelo. *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud.* Fando de Cultura Económica, lecturas no. 58, México, 1986.443pp. p.7

El presidente William Clinton planteó de manera breve y precisa los problemas generales, pero fundamentales, de la seguridad social en Estados Unidos en el *Plan de Seguridad Social del Presidente,*[48] publicado en septiembre de 1993, con miras a la reestructuración del mismo. En el capítulo 1 plantea el problema en 7 puntos:

1) **Existen norteamericanos que carecen de seguridad.**
Una de cada cuatro personas -o 63 millones de individuos- perderán la cobertura del seguro para la salud por algún tiempo durante los próximos dos años. *37 millones de personas no tienen seguro y otros 22 millones adolecen de una cobertura adecuada.* Perder o ganar un trabajo, muchas veces significa perder el aseguramiento. Enfermarse o vivir en una condición médica crónica puede significar perder el seguro o no ser capaz de obtenerlo.

2) **Los costos del cuidado a la salud están creciendo más rápido que otros sectores de la economía.**
Para el resto de la década de los 90's, el aumento en los costos del cuidado a la salud consumirá casi dos tercios del incremento en el Producto Interno Bruto por cada norteamericano. *Los costos del cuidado a la salud crecerán de 14 a 19% del PIB, sin expansión de cobertura para asegurar a todos los norteamericanos.*

3) **La burocracia abruma a los consumidores y a los proveedores de salud.**
El excesivo papeleo confunde y frustra a médicos, enfermeras, pacientes y sus familias por igual. La burocracia también eleva costos. Algunos estudios documentan que los costos administrativos contribuyen con una porción excesiva de aumento de los gastos relacionados en hacer marchar una típica oficina médica o un hospital.

4) **La calidad es desigual.**
Porque no existen estándares que definan una buena práctica médica; porque la carencia de información y atención inadecuada a la prevención, hacen que la calidad del cuidado a la salud en todos los Estados Unidos sea desigual. Los consumidores no tienen información confiable con la cual medir la calidad de su cuidado a la salud o su cobertura.

[48] *The President's Health Security Plan.* The Clinton Blueprint. The White House Domestic Policy Council. Times Books, Random House, Inc., New York. 284pp. p. 3 - 4

5) **La cobertura del cuidado a largo plazo es inadecuada.**
Muchos norteamericanos ancianos e incapacitados entran a asilos y otras instituciones cuando preferirían permanecer en su hogar. Las familias acaban con sus recursos tratando de mantener a sus familiares incapacitados.

6) **Muchos americanos no pueden obtener cuidado de calidad.**
En muchas áreas rurales e internas de las ciudades la falta de médicos, clínicas y hospitales forman barreras al cuidado a la salud.

7) **El fraude y el abuso engañan a todos.**
Muchos norteamericanos creen que cobros exorbitantes, fraude y abuso socavan la calidad y el acceso al cuidado.

Los Tres Problemas Básicos

Tres son los problemas identificados por varios estudios en el sistema de salud norteamericano: 1) la contracción en el acceso; 2) el mantenimiento de la calidad y 3) el alza de los costos; de los cuales el tercero ha sido señalado como el punto nodal de una crisis que ya se advierte como estructural. Estos tres puntos generales, de alguna manera señalados por el presidente Clinton, son por ahora los obstáculos a vencer por el sistema de salud norteamericano.

La contracción en la cobertura o la caída en el acceso es la manifestación de una incapacidad para construir una red de seguridad para el pueblo norteamericano, a pesar del alto nivel de gasto en salud que existe en los Estados Unidos. El número de no asegurados se estima entre 35 y 40 millones, sin incluir a los millones de *sub-asegurados* -aquellos que no gozan de cobertura para una enfermedad complicada y costosa. De acuerdo con algunos cálculos hechos en marzo de 1992 por la *Current Population Survey*, 36.3 millones de norteamericanos carecían de cobertura de seguro de salud en 1991, más que los 33.6 millones registrados en 1988. Quizá la cara dramática de este hecho es que el 56.4% de los no asegurados son adultos que trabajan, contrariamente a la creencia de que son desempleados; la mitad de los trabajadores no asegurados son auto-empleados o trabajan en compañías con menos de 25 trabajadores. Muchos, sin embargo, son víctimas de los mecanismos del sistema de salud: no son lo suficientemente pobres para alcanzar el *Medicaid*, ni lo bastante viejos para el *Medicare* y, por otro lado, no tienen el suficiente dinero para pagar los altos costos de un seguro privado de salud.

"Muchos consideran inconcebible que una de las naciones más ricas del mundo permita que un número tan grande de su pueblo -aproximadamente 17 por ciento de su población no anciana- se encuentre sin cobertura de cuidado a la salud. Estos números son más impresionantes cuando los comparamos con la experiencia de otras naciones occidentales: Canadá, Alemania, Japón, Holanda y Gran Bretaña, que proveen de servicios de salud a sus poblaciones enteras ya a través de un seguro de salud nacional, o de un servicio nacional de salud."[49]

El mantenimiento de la calidad, por otra parte, ha sido difícil de sostener a pesar de los fuertes gastos que se hacen en salud. Medidas ampliamente usadas en salud revelan que la calidad del cuidado no es mejor en los Estados Unidos que en países que utilizan menores recursos financieros; un ejemplo de ello es que los Estados Unidos tienen uno de los índices más altos de mortalidad infantil entre los países industrializados. Entre las naciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, los Estados Unidos ocupan el lugar número 17 en esperanza de vida al nacer para los hombres y el número 16 para las mujeres. Estas medidas incluyen, desde luego, factores más allá del ámbito del sistema de cuidado a la salud, tales como estilos de vida, nutrición, factores ambientales como la contaminación y factores socioeconómicos como el crimen o la pobreza.

Otro asunto relacionado con la calidad del cuidado a la salud es el impacto de los problemas surgidos entre médicos y pacientes, por la práctica de la llamada "medicina defensiva", esto es, el uso de tests y procedimientos que pueden no ser médicamente necesarios pero están enfocados a proteger a los médicos de una acción legal potencial por parte de los pacientes. Se estima que entre 15 y 30% de todos los tests y procedimientos desempeñados en los Estados Unidos no son médicamente necesarios, lo que agrega miles de millones de dólares a la cuenta nacional de cuidado a la salud y no necesariamente eleva la calidad del cuidado ofrecido reflejando, además, un desencanto -real o ficticio- de la calidad de la atención en los Estados Unidos.

Crisis de Costos y Financiamiento

Respecto a los costos ascendentes, éstos se constituyen en el mayor problema del cuidado a la salud en Estados Unidos. A pesar de que no se ha encontrado cuál es el porcentaje adecuado del Producto Nacional Bruto para determinar el gasto en salud, en Estados Unidos éste crece al doble que el índice de la economía nacional; ello provoca un estado de franca colisión

[49] GRAIG, Laurene A. *op.cit.* p. 19

debido a la realidad de los recursos limitados: mientras más dinero se gasta en cuidado a la salud, hay menos dinero disponible para invertir en áreas como educación, infraestructura, investigación y desarrollo, y otras inversiones importantes para el futuro crecimiento económico.

Más de 10 años después de promulgadas las enmiendas de 1983, el balance, que ya antes había sido poco favorable, reaparece de forma palpable como insuficiente.

"En los Estados Unidos la expansión de la seguridad social durante casi medio siglo condujo al aumento de sus costos, que en 1985 totalizaron cerca de la cuarta parte de los gastos federales, lo que hizo surgir el espectro de una crisis grave e inmediata. El debate legislativo sobre la reforma de la seguridad social duró casi dos años, y la solución final resultó limitada en cuanto al tiempo y el alcance".[50]

El incremento de los costos ha estado relacionado con un problema económico de gran envergadura. La crisis económico-financiera de la década de 1980 redujo drásticamente el gasto social del gobierno norteamericano. En las últimas tres décadas los gastos en salud se incrementaron más rápido que el crecimiento de la economía. Por otra parte, los Estados Unidos dedican el mayor recurso financiero al cuidado a la salud que cualquier otro país industrializado, habiendo roto la barrera de los 2 mil millones de dólares al día en gasto de salud en 1991, año en que los gastos totalizaron la cifra de $738 mil millones de dólares, alcanzando los $800 mil millones en 1992. De acuerdo a estimaciones del Departamento de Comercio, el gasto en cuidado a la salud rebasará la cifra de un millón de millones de dólares en 1994.[51]

"Los gastos en salud se han incrementado de 5.3% del PNB en 1960, a más del 14% del PNB en 1992. Los analistas predicen que los gastos en cuidado a la salud podrían alcanzar el 26% del PNB hacia el año 2030".[52]

De seguir esta situación, hacia medidados del siglo XXI un altísimo porcentaje de la economía estará dedicado al cuidado a la salud. Comparando el gasto de los Estados Unidos con el de otros países industrializados, se puede apreciar mejor la magnitud de éste. Por ejemplo, en 1990, último año de que se disponen estadísticas, el cuidado a la salud *per cápita* en Estados Unidos

[50] MESA-LAGO. *op. cit.* p.7
[51] GRAIG, Laurene A. *op. cit.* p. 15-16
[52] *Ibid.* p. 16

ascendía a $2,566 dólares, más del doble del promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), sobrepasando a Canadá en un 45%, a Alemania en un 73% y a Japón en 119%.

Por otra parte, Estados Unidos se encuentra aparte de otras naciones industrializadas no sólo en gasto total de cuidado a la salud, sino en la mezcla entre lo público y lo privado que de esos gastos se hace. Aproximadamente tres cuartas partes del costo en cuidado a la salud en la mayoría de países de la OCDE se funda en el gobierno central o local: en 1990 fue 73% en Canadá y Alemania, 72% en Holanda y 84% en Reino Unido. En 1990 el gasto público de los Estados Unidos en cuidado a la salud fue, en contraparte, de 42%.

Por esta situación los hombres de negocios se encuentran en medio de la controversia, ya que el sistema de salud en Estados Unidos está construido sobre una red de planes de seguros de salud privados de patrocinio patronal. Desde la 2ª Guerra Mundial, cuando los patronos competían por la mano de obra escasa ofreciendo paquetes atractivos de beneficios para el empleado, el gobierno alentaba a los empresarios a promover los seguros de salud como deducibles de impuestos; al mismo tiempo, los beneficios de salud no estaban incluidos en un ingreso gravable del empleado.

Como responsables del crecimiento del costo de salud, pueden señalarse el 10.3% anual de incremento en los gastos personales de salud de 1980 a 1990, del cual casi la mitad se debió a la inflación, mientras que 22% a la inflación exclusiva en el sector médico. Por otra parte, los cambios demográficos como el crecimiento o el envejecimiento de la población han incrementado las demandas sobre el sistema, particularmente en términos de *Medicare*, beneficios para los retirados y cuidado de largo plazo para los ancianos, contribuyendo con un 10% en el incremento. El resto del alza fue debido a factores como el incremento de la intensidad y utilización de servicios médicos, incluyendo avances en tecnología médica.

"Tales desarrollos son espadas de dos filos; muchos procedimientos de alta tecnología son de costo prohibitivo y pueden o no mejorar la calidad de vida de un paciente. Como un especialista en tecnología médica apuntó: Tecnológicamente, nosotros podemos hacer más de lo que la sociedad es capaz de pagar".[53]

[53] *Ibid.* p.21

Más aún, el sistema tripartita de pago del cuidado a la salud que predomina en Estados Unidos, aísla al consumidor (paciente) del precio de la atención médica, dándole pocos incentivos para ser consciente del costo de ella. Además, este aislamiento del consumidor no está equilibrado por medidas que limiten la cantidad de los servicios ofrecidos o el monto de los mismos, es decir, el paciente se encuentra a merced de los proveedores de salud.

Por otra parte, el costo de la administración de pago múltiple del sistema de salud en Estados Unidos, es significativa. Diversos procedimientos de mercado, cobros y quejas de numerosas aportaciones provenientes del sistema tripartita, conducen a *costos administrativos que están calculados en casi un cuarto del gasto total en cuidado a la salud de Estados Unidos.*[54] Estos altos costos administrativos ponen aparte a los Estados Unidos de aquellos sistemas de salud amplios y universales, ya que en éstos las cuotas de los proveedores de salud están establecidas de acuerdo a un calendario uniforme de porcentajes, lo que hace innecesario gastar grandes cantidades de tiempo y dinero en echar a andar diferentes planes, en determinar quiénes y qué servicios están cubiertos por el seguro, y en determinar los costos de cada servicio médico. En tal sentido, actualmente se corre el peligro de que el gasto en la lucha contra el virus del SIDA, cuyo más importante dato es el descubrimiento de la droga AZT, altere por completo el panorama del costo en salud en Estados Unidos, debido al alto índice de enfermos que padecen ese mal.

Mientras los patrones son los principales pagadores de cuidado a la salud para los trabajadores, el gobierno paga cobertura de salud para los ancianos, los pobres y los incapacitados; así, los programas públicos contribuyeron con el 42% del financiamiento de la salud en 1990, mientras que los dos programas gubernamentales más grandes, el Medicare y el Medicaid, representaron, juntos, el 28% de los gastos totales de salud, incrementándose más rápido que el resto de los gastos en salud. Los gastos de Medicare se incrementaron en un porcentaje anual de 14.3% de 1970 a 1990, mientras que los pagos del Medicaid se incrementaron en 21% en un período de un año, de 1989 a 1990.[55]

---

[54] *Ibidem.*
[55] *Ibid.* p.22

LA SEGURIDAD SOCIAL EN CANADA

1. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

En 1984 se firmó el Acta de Salud de Canadá *(Canada Health Act)*, que consolidó legislaciones previas en aseguramiento del cuidado médico y hospitalario y clarificó los amplios estándares nacionales que los planes provinciales deben tener para calificar para el financiamiento federal. El Acta fue estructurada para desanimar a los doctores y hospitales para exigir cobros directos a los pacientes. Esta es administrada por la Rama de Promoción y Servicios de Salud.

"El sistema canadiense de cuidado a la salud amplio, universal, está enraizado en la profunda convicción de que el cuidado a la salud es un derecho, no un privilegio."[56] Partiendo de esta idea que permea a toda la sociedad desde la concepción, incluso, del propio sistema de seguridad social, pueden establecerse líneas que identifican al sistema canadiense con un estilo sui generis de hacer salud. Por lo mismo, la mayoría de los sistemas de salud en Canadá contienen elementos del sector público, así como del privado, colocando al país en la línea divisoria entre lo público y lo privado. Por otra parte, la relativa autonomía política de que gozan las provincias en Canadá, así como la buena relación que sostienen con el gobierno federal, les permite llevar a cabo, al menos en el campo de la salud, un trabajo consistente y amplio de gran aceptación entre la mayoría de la población. Sin embargo, existe la convicción en algunas esferas, de que este sistema no opera como una unidad, sino como varios sistemas independientes entre sí.

"El sistema canadiense de cuidado a la salud consiste de doce planes provinciales y territoriales separados, financiados casi exclusivamente a través de ingresos públicos en forma de impuestos personales, de ventas y corporativos. Los médicos realizan práctica privada independiente y se les pagan honorarios por sus servicios. La mayoría de los hospitales son operados por organizaciones privadas, voluntarias no lucrativas. Hay un alto nivel de regulación dentro del sistema canadiense de cuidado a la salud. Los cobros de los médicos son arreglados de acuerdo con un plan de honorarios negociado, y los hospitales deben operar dentro de parámetros de un presupuesto global."[57]

---

[56] *Ibid.* p. 45
[57] *Ibid.* p. 14

2. FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

El sistema de Seguridad Social en Canadá es un sistema mixto, en virtud de que tiene prestaciones universales y prestaciones contributivas o de reparto.

Las llamadas universales son aquellas que se brindan a toda la población canadiense, sin que medie un pago específico por la prestación. Es decir, las prestaciones universales provienen de los ingresos federales derivados del régimen fiscal, principalmente del impuesto sobre la renta *(General Income Tax)*, que varía entre el 15 y el 30% según el monto de los ingresos personales; y un 7% adicional por prácticamente cualquier servicio utilizado *(General Services Tax)*.

Existen, además, diversas prestaciones otorgadas a quienes reúnen ciertos requisitos, mediante una contribución económica previa.; en tales casos, lo establecido es que las tasas contributivas se paguen entre el trabajador y el empleador -patrón o gobierno- en partes iguales.

La prestación social universal por antonomasia en Canadá son los servicios médicos. Las prestaciones contributivas más significativas son las derivadas del denominado Plan Canadiense de Pensión *(Canadian Pention Plan)*, que es para todo trabajador y la jubilación para empleados públicos *(Superannuation Plan)*.

El problema financiero que actualmente afronta Canadá en materia de Seguridad Social se deriva directamente de las prestaciones universales, ya que las prestaciones contributivas están en equilibrio, aunque ello suponga haber elevado en el tiempo la tasa financiera de contribución y todavía se discuta acerca del inconveniente de ajustar las tasas, de acuerdo a las variaciones de los índices que refleja el costo de la vida.

Por varias razones la relación entre prestaciones económicas de seguridad social y pago de impuestos en Canadá es muy estrecha. Entre éstas se pueden contar el hecho de que el Departamento de Hacienda recibe el pago directo de impuestos, aportaciones y cuotas retenidas; las aportaciones para los planes de pensión son deducibles del impuesto sobre la renta; así, se costean de alguna forma las prestaciones universales y permite que la gente con mayores posibilidades económicas contribuya en mayor medida que la que menos tiene, a más que, aunque reciben pensiones iguales, la gente con más ingresos paga más impuestos porque acumula más ingresos declarables y porque su tasa impositiva es también mayor.

La carga económica del sistema de seguridad social en Canadá es muy alta, incluso más que en Japón, Estados Unidos e Inglaterra. El presupuesto de la salud y bienestar alcanza cerca de un 17% del Producto Nacional Bruto y representa el 35% del gasto público total. Del presupuesto global se destina el 4.5% para pensiones de incapacidad, 7.4% para beneficios familiares, 19.7% para pensión de vejez, 30.3% para ayudas complementarias a gente con bajos ingresos y 38.1% para salud.

De acuerdo al sistema canadiense, la salud, la educación y otros renglones, son servicios provinciales, de tal suerte que el gobierno federal proporciona a cada una de las provincias y territorios, una suma global que los respectivos gobiernos locales aplican libremente.

"Cada provincia recibiría donaciones federales que cubriesen aproximadamente la mitad del costo total del programa. Es importante notar que esto no fue un proceso rápido y tranquilo; tomó al menos una década para el gobierno federal y provincial el arreglar todos los detalles administrativos y financieros".[58]

Por otra parte, mientras los planes se formalizaban en el nivel provincial, creció la preocupación de que Canadá pudiese permitir el desarrollo de planes en las provincias sin la vigilancia federal que asegurara igualdad y regulara un nivel estándar de beneficios.

"La donación de fondos federales dependió de cuatro condiciones. Primero, cada plan provincial tenía que ser total, proveyendo todos los servicios médicos necesarios sin límite de beneficios. Segundo, los planes tenían que ser públicamente financiados y administrados por una agencia responsable ante el gobierno provincial. Tercero, los beneficios del plan tenían que ser universales -asequibles a todos- y provistos de condiciones y plazos uniformes. Cuarto, la portabilidad interprovincial de los beneficios del plan tenía que ser segura de manera que los ciudadanos canadienses viajando fuera de su provincia de residencia pudiesen estar cubiertos".[59]

Es muy importante mencionar que **en Canadá no existen propiamente fondos de pensiones.** Los recursos generados por las distintas aportaciones se concentran en la Hacienda de Canadá y el gobierno los utiliza para los fines que estima conveniente. Sin embargo, para destinar los recursos provenientes de la seguridad social a otros renglones, la condición consiste en que el

[58] GRAIG, *op.cit.* p. 43
[59] *Ibidem*

gobierno pague intereses sobre el dinero utilizado a razón de una tasa equivalente al interés que genera la adquisición de bonos públicos a un plazo de 20 años.

El seguro de jubilación para sevidores públicos en Canadá, por último, no lo maneja el Departamento de Salud y Bienestar, sino un Consejo del Gabinete llamado *Treasure Board Secretariat.*

Programas pensionarios de carácter federal

Tres son los programas básicos de pensiones de carácter federal:

1. PLAN DE PENSION DE CANADA *(Canada Pention Plan)*

2. PROGRAMA DE BENEFICIOS FAMILIARES *(Family Allowance Program)*

3. PROGRAMA DE SEGURO DE VEJEZ *(Old Age Security Program)*

Existen, sin embargo, otros programas de seguros que son administrados por Departamentos distintos al de Salud y Bienestar, o a nivel provincial, como seguros de desempleo, prestaciones para veteranos y el reembolso de impuestos por el cuidado de niños *(Revenue Taxation Childcare).*

1. *PLAN DE PENSION DE CANADA (Canada Pention Plan)*

"El Plan de Pensión de Canadá es un programa de aseguramiento de contribución salarial que asegura los medios de protección al contribuyente y su familia contra la pérdida de ingresos debido a retiro, incapacidad o muerte".[60]

El Programa opera en todas las provincias y territorios de Canadá, excepto Quebec, que ejerce su prerrogativa constitucional de establecer un plan provincial similar, el *Plan de Pensión de Quebec*, que opera en lugar del *Plan de Pensión de Canadá.*

[60] Les Programmes de la sécurité du Revenu de Santé et Bien-être Social Canada. Ministre des Approvisionnements et Services.Direction Géneralé des programmes de la sécurité du revenu. Reimpression, Canada, 1990. 20pp. p.10.

Iniciado en 1966, este programa protege a trabajadores entre 18 y 70 años de edad y está financiado por las cuotas de los trabajadores y aportaciones del patrón por partes iguales. Para 1989 la cuota de trabajadores era de 2.2% por lo que en conjunto patrón y trabajador aportan 4.4%, lo mismo que aportaban los trabajadores autoempleados. A partir de 1987 se estableció que la tasa se incrementaría a razón de 0.1% por año, es decir, 0.2% en total; la tasa continuaría incrementándose en los próximos 25 años y será revisada cada 5 años por los Ministros de Finanzas Federal y Provincial. Para 1994, la cuota deberá ser de 2.6% para trabajadores, 2.6% para patrones y 5.2% para trabajadores autoempleados.

Los beneficios que se derivan de las prestaciones del Plan Canadiense están indexados al índice de precios al consumidor, ajustándose en enero de cada año. De esta forma el Plan integra cinco tipos de pensiones básicas: de retiro, de incapacidad, de sobrevivencia del cónyuge, de incapacidad infantil y orfandad, y de muerte.

- *Pensión de Retiro (Retirement Pension)*

Para adquirir el derecho a una pensión de retiro el trabajador debe tener 65 años, aunque puede retirarse a los 60 años, con una reducción del 0.5% por cada mes entre la edad de retiro y los 65 años; si se retira después de los 65, existe un incremento de 0.5% por cada mes hasta cumplir los 70 años.

El monto de la pensión mensual equivale al 25% del promedio ajustado pensionable de los ingresos recibidos durante el periodo de contribución. El monto máximo de esta asignación, en 1990, era de $577.08 dólares canadienses.*

- *Pensión de Incapacidad (Disability Pension)*

La pensión de incapacidad sólo se paga a personas con una incapacidad severa o prolongada, ya sea física o mental, siempre y cuando el individuo alcance los requisitos mínimos de calificación.

Para obtener este beneficio el trabajador tiene que haber contribuido o cotizado durante 5 de los últimos 10 años, o en 2 de los últimos 3 años del respectivo periodo de cotización. La aportación cesa cuando se determina la incapacidad del trabajador. El monto de la mencionada pensión equivale al 75% de la pensión de retiro calculada como si el trabajador tuviera 65 años, y empieza a pagarse 4 meses después del mes en que inició la incapacidad,

* El monto del dólar canadiense al cambio en agosto de 1994 era de 2.4 pesos por un dólar.

pagándose hasta que el beneficiario cumpla, efectivamente, 65 años, recobre la capacidad antes de tal fecha o muera. Cuando el incapacitado cumple 65 años, automáticamente se le aplica la pensión de retiro.

El monto máximo para un pensionado por incapacidad era de $709.52 en 1990, existiendo un beneficio adicional para los hijos menores del pensionista por incapacidad (hasta 18 años ó 25 años si es estudiante de tiempo completo). La pensión es igual a la cifra que se tiene determinada para huérfanos, es decir, de $107.96 en 1990.

- *Pensión de Sobrevivencia del Cónyuge (Surviving Spouse's Pension)*

Este pago se hace al cónyuge sobreviviente legal o a la persona con la que el finado cohabitó por lo menos un año antes de su muerte. Para que la esposa o concubina pueda tener derecho a este beneficio, el trabajador debió haber contribuido al Plan de Pensión de Canadá de acuerdo con el período mínimo para calificación, esto es: al menos 3 años, cuando tenga menos de 9 años de período de contribución; cuando menos un tercio del número de años del período de contribución, si tiene de 9 a 30 años; y cuando menos 10 años si tiene 30 años o más. Por otra parte, el cónyuge deberá encontrarse en una de las siguientes situaciones: tener 65 años o más; tener hijos al tiempo de morir el cotizante, o ser discapacitada.

En el primer caso el monto de esta pensión es igual al 60% de la pensión de retiro, calculada al momento en que el contribuyente murió. En el segundo caso el beneficio se compone de una porción fija (menor que para incapacitados) y una porción relativa equivalente a 37.5% de la pensión de retiro del cotizante que murió.

Si el cónyuge sobreviviente tiene entre 35 y 45 años, no es incapacitado y no tiene hijos dependientes, la pensión se reduce, sobre base prorrateada, en 1/120 por cada mes en que el sobreviviente es menor a 45 años. Cónyuges menores de 35 años al enviudar, sin incapacidades y sin hijos dependientes, no son elegibles para la pensión.

La cantidad máxima por sobreviviente, en 1990 era de $324.37 (menor de 55 años), $324.37 (entre 55-64 años) y $346.25 (si tiene 65 años ó más).

- *Pensión de Incapacidad Infantil y Orfandad (Disabled Contributor's Child Benefit and Orphans Benefit)*

Los requisitos para adjudicarse esta pensión son: ser menor de 18 años, o entre 18 y 25 años si es estudiante de tiempo completo. La pensión mensual

en 1990 era equivalente a una cantidad igual a la porción fija (flat rate) de la pensión de un cónyuge sobreviviente, es decir $107.96.

- *Pensión por Muerte (Death Benefit)*

La constituye una cantidad única, que se paga al albacea del contribuyente fallecido y equivale a 6 veces la pensión equivalente de retiro del contribuyente, siempre y cuando haya cubierto el período mínimo para calificación. Esta cantidad, sin embargo, no puede exceder el 10% de las ganancias máximas de pensión anual. En 1989 la cantidad máxima para este pago era de $2,770.

Existe, por otra parte, la opción de *Pensiones Combinadas* dentro del *PCP*, pudiendo consistir en una pensión de sobrevivencia del cónyuge más una pensión de incapacidad, o una pensión de sobrevivencia más una de retiro. En el primer caso se paga al contribuyente viudo(a) que es elegible para incapacidad; en el segundo caso se paga al contribuyente viudo(a) elegible para pensión de retiro por su propio derecho. Este tipo de combinaciones están sujetas a ciertos límites.

2. *PROGRAMA DE BENEFICIOS PARA LA FAMILIA (Family Allowances Program)*

El objeto de este programa es el de complementar los ingresos de las familias canadienses a través de una compensación mensual por cada hijo menor de 18 años. En familias con dos padres, el pago se hace usualmente a la madre. La cantidad que los padres reciben por este concepto, con el objeto de solventar algunos de los costos para la educación de sus hijos, es gravable, pero existe la posibilidad de solicitar la exención fiscal por cada niño. El pago de este beneficio está indexado sólo por el incremento que exceda en más del 3% el índice de precios al consumidor.

Para tener derecho a este beneficio se requiere ser ciudadano canadiense o residente permanente. El monto del beneficio es igual para todos, aunque los requisitos puedan variar de provincia a provincia. En 1989 la pensión era de $32.74; ésta pensión la gozan todos, independientemente de que los padres trabajen o no, y es financiada por el régimen fiscal, es decir, no hay contribuciones del trabajador o empleador para gozar de este beneficio.

3. *PROGRAMA DE SEGURO DE VEJEZ (Old Age Security Program)*

Este programa es la piedra angular del sistema de ingresos por retiro en Canadá. El financiamiento de este programa se realiza con recursos fiscales,

no por cuotas ni aportaciones; se trata de una pensión universal, o sea, a la cual tiene derecho toda persona que cumpla cierto requisitos. La prestación se compone de la pensión de vejez propiamente dicha *(Old Age Security Pension)*, de la garantía de ingresos suplementarios *(Guaranteed Income Supplement)* y apoyo económico para la esposa *(Spouse's Allowance)*.

- *Pensión de Vejez (Old Age Security Pension)*

Esta pensión se paga mensualmente y se otorga a cualquier persona que tenga 65 años o más; su monto varía según los años de residencia en Canadá. La más alta es la que acumula 40 años de residencia cuando menos, computados después de los 18 años de edad. Una vez fijado el monto de la pensión ya no se puede incrementar por razón de que se generen más años de residencia.

- *Ingreso Suplementario Garantizado (Guaranteed Income Supplement)*

Esta prestación se aplica a quienes gozan de la pensión de vejez, pero que aún así tienen un muy bajo o ningún ingreso adicional. Los solicitantes de este beneficio deben solicitarlo cada año a partir de que se fija la pensión de vejez; a diferencia de ésta, este ingreso suplementario no es objeto del impuesto sobre la renta. Para tener derecho a este beneficio se deben sumar todos los ingresos del solicitante y de su pareja, para saber si rebasan o no cierto límite; el monto del suplemento depende del estado civil y el ingreso del pensionista. Para un solicitante soltero, por ejemplo, el suplemento en 1989 fue de $392.68 al mes, para una familia con un pensionista, la misma cantidad, y para una familia con dos pensionistas fue de $255.76 para cada uno, es decir, $511.52 al mes.

- *Apoyo económico para la esposa (Spouse's Allowance)*

Este apoyo está enfocado a parejas donde sólo uno de ellos es pensionado, así como para viudos y viudas. La prestación se paga de los 60 a los 64 años al esposo(a) de un pensionado por vejez y también a cualquier viudo o viuda de entre 60 y 64 años, con 10 años de residencia en Canadá. Estos ingresos, destinados a personas de muy pocos recursos, tampoco son sujeto de impuesto sobre la renta. A partir de los 65 años esta prestación cesa, para aplicar el seguro de vejez, así como también cesa al ausentarse de Canadá por más de 6 meses o por muerte. El monto de tal beneficio, en 1989, era de $586.19 para el cónyuge de pensionado y de $647.17 para viudos(as).

Seguros y prestaciones para Servidores Públicos

Hasta 1991 se tenían registrados 360,000 trabajadores públicos en activo de carácter federal y existían 171,288 pensiones (sin incluir militares y policías); de esa cifra, 73% eran pensionistas directos, 25% viudos o viudas y el 2% restante niños o jóvenes hasta 18 años ó 25 si eran estudiantes. La contribución para esta pensión era de 6.5% del salario para el empleador, que en el caso de los servidores públicos es el Departamento de Hacienda de Canadá. Adicionalmente está establecida una tasa suplementaria de 1% para trabajador y empleador, para ajustar la contribución a índices actuariales y económicos.

Debe señalarse que este plan para servidores públicos está incorporado al Plan de Pensión de Canadá, de tal manera que el empleado contribuye con 2.6% para el Plan Canadiense, con 6.5% para el Plan de Pensión o Retiro de servidores públicos y un 1% para ajuste de tasas, es decir, aproximadamente un 10.1% de su salario.

En caso de que los ingresos del trabajador público oscilen entre los 3,000 y los 30,500 dólares canadienses al año*, a la contribución de 6.5% de pensión de jubilación se le restan los 2.6% del Plan Canadiense de Pensión, con lo que sólo contribuye con 4.9% en total (ya incluido el 1% de ajuste). Así, dependiendo del nivel del ingreso, un servidor público paga por sus pensiones entre 4.9% y 10.1% de su salario; en total, el trabajador y gobierno empleador contribuyen a la seguridad social con un 10.4% a un 15% del salario del trabajador.

Es pertinente apuntar que en Canadá existe la posibilidad de que los años de servicio fuera del gobierno se contabilicen -mediante ciertos requisitos- para tener derecho a la pensión por jubilación.

La edad normal de jubilación es de 60 años, debiendo haber cotizado durante 5 años por lo menos (2 de ellos continuos). El monto de la pensión recibida, por otra parte, es un ingreso acumulable para el impuesto sobre la renta.

- Pensión de Incapacidad para Servidores Públicos
Respecto a la incapacidad, el gobierno patrón la absorbe casi en su totalidad, ya que el trabajador sólo paga mensualmente una cantidad simbólica. El monto de la pensión por incapacidad corresponde al 70% del último salario del trabajador incapacitado.

* De 7,200 a 73,200 pesos mexicanos al año.

Este tipo de seguro inició en 1970 y se deriva de un contrato de aseguramiento celebrado ante el Presidente del *Treasury Board* (empleador de todos los servidores públicos civiles) y una aseguradora privada *(Sunlife of Canada)*, seleccionada por concurso. El seguro cubre a los trabajadores impedidos para trabajar por un largo período, ya sea por enfermedad o por accidente; desde luego, el seguro no cubre enfermedades anteriores al aseguramiento, incapacidad producida por la comisión de delitos, intentos de suicidio, participación activa en revueltas, etc.

El monto de la prima se calcula por cada $350 dólares canadienses del salario anual, donde el gobierno participa con el 75% de la prima y el trabajador o servidor público con el restante 25%. Estas primas no son deducibles del impuesto sobre la renta, pero si el servidor público se sitúa en los casos de aseguramiento y obtención de pensión, se pueden hacer deducciones fiscales equivalentes a las primas pagadas. Este seguro concluye al cumplir 65 años (ya que inicia la pensión de retiro) o cuando se recupera la capacidad para trabajar; por otra parte, la pensión por incapacidad esta indexada hasta un porcentaje máximo del 3%.

Cambios propuestos para financiar el Plan Canadiense de Pensión

El 28 de enero de 1991 el Sr. Michael Wilson, Ministro de Finanzas de Canadá, anunció que se había llegado a un acuerdo provisional con los ministros provinciales de finanzas, sobre la necesidad de incrementar las tasas financieras del plan, con el objeto de asegurar y mantener su adecuado financiamiento. Dichos incrementos convenidos entraron en vigor a partir de 1992.

El Plan Canadiense de Pensión establece, como ya se dijo, que las tasas financieras son para 25 años, pero sujetas a revisión por los ministros de finanzas cada 5 años; también prevé modificaciones, si son necesarias, para mantener el plan saludable, desde un punto de vista financiero. Las reformas propuestas contemplaron incrementos anuales durante los siguientes 25 años, a razón de 0.20% para el periodo 1992-1996, 0.25% para 1997-2006 y 0.20% para 2007-2016; estos incrementos suponen la tasa de distribución combinada del empleado y el patrón. Así, el proceso de incremento es como sigue: 4.60% en 1991, a 9.10% en 2011, a 10.10% en 2016.

La explicación que da el Jefe de Actuarios de la Oficina del Superintendente de las Instituciones Financieras de Canadá, es que las reformas se deben a que en el corto plazo se han incrementado los gastos, porque la gente se ha

retirado de trabajar antes de lo calculado y porque los aumentos en la productividad han crecido menos de lo esperado en la economía canadiense. En el largo plazo, el aumento de gastos se debe al crecimiento de las tasas de fertilidad y al incremento en la productividad; las modificaciones en las tasas de financiamiento impactan los sueldos de los trabajadores. Así, en 1992 la contribución total anual aumentó en 7 dólares canadienses, de $679 a $686, y para 1996 se habrá incrementado en 2 dólares más. Por otra parte, estas reformas contemplan un incremento de 35 dólares mensuales para los niños beneficiarios de contribuyentes del Plan Canadiense de Pensión, incapacitados o que hayan fallecido.

Ajeno a los servicios médicos generales existe un seguro médico para los servidores públicos, que pagan por partes iguales el empleador (gobierno) y sus empleados, denominado *Group Surgical-Medical Insurance Plan*. Este seguro cubre al servidor público y sus dependientes por el 100% de ciertos gastos médicos hasta un límite específico, incluidos cargos de hospitalización y honorarios de médicos con quien se haya atendido fuera de Canadá; asimismo cubre el 80% de los gastos en que se incurra por servicios adicionales o medicinas prescritas por períodos largos, así como ciertos servicios médicos dentro de Canadá. El deducible de este seguro es de $25 por persona y hasta $40 por familia en un año. Existe también un plan específico para servicios dentales *(Public Service Dental Care Plan)* en que el deducible es de $25 por persona asegurada y hasta $50 anuales; los gastos que cubre este seguro se reembolsan de un 50 a un 90%, según el servicio.

Canadá: responsabilidades compartidas

"En Canadá, la salud y el bienestar han sido tradicionalmente la responsabilidad del individuo, apoyado en muchos casos por la familia y los amigos. Organizaciones religiosas y de voluntarios y gobiernos locales apoyan a los individuos adaptando servicios para la comunidad. Sobre estos esfuerzos, las provincias tienen la responsabilidad prioritaria de proveer servicios de salud y bienestar. El gobierno federal, por su parte, ejerce una influencia considerable en lo legislativo y a través de su participación financiera".[61]

En Canadá, cientos de organizaciones de voluntarios ofrecen asistencia a familias, jóvenes, ancianos, incapacitados y gente nativa. Estos voluntarios canadienses suministran comida, ropa y alojamiento a aquellos que lo

[61] *Health and Welfare in Canada*. Health and Welfare Canada, Minister of Supply and Services. Canada, 1989. 40 pp. p. 10

necesitan, aconsejando en tiempos de crisis, dando ayuda legal, apoyo a amas de casa y apoyo al hogar, como guía para delincuentes y compañía para los solitarios. Las organizaciones voluntarias también apoyan las actividades deportivas, recreativas y de acondicionamiento físico, la promoción de conducta pública y programas educacionales, y se encargan de investigación de apoyo. Muchos canadienses cuentan con el apoyo y la experiencia de estas organizaciones en tiempos difíciles.

Un gran servicio proveedor en Canadá es el sector privado. Paralelamente a la ayuda federal, las compañías privadas proveen de farmacias, cuidado del hogar, hogares para ancianos, servicios residenciales para incapacitados y niños, días de cuidado y otros servicios. Frecuentemente, los gobiernos compran estos bienes y servicios.

Por otra parte, los departamentos de salud regionales y municipales juegan papeles significativos en la salud ambiental y pública de Canadá. Por ejemplo, ellos manejan los servicios de atención primaria como la provisión de agua potable y el tratamiento de aguas negras, y operan los programas públicos de salud como la inspección de alimentos y la inmunización. Algunas municipalidades también administran los programas de asistencia social y proveen de servicios sociales (junto con las provincias).

Respecto a las actividades provinciales, "Para la mayoría de los canadienses, el cuidado básico de la salud (servicios médicos y hospitalarios) es asegurado por los gobiernos territoriales y provinciales. Los gobiernos provinciales son responsables de todos los aspectos de entrega de cuidado a la salud, incluyendo tarifas negociables y salarios para los proveedores del cuidado a la salud, establecimiento de los estándares en hospitales, y determinación de los presupuestos hospitalarios, operativos y de capital. La mayoría de las provincias también ayudan a establecer los costos del cuidado dental para niños, prescripción de medicinas para ciudadanos mayores y otros servicios importantes".[62]

Las provincias y municipalidades entregan programas de asistencia social y proveen servicios como rehabilitación y consejo a amas de casa. La salud y el bienestar en Canadá comparte el costo de la mayoría de estos programas a través del *Plan de Asistencia de Canadá (Canada Assistance Plan)*, administrado por la Rama de Programas de Servicio Social. Las provincias son responsables de la compensación de los trabajadores, y trabajan en asistencia de alojamiento y programas para niños y ancianos.

[62] *Ibidem*

En cuanto al presupuesto nacional y el consiguiente poder de gasto del gobierno federal, éste ha ayudado a acondicionar los programas canadienses de salud y bienestar y contribuye a la provisión de beneficios básicos y servicios a través del país. La salud y el bienestar canadienses operan y financian directamente la seguridad del ingreso nacional y los programas de protección a la salud, y proveen de un apoyo financiero significativo a los programas de servicio social y de salud. Además, se facilita información compartida y colabora con las provincias y territorios para hallar soluciones a problemas emergentes.

El Departamento de Salud y Bienestar desarrolla líneas guía y estándares, promueve la salud, activa estilos de vida físicamente, y monitorea la seguridad y la calidad de los alimentos, medicinas y dispositivos médicos. Una responsabilidad continua es el liderazgo que el Departamento provee en la investigación y el desarrollo de acercamientos innovadores al cuidado a la salud y la entrega de servicios de bienestar. Mucho de este trabajo es, por supuesto, hecho junto con otras agencias y departamentos federales, con gobiernos provinciales locales, y con sectores voluntarios y privados. Al mismo tiempo, *Salud y Bienestar en Canadá* proveen de sustanciosos premios a las organizaciones nacionales voluntarias, y financian la investigación y la demostración de sus modelos, mostrando su buen funcionamiento, y apoyando otros proyectos de bienestar social de los que se encargan grupos de ciudadanos, universidades, voluntarios y otras organizaciones.

Consideraciones finales del funcionamiento

- El Sistema de Seguridad Social de Canadá comprende seguros y prestaciones de carácter universal, otros de índole contributiva o de reparto, y se manejan a través de cuentas individuales. La relación entre este sistema y el Régimen Fiscal Canadiense es muy estrecha, no solamente porque las prestaciones universales se pagan a todos los canadienses con cargo al erario público, sino porque la mayoría de las pensiones que se otorgan mediante la vía de aportaciones y cuotas, se acumulan al ingreso de los trabajadores para efectos del Impuesto sobre la Renta.

- Los seguros y prestaciones que reciben los trabajadores privados o servidores públicos, derivados de sus cuotas y aportaciones, se mantienen en equilibrio, gracias a que se han establecido mecanismos de incrementos a las tasas financieras, sustentados en estudios actuariales y mecanismos de revisión periódica de los criterios financieros.

- Se reconoce que el peso presupuestal de la seguridad social es muy elevado y no obstante que se ha pensado en establecer alguna contraprestación, aunque sea simbólica, como la denominada *Users Fees*, el gobierno canadiense está plenamente consciente de lo delicado de llevar a cabo tal medida, por lo que se implantan proyectos de elevación de productividad a fin de optimizar el uso de los recursos, principalmente en materia de salud.

- Como consecuencia de que la esperanza de vida se ha incrementado, se da una importante atención a los planes para las personas de edad avanzada, incluso existe una rama dentro del Departamento de Salud y Bienestar para atender este importante sector de la población canadiense.

- A no dudar el segmento poblacional menos favorecido por el Sistema Canadiense de Seguridad Social es la clase media, toda vez que los estratos de bajo ingreso están protegidos por programas especiales, en virtud de los cuales se conceden recursos complementarios a las pensiones para esta gente y a la clase adinerada no le es muy gravoso el pago de sus contribuciones.

- En la población canadiense existe una cultura del seguro privado complementario del Sistema de Seguridad Social Público. Así, todo trabajador sabe que el alcance de los seguros, servicios y prestaciones que se otorgan a través del Plan de Pensión de Canadá es limitado y que por lo tanto es necesario contratar seguros que vengan a dar mayor cobertura a los riesgos amparados a través de los planes públicos. Esta concepción resulta muy interesante, especialmente en materia médica, ya que el tener que pagar una prima, un deducible y una cierta proporción del monto asegurado, el trabajador modera sus demandas de servicio. Estos seguros cubren la adquisición de medicinas caras por un período largo, cuartos privados, enfermera individual, cirugía estética, atención dental, accidentes o enfermedades en el extranjero, etc.

- El Sistema de Pensiones de Canadá para los servidores públicos se integra básicamente por el plan de pensiones a todo trabajador, más ciertas prestaciones adicionales por las cuales contribuye adicionalmente, pero que tratándose de ciertos niveles de ingreso, las aportaciones se deducen de las que el trabajador cotiza para los planes generales de pensiones.

- El Sistema Canadiense de Pensiones reconoce a través del cumplimiento de diversos requisitos, la antigüedad de un trabajador en otros empleos y se

manejan cuentas individuales en las cuales las cuotas generan intereses en beneficio del propio pensionista.

- Existen programas en marcha para acreditación directa de las pensiones en las cuentas de cheques o de ahorros con buenos resultados y se pretende ampliar este servicio al mayor número de prestaciones en dinero.

- Merced al sistema jurídico-político de Canadá, existe una alta descentralizacón en la prestación de servicios de la seguridad social en las provincias y, puede decirse, que los planes y criterios de carácter federal son la excepción.

Es por ello que hay dificultad en hablar de un sólo Sistema de Seguridad Social en Canadá, ya que para referirse a la situación específica de un canadiense en materia de seguridad social habría que conocer a qué provincia pertenece e identificar los respectivos planes provinciales para determinar con exactitud el monto y alcance de los respectivos seguros, servicios y prestaciones.

3. PROBLEMAS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

A pesar del buen funcionamiento del sistema de seguridad social en Canadá, en los últimos años éste se enfrenta a problemas que cada día se agudizan más. En el inicio de la década de 1990, el principal problema es la estrechez de recursos que está forzando al país a utilizar métodos cada vez más estrictos en el control de costos del sistema de salud.

Las provincias son objeto de una espiral fiscal negativa que combina una desaceleración en la economía con un gran déficit del presupuesto federal y cortes en la transferencia de pagos igualmente federales. Hoy por hoy, los gastos provinciales en cuidado a la salud son los más altos del presupuesto, así como las más altas e importantes metas para la contención del costo.

Una de las presiones más fuertes proviene del creciente déficit federal, del cual depende el gasto anual de 52 mil millones de dólares al año en cuidado a la salud, y que ha tenido serias implicaciones para el sector salud en Canadá. En tal sentido, aquella mitad del presupuesto que solía cubrir el gobierno federal para los sistemas de salud provinciales, ha dejado de ser tal; ahora sólo se cubre un poco más de un tercio de todos los costos provinciales de salud. Como resultado, las provincias deben incrementar sus aportaciones de presupuesto al cuidado a la salud, lo cual ejerce una presión creciente, a

su vez, sobre esos mismos presupuestos. La provincia de Ontario, por ejemplo, dedicaba 27% de su presupuesto a la salud, en 1978; esta contribución ha crecido a un 33%.

Las presiones de un financiamiento federal reducido, de las facilidades médicas para la población anciana y el incremento del equipo médico, por mencionar sólo algunos aspectos del problema, se están intensificando. Estas cuestiones, dicen las críticas[63], son las consecuencias de un conflicto inherente a un sistema que promete acceso universal, cobertura amplia, libertad profesional para los médicos, capacidad de elección del médico por parte del paciente y control sobre los costos de salud, y cuya expresión más problemática es la localización de los recursos del cuidado a la salud, en la que se limitan medios como el número de camas y la tecnología, optando por el racionamiento en muchos casos. Es importante señalar aquí que este tipo de críticas provienen de sectores determinados de los Estados Unidos, donde el imperio de la idea del laissez-faire no permite ninguna otra interpretación de la realidad social, a pesar de los evidentes logros del sistema canadiense en cobertura, por ejemplo; otra idea muy distinta tendrían los especialistas en cuestiones de seguridad social en México, por decir.

Los extensos estudios comparativos que se han realizado entre los sistemas de seguridad social de Canadá y Estados Unidos, sobre todo en este último país, han establecido convergencias y divergencias entre ambos, así como han establecido una serie de conclusiones que ayudan a determinar la orientación de algunas medidas que podrían tomarse, o no, para mejorar ambos sistemas de salud[64], los más importantes límites a la convergencia son:

1) *El tamaño y la composición de la población de Estados Unidos:* la población de Canadá es un décimo de la de Estados Unidos, y la población de este último país mucho más heterogénea (Canadá no tiene una clase baja tan grande como la de Estados Unidos).

2) *La pesadilla organizacional:* un programa de seguro de salud federal sería mucho más difícil en un país con 50 estados que en un país con 10 provincias; y

3) *Penetrante desconfianza en el gobierno:* los norteamericanos temen poner el cuidado de la salud en manos de los burócratas del gobierno.

[63] GRAIG, Laurene A. op. cit. p. 66
[64] *Ibid.* p. 75

Según uno de estos estudios comparativos[65], la problemática del sistema de salud en Canadá, sin embargo, se reduce a seis puntos principales: 1) la localización de los recursos del cuidado a la salud; 2) la inversión en tecnología; 3) el incremento de los costos en un período de crisis económica; 4) el posible cobro a los usuarios; 5) el papel de la inversión privada y 6) el apoyo popular.

Uno de los problemas de los que adolece el sistema de seguridad social en Canadá, desde el punto de vista americano, es el de la aplicación de alta tecnología en la atención a los pacientes. Un sondeo realizado entre los sistemas de salud de Canadá, Alemania y los propios Estados Unidos mostró que el uso de mecanismos de *high-tech* (alta tecnología) en el tratamiento médico, es muy bajo en Canadá, comparativamente con los otros dos países, a pesar de que el gasto total en salud de Canadá es superior al de Alemania y, de hecho, sólo es superado por Estados Unidos entre los países occidentales industrializados. El porcentaje de instrumentos hipertecnologizados respecto al número de usuarios en Canadá es bajísimo en comparación con Estados Unidos, por lo que en este rubro Canadá se encuentra *atrasada* si utilizamos los parámetros de los países industriales.

[65] GRAIG, Laurene A. *op.cit.* Chapter 3: Canada's National Health Insurance System: U.S. Nemesis or Model for Reform? p. 35 - 79

LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO

1. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

En México, como en la mayoría de los países, la instauración del Seguro Social estuvo relacionada con las necesidades de salud de la población; de allí que una parte importante de la historia de éste se localice en la historia de la salubridad y de la asistencia mexicanas.

Durante los años setenta se observaron en el país cambios significativos, fruto de la grave crisis general que se vivió en el mundo en la década anterior. Entre estos cambios recordamos la apertura política, los cambios a diversas legislaciones y la instrumentación de programas enfocados a restaurar el orden social.

Estos movimientos también incluyeron a las instituciones más importantes de la seguridad social en nuestro país: el IMSS y el ISSSTE. Para hacer más clara la exposición, presentaremos los cambios ocurridos en estos organismos, en forma separada.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Durante la primera mitad de la década de los setentas, el IMSS inició una nueva política de ampliación de cobertura que esta vez fue dirigida prioritariamente al área rural. Estructuralmente, la atención médica fue la base de sus actividades; para lo cual se reestructuró el sistema médico familiar existente, otorgándosele al médico responsable de este tipo de atención el nivel de médico especialista.

Las acciones más importantes de extensión de cobertura fueron en 1971, cuando se incorporaron al IMSS los trabajadores afiliados al sindicato de electricistas; las de 1973 en que quedaron incorporados los expendedores y voceadores, así como los tabacaleros y los trabajadores de la Comarca Lagunera. También quedó abierta la posibilidad de que los empleados domésticos y toda persona física con trabajadores a su servicio pudieran recibir los servicios del seguro social.

Para 1974, el incremento calculado en relación con la cifra de 1973 fue de 52.5%, alcanzándose así la de 14 millones 919 mil 299 derechohabientes. En 1975 y 76 se abrieron las puertas a los cafeticultores, a los mineros del sur de Chihuahua y de Coahuila, a los trabajadores de la Universidad de Baja

California y al personal laborante en las embajadas de Finlandia, Brasil, República Federal de Alemania, Italia, Noruega, Uruguay y los empleados de servicios de la de Estados Unidos.

Asimismo en 1976 se efectuaron las primeras incorporaciones voluntarias, con lo que a finales de ese año el IMSS concluyó con una población de 16 millones 631 mil 542 derechohabientes, más un millón 341 mil personas favorecidas por los programas de solidaridad social, es decir, casi 18 millones de derechohabientes.

Este Programa de Solidaridad Social tuvo su origen en 1973 con las modificaciones que se le hicieron a los artículos 8° y 232° de la Ley del IMSS, donde el Instituto adquiere la obligación de "brindar un mínimo de protección a aquellos grupos que han permanecido al margen del desarrollo nacional", sin que ello implique necesariamente las contribuciones en efectivo que siempre se habían manejado, aunque sí la realización de trabajos personales en beneficio de su comunidad como pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que se les brindarían.

Las modificaciones a la Ley del IMSS se debieron a la necesidad de mantener vigentes los propósitos que justificaron su creación; entre ellos, servir como medio para la protección del ingreso, como sistema para garantizar la salud, como vehículo de desarrollo y bienestar social, como instrumento de redistribución de la riqueza y como factor del desarrollo económico.

Con las modificaciones a los artículos 1°, 4°, 8°, 37°, 56°, 65°, 74° y 232° entre los más importantes, el Instituto se obligó a mejorar los servicios de las instituciones que lo administran y a emprender programas de extensión de cobertura que permitan incorporar a diversos sectores de la población. Las mejoras observadas fueron principalmente en los siguientes aspectos: enfermedades y maternidad; seguros de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte; guarderías infantiles; incorporación voluntaria; seguros facultativos y adicionales, y los servicios de solidaridad social.

Con respecto a las prestaciones sociales, se realizaron amplios programas dirigidos a la salud e integración familiar y al adiestramiento y capacitación para el trabajo. La orientación brindada fue hacia el mejoramiento de la alimentación, actividades artísticas, iniciación cultural, técnica y orientación deportiva; fomento de artesanías, de grupos corales, de danza clásica y moderna y de teatro experimental. Cada programa fue ajustado para desarrollarse en áreas urbanas y rurales. Por último, en 1973, se iniciaron las

gestiones para iniciar la construcción de guarderías para los hijos de las trabajadoras aseguradas, cuyo logro más importante para 1976 fue su influencia sobre la educación a las madres sobre la alimentación infantil.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

En 1970, el ISSSTE contaba con 1 millón 400 mil 473 derechohabientes, que para 1975 se había incrementado a 3 millones 448 mil 56. Esto nos da una idea de la magnitud del crecimiento que observó este organismo en la primera mitad de la década de los setentas.

Entre los trabajadores que se incluyeron en este lapso al ISSSTE, se cuentan los de la Comisión de Estudios de la Cuenca del Río Pánuco, de la Comisión del Papaloapan, del Instituto Mexicano de Comercio Exterior, del Hospital Central de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, del Instituto Mexicano del Café, del Instituto Nacional de Investigaciones Agrícolas, del Patronato de Obras e Instalaciones de Instituto Politécnico Nacional, del Patrimonio Indígena del Valle del Mezquital y del Instituto Nacional de Antropología e Historia.

Los servicios médicos también crecieron debido a la celebración de contratos de subrogación de hospitales con los gobiernos de diversos estados. Se instrumentaron programas de alcance nacional como el de planificación familiar y de paternidad responsable, con los objetivos de fomentar la educación y el establecimiento de servicios para regular la fecundidad y de que los trabajadores adquiriesen conciencia de su función básica como padres de familia.

En 1972 se expidió la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, donde se inscribió el derecho de los servidores públicos a recibir viviendas cómodas e higiénicas. El Fondo se creó como un organismo con personalidad jurídica y patrimonio propio. Las aportaciones del trabajador se determinaron en las reformas y adiciones de los artículos correspondientes a la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.

El Sistema Nacional de Salud

Durante la segunda década de los setentas, las acciones del IMSS, el ISSSTE, así como de los demás organismos de salud y seguridad social, se ajustaron al documento emitido en 1978 que se denominó "Programa

Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social 1978-1982", que fue una continuación del Plan Nacional de Salud, emitido durante el gobierno de Luis Echeverría. En este nuevo Programa se plantearon los lineamientos que conformaron la política sanitaria asistencial para el país durante el período presidencial de José López Portillo.

Este programa intentó la integración de un Sistema Nacional de Salud, para lo cual se requería, primero, de una coordinación interinstitucional y de una reorganización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; y segundo, de una integración parcial y extensión de la cobertura a la población rural y la marginal urbana. Por esta razón, se buscó la unificación del "subsector" salud y el "subsector" seguridad social para que organizaran sus respectivos sistemas de atención médica rural, bajo el mismo modelo programático, unificando técnicas y procedimientos.

El 30 de noviembre de 1978 se determinó el Gabinete del Sector Salud, que estaba presidido por el Titular del Ejecutivo Federal, e integrado por el Secretario de Salubridad y Asistencia, por el Secretario de Programación y Presupuesto, por el Jefe del Departamento del Distrito Federal y por los Directores Generales del IMSS, ISSSTE, SNDIF e ISSFAM.

La estrategia general de la política sanitaria asistencial en este período, indicaba que la programación de la salud y la seguridad social deberían considerarse en el "amplio marco" de la planeación del desarrollo del país.

Otras estrategias para la instrumentación de esta política fueron: De coordinación de la planeación sectorial, De evaluación, De información, De desconcentración, De coordinación intersectorial, De participación de la población, De investigación, De desarrollo de recursos humanos, De producción de insumos, De mejoramiento y saneamiento del ambiente, De atención de la salud, De acutalización de disposiciones legales y De administración financiera.

Es interesante hacer notar que a partir de estos cambios se observó un intento, cuando menos en los discursos, de hablar de un Sector Salud y ya no de instituciones u organismos por separado, con lo que se ha ganado una visión más global de la problemática de salud nacional, aunque se ha perdido en el análisis de las características y problemas específicos de cada institución.

En el aspecto de la seguridad social se detectaron algunas limitaciones para el desarrollo de alcance nacional, entre las cuales se encontraron:

- Las prestaciones económicas se inscriben en los preceptos legales para beneficio de las personas que mantienen una relación laboral, con lo que se dejaba desprotegida al resto de la población.

- Las acciones sectoriales de la seguridad social se habían venido desarrollando en el plano de una concepción tradicional de atender prioritariamente los problemas inmediatos, sin considerar una completa planeación a mediano y largo plazo adecuada a las necesidades de la población.

- La configuración financiera y administrativa de las instituciones dificultaba el ejercicio pleno de la seguridad social en el aspecto de prestaciones económicas.

- El aspecto de prestaciones sociales estaba claramente especificado en las leyes respectivas, pero era necesaria la concurrencia de todas las instituciones del sector para ampliar la cobertura que se tenía.

- Por último, se carecían de parámetros para medir los efectos de las acciones de seguridad social.

Con base en estos problemas, las actividades más importantes del subsector seguridad social se observaron en subsidios y ayudas, pensiones y jubilaciones, prestaciones económicas, asistencia social e integración familiar, adiestramiento y capacitación, atención a la infancia, atención a la vejez, protección al salario y financiamiento de módulos sociales; todo esto sin descuidar lo relativo a la atención médica.

Los objetivos sectoriales de la asistencia social y la seguridad social fueron:

1. Incorporar en forma progresiva a toda la población a los beneficios de la asistencia y seguridad social.

2. Lograr una mayor cobertura y mejores niveles de protección, atención y asistencia integral a la niñez y a las personas de edad avanzada.

3. Promover y fomentar el desarrollo físico y mental de la adolescencia a través del aprovechamiento de su tiempo libre, con la finalidad de

disminuir los problemas de tipo social tales como la farmacodependencia, el alcoholismo y la vagancia.

4. Orientar, capacitar y adiestrar a la población en y para el trabajo, con especial énfasis en la juventud, a fin de que cuente con elementos que le permitan elevar su nivel de vida.

5. Fortalecer el poder adquisitivo del salario de los trabajadores al servicio del Estado, brindándoles la oportunidad de obtener, en condiciones adecuadas, productos a precios bajos.

6. Garantizar el mínimo de bienestar económico al trabajador y a su familia en los casos de contingencia o vejez, así como también complementar sus percepciones a través de préstamos a corto plazo y crédito hipotecario.

7. Poner a disposición de los trabajadores al servicio del Estado la compra de vivienda en conjuntos habitacionales, a precios y en condiciones más ventajosas que las del mercado.

8. Coadyuvar al incremento de la productividad de la Administración Pública Federal, a través de la adopción e instrumentación de mecanismos destinados a lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos.

9. Mejorar la eficacia y eficiencia de los servicios en asistencia y seguridad social que se proporciona a la población.

Para 1980, en relación a aspectos de financiamiento en materia de salud, el país no había recibido la atención requerida. A pesar de los incrementos del sector público en la materia, el país destinaba en ese año sólo el 0.85% del Producto Nacional Bruto, que constituía la mitad de lo que erogaban en el mismo renglón otros países con características de desarrollo semejantes al nuestro. A ello debe agregársele que la mayor parte del presupuesto se destinaba a atender a quienes contaban con seguro social, lo cual dejaba fuera a la gran mayoría de la población mexicana.

El 25 de mayo de 1979 se firmó el Convenio entre los titulares del IMSS y de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), dependiente de la Presidencia de la República, con el fin de extender la cobertura de servicios de salud a áreas rurales, a

través de un programa denominado *Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria.*

El modelo adoptado por IMSS-COPLAMAR replicó, con algunas variantes arquitectónicas y administrativas, el modelo que la Secretaría de Salubridad y Asistencia había instituido a partir del desarrollo del servicio social de pasantes de medicina en áreas rurales. Junto a estas medidas se dio gran impulso a la desconcentración administrativa y territorial, primer paso hacia la descentralización política de la vida nacional.

Con la desconcentración administrativa se buscaba dar un impulso al desarrollo regionalizado tan obstruido con las políticas concentradoras y centralizadoras de todo tipo de recursos. Esta política siguió vigente en los años ochenta y con el gobierno de Miguel de la Madrid cobró nuevo impulso hasta alcanzar algunos logros que se observan en nuestros días.

Entre los cambios efectuados en los últimos años, durante el sexenio del Lic. Carlos Salinas de Gortari, se encuentra el de fortalecer el equilibrio financiero del sistema de seguridad social, para lo cual se han incrementado las cuotas para los seguros de vejez, invalidez y muerte, que no habían sido actualizadas desde 1943. En 1992 el Ejecutivo de la nación envió un proyecto de modificación de la Ley del ISSSTE, en donde se buscó la posibilidad de redistribuir las aportaciones de los trabajadores así como de las dependencias y organismos de la administración pública, con el objetivo de reasignar los recursos a los renglones de pensiones y servicios médicos.

Por su parte, la Ley del IMSS aprobó una disposición para que en un plazo de 10 años a partir de 1992, las reservas financieras (mínimamente el 50%) del seguro de invalidez, vejez, cesantía y muerte se inviertan en activos cuyos productos se destinen en forma exclusiva a cubrir las prestaciones del mencionado ramo.

Otras acciones realizadas en el lapso de 1988-1993 han sido la reducción de inventarios sin afectar suministros, la racionalización del crecimiento de las unidades asitenciales, el reforzamiento de la conservación y mantenimiento de las unidades existentes, el incremento de la capacidad de administración financiera de los organismos de la seguridad social y, en forma muy importante, la reestructuración de su administración con el fin de eliminar áreas innecesarias que representen un gasto elevado y un decremento en la calidad de los servicios.

Esta política de reestructuración administrativa ha permitido mejorar algunos aspectos de los servicios que prestan las instituciones de seguridad social en nuestro país. Sin embargo, existen otros rubros que siguen representando un grave problema para el sistema mencionado, que tienen que ver directamente con la calidad y la calidez de los servicios médico-asistenciales. Asimismo, las medidas instrumentadas han significado el recorte de personal que indefectiblemente pasó a formar parte de la población desempleada generando otro tipo de problemas en el orden social.

2. FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

El sistema de seguridad social en México es heterogéneo y complejo, y en él participan numerosas instituciones; sin embargo, por su peso específico son dos las que lo describen y caracterizan mayormente: el IMSS y el ISSSTE. Según José Narro[66] "entre las dos cubren 95% de la seguridad social que se presta en el país." Este sistema cubre principalmente los siguientes aspectos: a) Vejez, invalidez y muerte, b) Enfermedad y maternidad, y c) Accidentes de trabajo.

En 1991, respecto al desempleo, el Código del Trabajo señalaba que los empleadores debían pagar a los trabajadores despedidos una suma igual a tres meses de ingresos, más 20 días de ingresos por cada año de servicio. Para cubrir el rubro de asignaciones familiares el empleador pagaría 1% de la nómina hasta un tope de 10 veces el salario mínimo en el Distrito Federal por hijo en el programa de guarderías de niños. Se cubría también un subsidio de matrimonio bajo el seguro de vejez e invalidez: 25% de la pensión de invalidez, hasta 6,000 pesos (de 1991). Se requerían 150 semanas de cotización. Sin embargo, no se puede decir que la seguridad social mexicana contemple directamente estos aspectos en forma general, sino que cada organismo lo maneja en forma específica con lineamientos particulares.

Protección o cobertura

En cuanto al campo de aplicación se puede decir que el seguro **cubre básicamente** a asalariados, miembros de cooperativas de producción, agrícolas y de crédito, extendiéndose gradualmente al área rural. Por decreto, la cobertura se está ampliando a los trabajadores agrícolas, los pequeños agricultores, pequeños comerciantes, comunidades campesinas,

[66] NARRO ROBLES, J. *La seguridad social mexicana en los albores del siglo XXI. Una visión de la modemización en México.* Fondo de Cultura Económica, México, 1993. p. 8

trabajadores forestales, cooperativas industriales o comerciales, trabajadores independientes, estudiantes universitarios, miembros de la familia ocupados en empresas familiares y personal doméstico. Todas las personas no cubiertas pueden afiliarse voluntariamente. Existen regímenes especiales para trabajadores petroleros (PEMEX), y personal militar (ISSFAM)

Formas de financiamiento

Las principales fuentes de ingreso del sistema de seguridad social mexicano son: el asegurado, el empleador y el gobierno, cada uno con un porcentaje y características que a continuación se detallan*:

- Vejez, invalidez y muerte
  Asegurado: 1.75% del promedio de los ingresos (la tasa aumentará gradualmente cada año hasta el 2% en 1996)
  Empleador: 4.9% de la nómina (la tasa aumentará gradualmente cada año hasta el 5.60% en 1996)
  Gobierno: 0.3% de la nómina (Para los trabajadores afiliados por intermedio de cooperativas de producción, agrícola o de crédito, la cooperativa paga 50% y el Gobierno Federal el 50% restante del total de cotizaciones del empleador-empleado.

- Enfermedad y maternidad
  Asegurado: 3% de los ingresos
  Empleador: 8.4% de la nómina
  Gobierno: 0.6% de la nómina

- Accidentes de trabajo
  Asegurado: Ninguna
  Empleador: 0.877% a 8.75% de la nómina, según el riesgo; tasa promedio, 1.94%de la nómina
  Gobierno: Ninguna

3. PROBLEMAS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

A lo largo de varios años, los gobiernos de todo el mundo se han percatado de que la seguridad social es una de las formas más eficaces para distribuir equitativamente los beneficios que genera la riqueza social entre la población. De esta manera se posibilita la existencia de un canalizador del

* Datos de 1991

descontento social que se ha incrementado a raíz de los drásticos cambios ocurridos en la esfera económica, a nivel internacional.

En nuestro país la seguridad social funciona de la misma manera. Por esta razón, y en vista de que se ha buscado ampliar cada vez más este sistema, es necesario elaborar un recuento de los principales problemas que éste enfrenta, a fin de reforzarlo y evitar que se mantengan los vicios generados en los últimos tiempos.

Es necesario señalar que para planificar en este rubro, se requiere tomar en cuenta, además de los elementos que mencionaremos a continuación, el tamaño y dinámica de crecimiento de la población, así como sus fenómenos de concentración-dispersión y la estructura por grupos de edad, de tal forma que se puedan organizar programas y definir políticas adecuadas de extensión de cobertura, financiamiento y aplicación programática.

En los últimos años se ha intentado seguir cuatro grandes líneas estratégicas que responden a otros tantos problemas, presentes desde el surgimiento de la seguridad social en México, a saber: a) la modernización del sistema, b) la prestación de los servicios a los grupos más necesitados, c) la calidad de los servicios y d) la calidez de los mismos.[67]

En efecto, la estructura del sistema de seguridad social mexicano fue creada durante la década de los cuarentas cuando las características de la sociedad eran muy distintas de las que encontramos en la actualidad y, por lo tanto, para enfrentar los problemas que la sociedad contemporánea plantea, es necesario transformar drásticamente dicha estructura y adecuarla al momento de cambio que se vive en nuestro país.

Los modelos de financiamiento que funcionaron hasta hace poco para la seguridad social ya no son viables en este momento de nuestra historia en que están apareciendo nuevas formas económicas, así como tampoco es ya viable el tipo de administración que funcionó hasta mediados de los años setenta cuando se manifestaron en forma crítica los problemas que durante ya casi veinte años han tratado de solucionar los gobiernos que se han sucedido.

Asimismo, se requiere avanzar en la creación de nuevos seguros y prestaciones que apoyen a la población derechohabiente en circunstancias impredecibles que alteran su vida cotidiana, como es el caso del desempleo. Para ello hace

[67] NARRO ROBLES, J. *op.cit.* p 83

falta también continuar y reforzar el proceso de descentralización de los servicios, que en muchos casos se detiene en la fase de desconcentración administrativa de recursos sin lograr llegar a la fase de descentralización del poder de decisión.

Aunado a esto último, está la posibilidad de realizar una simplificación administrativa que agilice los trámites y procedimientos para acceder a la seguridad social sin que los derechohabientes se vean en la necesidad de enfrentar situaciones desagradables que obstaculizan su acceso a los servicios.

Uno de los problemas que más repercusiones sociales ha manifestado, es el de los jubilados y pensionados. Cada vez son más fuertes las demandas de este grupo poblacional que pugna por obtener mejores condiciones de vida para lo cual solicita la elevación de los ingresos que percibe. Según Narro Robles[68], esta situación se conformó a lo largo de varios años porque el sistema seguido en el seguro de retiro era de "reparto simple". Esto quiere decir que las cuotas pagadas por los trabajadores en activo se distribuían entre los que ya están retirados; dinámica que funciona siempre y cuando exista un equilibrio entre la población que está trabajando y la que ya se retiró. Es decir, que funciona cuando existe una mayoría de empresas donde la población trabajadora es joven.

Pero si observamos el patrón de estructura poblacional que impera en nuestro país, nos percataremos que cada vez más, y aunque en forma imperceptible, la tendencia a mediano y largo plazo es la de una disminución de la población en edad de trabajar y, por otro lado, un aumento de la población jubilada o pensionada de 65 años y más. Si a esto le aunamos el hecho de que nos enfrentamos a una de las peores crisis de desempleo que se han vivido en el país, a un largo período de deterioro salarial, y a un nuevo proceso productivo que se registra en la actualidad -el llamado *crecimiento sin empleo*-, se notará que no existen posibilidades reales de que la población económicamente activa, asalariada, cotice las cantidades necesarias para distribuir una pensión digna a los trabajadores retirados.

Como respuesta a este problema, se incrementaron las pensiones del IMSS del 35.7% al 90% del salario mínimo general del Distrito Federal y, en el caso del ISSSTE, se estableció que ninguna pensión puede ser inferior al salario mínimo mencionado, estableciendo la pensión promedio en más del doble del

[68] NARRO ROBLES, J. *op.cit.* p. 94-95

salario mínimo señalado. Además, se creó un nuevo seguro para el retiro denominado Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), el cual inició su funcionamiento en mayo de 1992 y que actualmente beneficia a aproximadamente 12 millones de trabajadores y reúne las siguientes características:

- Se presenta como un seguro adicional;
- A través de él se beneficia a todos los trabajadores afiliados al IMSS o al ISSSTE;
- Permite que existan incorporaciones voluntarias al sistema, o que se puedan efectuar depósitos adicionales a los marcados por la Ley;
- La cuota de este seguro es equivalente al 2% del salario base de cotización y queda a cargo del patrón;
- Se eleva el límite superior del salario base de cotización a 25 salarios mínimos, lo que supera el previsto en la legislación, que era de 10 veces;
- Con los recursos del seguro de retiro, se abren cuentas individuales a nombre de cada uno de los trabajadores en las instituciones de crédito del país;
- Se incorpora a la cuenta la aportación que por concepto de INFONAVIT se debe hacer para cada trabajador. Esto significa que la cuenta en realidad recibe 7% del salario mensual;
- Los depósitos existentes en cada cuenta generan intereses a una tasa real que no puede ser menor a 2% anual, efectuando los cálculos necesarios conforme al Indice Nacional de Precios al Consumidor;
- Los fondos disponibles en la cuenta del trabajador pueden retirarse en su totalidad bajo tres circunstancias: cuando el mismo cumple 65 años: cuando recibe una pensión del IMSS; y a través de sus beneficiarios, en caso de muerte del trabajador.
- La Ley prevé la posibilidad de un retiro parcial de hasta 10% en caso de cesantía; y
- Los fondos que se depositan en las cuentas, así como los intereses que generan, están exentos del impuesto sobre la renta.

Otro de los problemas que enfrenta la seguridad social es el relativo a la atención de los grupos más desprotegidos. Esta atención se ha realizado por medio del programa IMSS-Solidaridad, cuyos resultados fueron ejemplares en un comienzo, aunque en los últimos años han disminuido en forma importante hasta llegar a carecer de personal e insumos necesarios para hacer funcionar su infraestructura. Otro problema de este sistema es que, aunque se plantean actividades de fomento a la salud, prevención y

organización de la comunidad, en realidad se ha centrado en la atención médica-asistencial intramuros que, como lo han demostrado distintas experiencias, es infructuosa en las zonas geográficas y culturales en que se desarrollan este tipo de programas.

Por su parte, el ISSSTE ha apoyado a los trabajadores del Estado y sus familias con diversas prestaciones económicas y sociales que contribuyen a su bienestar y su salud. Entre estas acciones se ha incrementado y mejorado el sistema crediticio, las acciones culturales, deportivas, de capacitación, así como los servicios de guarderías, turismo social y servicios funerarios; los sistemas de tiendas y farmacias también han reforzado sus esfuerzos para beneficiar el presupuesto familiar de los afiliados.

Por último, no deja de impactar el hecho de que son todavía muchas las quejas recibidas por los servicios médicos del IMSS y el ISSSTE, debido a la **falta de calidad** profesional de una parte de su personal, ya sea administrativo, médico o auxiliar, que por negligencia o incapacidad propician accidentes irreparables que dejan graves secuelas en los pacientes y en muchos casos causan la muerte de quienes llegan a estos servicios. Basta con echar un vistazo a los informes de la Comisión Nacional de Derechos Humanos para percatarse de esta situación tan alarmante.

La otra situación que se debe atender rápidamente, se refiere a la falta de calidez de dichos servicios, que en su afán de reportar altas estadísticas de atención para mostrar su "productividad", olvidan que tienen ante sí seres humanos que acuden en busca de ayuda y apoyo profesional para solucionar los problemas que les aquejan. Trabajadores que, además, son personas que cotizan a las instituciones para recibir este servicio, por lo que merecen un trato humano y altamente profesional.

Son estos algunos problemas que presenta la seguridad social en México, además de la incapacidad de ofrecer este beneficio en forma universal, lo que nos coloca en situación desfavorable con respecto de algunos países como Inglaterra y Canadá donde toda la población se encuentra protegida por este sistema. Asimismo, la inexistencia de un seguro de desempleo nos obligará a revisar nuestra legislación con respecto a este rubro, en comparación con la de Estados Unidos y Canadá que sí lo contemplan, operación necesaria en vista del Tratado comercial que inició en enero de 1994. Es muy importante mencionar, sin embargo, la existencia de una problemática estructural que engloba y afecta a la seguridad social en México, que de no avanzar en su solución, cualquier esfuerzo sectorial será infructuoso.

CAPITULO III

BENEFICENCIA Y BIENESTAR: UNA APROXIMACION GLOBAL A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA DEL NORTE

El hecho de confrontar los sistemas de Seguridad Social de Estados Unidos, Canadá y México entraña un doble riesgo: el que se equiparen en algunos aspectos los distintos sistemas de seguridad, analizándolos como entes autónomos y separados de sus contextos nacionales e históricos, corriendo el riesgo de malinterpretar o tergiversar la información y, por lo tanto, la realidad. Por otro lado, lo contrario: el peligro de negar cualquier posibilidad de semejanza, con su respectiva aplicación y compatibilidad con otros sistemas de Seguridad Social, lo que obstaculizaría la búsqueda de modelos estándares que, en determinadas situaciones, pueden coadyuvar al mejoramiento de los tres sistemas.

Metodológicamente se corre el riesgo de que, ante la inmensa cantidad de información que puede llegar a acumularse para la elaboración de un escrito en tan especial coyuntura de apertura comercial e instauración de nuevos modelos de desarrollo y organización social, el análisis se desvíe o desvirtúe debido a un mal manejo de la información o a una estructura inadecuada para realizar la investigación.

Comúnmente los estudios de seguridad social se centran en tres aspectos: acceso, calidad y costo de los servicios. Si bien estos tres elementos aparecen como muy técnicos, el hecho de elegirlos se debe a razones de orden metodológico:

Por una parte el acceso, el costo y la calidad son los elementos que, combinados, aparentemente pueden definir el nivel de un "buen funcionamiento" de un sistema de Seguridad Social a nivel general; es por ello que la mayoría de los estudios comparativos giran en torno a dichos elementos, a más que facilita la elaboración y la comprensión del escrito.

Por otra parte evita que la investigación se disperse. Al concentrar la atención en tres asuntos, se deja de lado la exhaustiva información que, si bien es necesaria, puede desviar la orientación de toda la investigación.

Generalmente, los estudios comparativos se elaboran a partir de indicadores específicos, con el objeto de confrontar distintos esquemas, experiencias, modelos, etc., sobre la base de un trasfondo general que se presupone y una estructura de razonamientos establecida.

Este, sin embargo, no es un estudio comparativo. En un análisis como el que ahora nos ocupa, tomando en cuenta las múltiples transformaciones que se observan a nivel mundial desde fines de la década de 1980, así como los rebrotes de violencia acaecidos en México al iniciar el año de 1994 -que muestran abiertamente el ritmo acelerado de los cambios y la instauración de nuevos paradigmas- no es posible, de ninguna manera, asumir trasfondos generales supuestos con anterioridad, ni estructuras de pensamiento totalmente establecidas.

Es por ello que a una pretendida comparación que a veces parece incompatible con los límites que la realidad impone, se le debe agregar un análisis breve y preciso de las multideterminaciones que conforman la problemática, en este caso, de la seguridad social en América del Norte.

En el contexto de un difícil año político (1994), es necesario dejar de lado las apologías sexenales y, sin restar mérito alguno a los logros de los distintos gobiernos, atender con prontitud, eficacia y compromiso las tareas que a largo plazo hoy se le imponen al país. En este sentido el estudio sistemático y delicado es esencial para prevenir cualquier contratiempo que pudiese aparecer; además, es necesario rechazar cualquier receta que no haya sido evaluada con cuidado antes de su aplicación.

Lo único que puede revelar una comparación de los sistemas de Seguridad Social entre países tan disímbolos como Canadá, Estados Unidos y México, es la existencia de profundas diferencias que el análisis comparativo corrobora sobre una serie de obvias suposiciones elaboradas con anterioridad por especialistas y por el público en general.

Es importante resaltar que dichas diferencias se estructuran de manera asimétrica de acuerdo con las condicionantes y multideterminaciones que las engendran. No existen, en los esquemas de comprensión sociológica, las determinaciones lineales ni las explicaciones totalizadoras, mucho menos en

un momento en que la ruptura de los paradigmas y dogmas que hasta hoy se manejaban constituye un hecho en todos los campos del conocimiento, a tal grado que los planteamientos actuales del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Banco Mundial hubiesen sido considerados como subversivos 20 ó 30 años atrás.

Los nuevos planteamientos sobre Desarrollo Humano, Democracia, Derechos Humanos, Desarrollo Sustentable y Administración Ambiental, entre otros, son el nuevo marco que engloba a la mayoría de las actividades humanas; a lo cual no escapan los sistemas de Seguridad Social como parte esencial del desarrollo humano, de la ampliación democrática de las sociedades, del ejercicio pleno de los derechos humanos y, en fin, como parte fundamental del desempeño del hombre como un ser integral.

Por todo lo anterior el manejo del concepto, el ejercicio y el sistema de la Seguridad Social deben empezar a cambiar desde ahora para preparar a la sociedad a una nueva etapa de su propio desenvolvimiento.

ASPECTOS HISTORICO-SOCIALES

El contexto histórico que acompañó el surgimiento de los regímenes de Seguridad Social en los tres países es un aspecto fundamental para entender las diferencias que entre ellos presentan. Por un lado, es necesario señalar que **en los tres casos dichos sistemas de Seguridad Social aparecieron estrechamente vinculados a la economía**, lo que evidencia la importancia que representa la Seguridad Social para cualquier modelo de desarrollo económico-social.

En el caso de Canadá y México, los orígenes de la Seguridad Social pueden remontarse, como ya vimos en los capítulos anteriores, al siglo XIX, es decir, a la época en que las grandes epidemias de enfermedades infectocontagiosas entorpecían las posibilidades de conformación de estados nacionales, por lo que fue necesario que el Estado incidiera con acciones de salud que básicamente eran de dos tipos: de salubridad pública (atención a colectividades) y de asistencia médica (atención individual).

En el caso de **Canadá**, las acciones más importantes recayeron sobre la asistencia médica, pero **el punto de diferencia** básico entre los tres sistemas de Seguridad Social, se refiere al hecho de que **en este país, no fue propiamente el Estado quien se encargó de abordar y proponer la solución a los problemas de salud** que aquejaban a los granjeros, sino que

fueron los propios granjeros quienes lograron aprovechar la organización para el trabajo con que contaban, a favor de su propia salud.

Esta diferencia es de tipo estructural. Con esto se pretende llamar la atención sobre el hecho de que el desarrollo que ha tenido la Seguridad Social en Canadá, si bien con posterioridad fue asumida y aprovechada por el Estado, no ha dependido directamente de éste, sino de la propia población, es decir, de los ciudadanos comunes. Esta ventaja es insuperable puesto que el poder de decisión respecto del rumbo que debe tomar la Seguridad Social canadiense, pertenece casi por entero a los usuarios. ¿Y sobre qué radica este poder de la población sobre su sistema de seguridad social?; básicamente sobre el hecho de que fueron ellos quienes decidieron cuándo y cómo pagar para que alguien se hiciera cargo de sus enfermedades.

Es evidente que en México y en Estados Unidos, el proceso de instauración de la seguridad social no corrió con la misma suerte. En el caso de México, el Estado abordó principalmente el problema epidémico desde la salubridad pública, y no fue sino hasta 1910 que se inició, institucionalmente hablando, una tendencia estatal dirigida específicamente a la asistencia médica hospitalaria.

La necesidad de seguridad social se fue haciendo presente de diversas maneras, aunque nunca en forma explícita, ya que en las demandas de los trabajadores se solicitaba expresamente asistencia médica y mejoras salariales. Los hombres del gobierno interpretaron estas demandas y decidieron proponer la creación de un sistema de Seguridad Social que aunque pretendía mejorar la calidad de vida de la población trabajadora, se encontró con serios obstáculos para que esta población aceptara su implantación; es decir, estamos hablando de que en nuestro país la seguridad social fue una decisión ajena a la población, y por lo tanto, no hubo un consenso para su instauración por parte del Estado, ya que no hubo tampoco consultas de ningún tipo con los destinatarios del sistema. Muy diferente el caso de Canadá, que empezó satisfaciendo la demanda de un médico que curara a la población y con los años devino el sistema de Seguridad Social más completo y eficaz del mundo.

En el caso de Estados Unidos la seguridad social fue también una imposición que surgió como solución a los problemas que enfrentó este país durante el llamado *"Crack del 29"*. Sin embargo existe en ese país una diferencia con respecto a México y Canadá. Ésta se refiere a que en Estados Unidos la seguridad social no tiene que ver directamente con la asistencia médica, sino

con paliar las consecuencias de la crisis económica que afecta a la población; básicamente la población que ya no es económicamente productiva: los ancianos, los inválidos y los beneficiarios sobrevivientes, en caso de la muerte del trabajador.

La atención de este grupo poblacional es muy importante porque implica volver la mirada hacia un gran número de personas que ya participaron en el desarrollo económico de un país y que físicamente ya no pueden hacerlo. Sin embargo esto conlleva el problema de que se requiere un porcentaje siempre mayor de la población económicamente activa, de tal forma que la riqueza obtenida por ésta pague los servicios que se le otorgan a la población que ya no es productiva (es decir, que ya no cuenta con un trabajo asalariado).

El problema que enfrenta Estados Unidos -y de alguna manera también México-, es que la población productiva está descendiendo debido a la crisis económica que atraviesa, y por otro lado, la excesiva concentración de los ingresos en unas pocas manos impide la redistribución de éstos en beneficio de la sociedad. Es decir, no se ha logrado que quienes ganan más, paguen más impuestos, como es el caso de Canadá, en donde además las aportaciones para los planes de pensión, son deducibles del impuesto sobre la renta y de esta manera se estimulan los ingresos para financiar su sistema de cobertura universal. Por otra parte, quienes nunca tuvieron oportunidad de cotizar para su seguro de vejez o enfermedad, porque de una u otra manera están o estuvieron al margen de la actividad productiva, se encuentran relativa o totalmente desprotegidos.

En el caso de Canadá, por ejemplo, **la prestación social universal** son los **servicios médicos**. Que exista la posibilidad de la cobertura universal en este país, nos remite al origen de este sistema de seguridad social, que como ya vimos no es igual al de los otros dos países. **En el caso de México y Estados Unidos, la seguridad social no está planteada como una prestación social universal, sino sujeta a las relaciones laborales del trabajador.** Es decir, si se cuenta con un trabajo asalariado, la población estará asegurada y por lo tanto gozará tanto de servicios médicos como de los programas de pensiones y otras prestaciones sociales.

En este sentido, México y Estados Unidos se encuentran en desventaja con Canadá, pues una de las principales demandas sociales en estos países es que se extiendan los beneficios de la seguridad social a toda la población. Esta demanda puede verse como imposible en términos financieros, debido principalmente a que se depende directamente de la fortaleza de la economía,

así como de la cantidad de población que cuente con un trabajo asalariado y que por ende, realice sus aportaciones a la Hacienda Pública de donde se toman los fondos para estos sistemas. Sin embargo, como podemos concluir después de lo expuesto en el capítulo II, no existe una relación directa entre gasto para el bienestar y el bienestar mismo de la población; en otras palabras: **no existe una relación directa entre crecimiento económico y niveles de salud y seguridad social de la población.**

Si bien Canadá supera con mucho a México y Estados Unidos en este sentido, también es cierto que actualmente Canadá sufre problemas para financiar en su totalidad las prestaciones de la Seguridad Social. Sin embargo, el hecho de que la población, a través de sus provincias, costea en su mayor porcentaje los servicios médicos, ha posibilitado que este beneficio se mantenga casi sin alteraciones para toda la población, asalariada o no, aunque sí han disminuído otros beneficios en los ramos de pensiones y prestaciones.

Los problemas de financiamiento que afectan a los tres países, como hemos visto, no tienen las mismas repercusiones, ya que en Estados Unidos, por ejemplo, se observa cada vez más una disminución de la población asegurada, así como también de la población con derecho a los servicios médicos completos, mientras que en México se observa un crecimiento relativo a costa de una severa disminución en la calidad de los servicios y prestaciones que se ofrecen.

Algunos indicadores

Para darle simplemente fuerza a una situación por lo demás evidente, el siguiente cuadro nos muestra algunas cifras extraidas del Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993[69], que se titula Invertir en Salud, publicado por el Banco Mundial, donde se observa que el gasto para el sector es 6.5 veces mayor en Canadá que en México y 90 veces mayor en los Estados Unidos que en nuestro país. Asimismo, el gasto per cápita es 22 veces mayor en Canadá y 31 veces mayor en los Estados Unidos que en México.

[69] *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud.* Indicadores del Desarrollo Mundial. BIRF, Banco Mundial, Washington, D.C. 1993. 335 pp. p. 216-217

Cuadro 1.
Gasto en salud y flujos totales de asistencia externa para salud

PAIS	Gasto total en salud (dólares al tipo de cambio oficial) (millones 1990)	Per cápita
MEXICO	7,648	89
ESTADOS UNIDOS	690,667	2,763
CANADA	51,594	1,945

Por otro lado, hacia 1990 el Gasto en Salud como porcentaje del Producto Interno Bruto se presentaba de la siguiente manera:

Cuadro 2.
Gasto en salud. 1990
(Porcentaje del PIB)

PAIS	Total 1990	Sector Público	Sector Privado
MEXICO	3.2	1.6	1.6
ESTADOS UNIDOS	12.7	5.6	7.0
CANADA	9.1	6.8	2.4

En asistencia para el desarrollo destinada a la salud, evidentemente, ni Estados Unidos ni Canadá recibieron apoyo alguno; por su parte, México recibió 65 millones de dólares en 1990.

Las siguientes cifras forman parte también de indicadores de salud[70]:

Cuadro 3.
Algunos indicadores de salud
1985-1990

PAIS	Médicos por cada 1000 hab.	Coeficiente enfermeros-médicos	Camas de hospital por cada 1000 hab.
MEXICO	0.54	0.8	1.3
ESTADOS UNIDOS	2.38	2.8	5.3
CANADA	2.22	4.7	16.1*

* el porcentaje más alto del mundo, seguido por Japón con 15.9

[70] *Ibid.* p.70 214-215

ASPECTOS FILOSOFICOS

Eran evidentes, aún antes del inicio del estudio de los sistemas de Seguridad Social, las inmensas disparidades y asimetrías que se presentan en este rubro entre los tres países de América del Norte (Canadá, México y Estados Unidos), no sólo en lo estrictamente relativo a dichos sistemas, sino inclusive a las bases económicas, sociales, políticas y culturales que los sustentan.

El origen social, histórico y filosófico de los sistemas es esencial para comprender su evolución posterior y su funcionamiento actual. Desgraciadamente, la mayoría de los estudios abordan el tema "científicamente", utilizando indicadores factibles de medirse, dentro de los cuales no entran, desde luego, explicaciones del tipo de las que aquí se hacen. La comprensión de estos orígenes pasa obligadamente por dos conceptos que aparentemente son complementarios pero que, sin embargo, son esencialmente opuestos: *la beneficencia y el bienestar.*

La **beneficencia** constituye, por antonomasia, un paliativo para situaciones de emergencia o de relativa urgencia social; por lo mismo, la beneficencia no constituye un derecho sino una actitud de un Estado o institución que se relaciona directamente con el grado de preocupación por los pobres y necesitados en un momento determinado. En tal sentido la beneficencia tiene una duración limitada, por lo regular muy corta, cuyos beneficios se consumen o se agotan de manera casi inmediata en la mayoría de las situaciones que se dan en la relación entre el individuo y la institución, provocando insatisfacción en los individuos necesitados y malestar en algunos grupos del resto de la población, que miran con recelo a los necesitados, quienes reciben "beneficios" sin un esfuerzo aparente. Podemos decir, entonces, que la beneficencia es *paliativa, temporal, subjetiva, no obligatoria y causa malestar social en ciertos grupos.*

El **bienestar**, por el contrario, es una conditio sine qua non para el desarrollo armónico de una sociedad, porque constituye un derecho del ser humano establecido a nivel internacional, es decir, legislado y por tanto obligatorio; además, debe ser entendido como una condición permanente en la vida del individuo, que no está sujeta a la consideración subjetiva de gobierno o institución alguna y, por lo mismo, promueve estados de ánimo social positivos. Se puede decir, por lo tanto, que el bienestar es *estructural, permanente, independiente, obligatorio y promueve un ánimo social positivo.*

La beneficencia únicamente se puede producir ahí, donde existe ausencia de bienestar, lo que significa ausencia del ejercicio de ciertos derechos humanos elementales, de acuerdo con la Declaración Universal de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas de 1948, que en su artículo 25 anota:

"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, a la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad".[71]

Asimismo, en lo referente a la Seguridad Social, el artículo 22 señala:

"Toda persona, como miembro de la sociedad tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad".[72]

La conclusión es simple: ahí donde no hay bienestar hay beneficencia; y ahí donde hay beneficencia, no se ejercen plenamente los derechos humanos.

No se discute aquí la labor de tal o cual institución en México, Canadá o Estados Unidos, sino una apreciación general de los sistemas de seguridad social como parte de un sistema global de bienestar social. Podemos apuntar que, a decir de los numerosos análisis y observaciones de los tres sistemas, el sistema de seguridad social en Canadá es de bienestar, el de Estados Unidos es de beneficencia y el de México es una combinación de ambos.

Evidentemente el nivel de interrelación de cada uno de los elementos en la filosofía de la seguridad social se desprende de la multiplicidad de factores que operan en dicho campo desde el Estado y desde la Iniciativa Privada. Desde luego que beneficencia y bienestar, aunque contrarios, no son excluyentes, pero el mayor peso de uno de los factores sí define la orientación filosófica, económica y productiva de uno u otro sistema de seguridad social, mismos que son producto, a su vez, de otros factores previos que ya hemos mencionado. En el caso de México es donde se observa más claramente esta interacción entre los dos conceptos opuestos.

[71] *Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948.* Organización de Naciones Unidas.
[72] *Ibidem*

En Canadá, por ejemplo, el hecho de la existencia de una cobertura y el acceso universal y obligatorio para todo ciudadano, así como los acuerdos con el sector privado relativo al límite impuesto a los seguros y las pláticas con los médicos que permiten establecer un servicio de calidad y homogéneo en toda la nación, expresan claramente la filosofía de bienestar que permea a la sociedad canadiense.

En Estados Unidos, por el contrario, el sistema de seguridad social es excluyente, ya que ignora a las porciones de población que no están incorporadas a la estructura productiva y sólo las atiende cuando se encuentran en condiciones de emergencia. La ayuda se canaliza con la idea de que el individuo salga de esa situación atentatoria para su bienestar, pero no procura hacer cambiar tal situación y conseguir el bienestar permanente, sino que se orienta a los grupos más vulnerables y desprotegidos *(Medicaid, Medicare)*, dejando a su suerte al resto de la población. La filosofía que maneja el sistema de seguridad social en Estados Unidos es, básicamente, de beneficencia.

Algunas consideraciones acerca de la homologación de Sistemas de Seguridad Social y Salud en América del Norte

Se han hecho muchas descripciones que muestran las virtudes y los vicios, las ventajas y desventajas, los beneficios y los obstáculos que presentan y se le presentan a cada uno de los sistemas de Seguridad Social en América del Norte. Sin embargo, de dichas descripciones se han desprendido pocas lecciones que puedan fortalecer el funcionamiento de la Seguridad Social; lo más recurrente es hablar de la implantación de lo mejor de cada uno de los sistemas en los tres países; ello sin considerar las muchas características que originan, crean y condicionan a los mismos sistemas. Respecto a ello insistimos una vez más: *los Sistemas de Seguridad Social son instituciones y procesos originados y sustentados en lo más profundo de la estructura económica, política, social y cultural de una Nación.*

Según lo anterior, se podría alegar que los sistemas de Seguridad Social, entonces, están históricamente determinados y, por ello, son intransferibles por antonomasia. Aunque esto es cierto en gran medida, es falso que no puedan tomarse experiencias de otros países, las cuales deberán adaptarse a las condiciones propias de cada nación. Para llevar a cabo en México este proceso de adaptación de modelos extranjeros que hayan probado su éxito en la solución de problemas referentes a la Seguridad Social, se requieren las siguientes condiciones:

1) **Planificación.** Un sistema de Seguridad Social planificado, que pueda anticiparse dentro de lo posible a los desafíos futuros.

2) **Infraestructura y Desarrollo Humano.** Tener conciencia de la importancia que otros factores juegan en el desempeño exitoso de un sistema de Seguridad Social, ello está estrechamente relacionado con el problema de la Infraestructura, en particular de la Infraestructura Sanitaria y de la búsqueda del llamado Índice de Desarrollo Humano.

3) **Bienestar y Eficiencia.** Entender y hacer coincidir en lo posible el desarrollo de los sistemas de Seguridad Social con el bienestar de la población, así como con la producción y las necesidades económicas que requiera la nación, tratando de alcanzar los niveles de productividad y competitividad que hoy se necesitan para enfrentar los procesos del comercio internacional.

4) **Compromiso Social.** Impulsar transformaciones en el campo de las relaciones sociales, que fortalezcan la ampliación de la Seguridad Social así como sus beneficios a capas cada vez más amplias de población.

Estos procesos son complejos, laboriosos y casi siempre de largo plazo; además, por lo general afectan diversos intereses de grupos políticos y económicos, a la vez que se desatienden, muchas veces, los intereses de otros grupos. Es por ello que podríamos concluir que *los Sistemas de Seguridad Social en América del Norte no deben, porque no pueden, ser homologados.* Más bien, la tendencia deberá orientarse hacia nuevos tipos de relación en donde exista mayor interacción entre ellos.

En los hechos, sin embargo, algunos aspectos tenderán a homologarse, más por deformación o costumbre, que como resultado del análisis y la planificación; más por negocio o necesidad, que por una verdadera vocación de servicio al público usuario. En este sentido, el sistema mexicano de Seguridad Social y sus instancias directivas deben estar alertas ya que, históricamente, nuestro país es el más propenso a recibir y aceptar sin ningún cuestionamiento la poderosa influencia de sus vecinos del Norte, a lo que habrá que enfrentarse con atención para no depositar en manos ajenas las tareas y funciones de este importante elemento de la política social nacional, legado de nuestra historia y nuestra cultura.

MEXICO:
Posibles alternativas de solución viables en corto y mediano plazo

Si tomamos en cuenta los factores que hemos mencionado: Planificación, Infraestructura y Desarrollo Humano, Bienestar y Eficiencia, y Compromiso Social, podremos abordar brevemente algunos problemas evidentes y plantear soluciones viables que puedan hacerse operativas en el corto o mediano plazo.

Planificación.
- Deben abandonarse las prácticas políticas sexenales que rompen la continuidad de los proyectos y elaborarse un programa preestablecido interinstitucional, para el corto y mediano plazo; es decir, para los próximos cinco, diez y hasta veinticinco años. Este programa deberá contemplar la cobertura de necesidades de los sectores que más lo necesitan, por lo que se requiere de la participación directa y efectiva de éstos en la elaboración de dicho programa, el cual deberá ser congruente con el resto de las políticas de desarrollo nacional, sobre todo en lo económico (TLC) y lo social.

Es importante hacer notar que, al referirnos a los sectores que más lo necesitan, no nos referimos a los más pobres o desprotegidos dentro de la sociedad mexicana, sino a aquellos grupos o sectores que requieren de atención especial para impulsar el desarrollo nacional. *Los sectores, que se encuentran en pobreza extrema gozarán, necesariamente, de una atención inmediata, suficiente y eficiente que estará contemplada en esta Planificación.*

Infraestructura y Desarrollo Humano.
- Se deben impulsar las obras de infraestructura básicas para asegurar el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, esto es: agua potable, alcantarillado, luz, energía, pavimentación, escuelas, sistemas de abasto de productos básicos; para lo cual las instituciones públicas o privadas o los gobiernos nacionales, regionales o locales deberán apoyarse en el trabajo voluntario de la comunidad, asegurándose siempre de que se trate de obras necesarias para la población y viables técnica y financieramente hablando, que no afecten el entorno ambiental y que no acarreen problemas en el futuro.

- Puede manejarse un enfoque empresarial en la creación de infraestructura, ya que la misma debe verse como una inversión y no como un gasto.

Bienestar y Eficiencia.

- El bienestar, como ya se dijo, debe ser de carácter estructural, es decir permanente, independiente, obligatorio y promover un ánimo social positivo en todos los sectores de la población y no solamente en los directamente beneficiados. Es importante señalar que programas como *Solidaridad*, corren el peligro de convertirse en beneficencia, si no se manejan con responsabilidad, compromiso social, planificación y una adecuada administración.

- La eficiencia sólo se logrará con procesos progresivos de *desburocratización* de las instituciones de Seguridad Social y Salud, procesos de descentralización ahí donde se necesite, fortalecimiento de la centralización cuando sea necesaria, así como administración de recursos de acuerdo a los programas y planes que ya se establecieron, con el objetivo de hacer más competitivas y productivas a tales instituciones. Es muy ilustrativo ese dicho que anota: *elevar la productividad no es trabajar más, sino mejor.*

- Para alcanzar la eficiencia se debe poseer, asimismo, un elevado espíritu de permisividad para la experimentación, el ingenio y la imaginación ahí donde las condiciones lo requieran, porque de otra manera el plan o programa podría funcionar, en un momento dado, como camisa de fuerza para un verdadero desenvolvimiento del sector.

Compromiso Social.

- El aporte de todos los grupos y sectores de la sociedad es esencial para llevar a cabo este proyecto en la seguridad social. Las estructuras políticas y sociales del país necesitan de una transformación que permita un impulso a todas estas iniciativas; esa transformación debe basarse en la creación de espacios democráticos de participación en la solución de los mismos problemas de la sociedad a nivel nacional, regional y local; atención de prioridades preestablecidas y, sobre todo, una distribución equitativa de los ingresos de la nación. Así, el problema de la Seguridad Social en México, se transforma, en última instancia, en un problema de índole político respecto al modo en que se reparte la riqueza, el crecimiento y el desarrollo en este país.

En otras palabras, existen posibilidades reales de transformar el panorama que tenemos ante nuestros ojos. Claro que el esfuerzo que implica el logro de este sueño, no corresponde del todo, como hemos visto, a las estructuras institucionales creadas y de hecho, propiciará nuevas formas de organización para la salud y la seguridad social. La función principal de nuestras instituciones actuales es la obligación de abrir y respetar los espacios para proyectos

nuevos. Este respeto quiere decir permitir el control de todos los procesos administrativos a las instancias organizadoras, en otras palabras, implica la descentralización política de hecho, no de discurso.

Las ventajas que se podrían tener permitiendo nuevas formas de organización para la salud y la seguridad social serían en términos de cobertura, financiamiento y calidad en el otorgamiento de estos servicios y prestaciones. Además responderían a los cambios que se están viviendo en el mundo y que implican la reestructuración o desaparición de las viejas estructuras para posibilitar el nacimiento de otras diferentes.

Con esto no se quiere decir que se tenga que atentar contra la ley y el orden nacionales, sino precisamente lo contrario, a saber, que en la medida en que la gente cuente con la posibilidad de solucionar por sus propios medios, y con el apoyo del Estado, los problemas que en estos rubros se presenten, existen menos riesgos de enfrentar el resurgimiento de movimientos de inconformidad social que pongan en peligro la totalidad de un proyecto nacional.

Un elemento fundamental para llevar a cabo los cambios que requiere el país, se basa en el fomento y respeto de **la diferencia**. Es decir, si partimos de un proceso de descentralización política de la salud y la seguridad social, nos estaremos refiriendo a **permitir a cada estado la posibilidad de organizarse** de acuerdo a sus posibilidades, **pero** a su vez, **cada estado se subdivide en municipios o en zonas económicas y/o culturales** que por lo general no se toman en cuenta a nivel central para planear y normar en salud y seguridad social. Estas regiones, desconocidas generalmente por los encargados de tomar decisiones sobre los rumbos de la nación, cuentan con diferencias que a veces son sutiles y a veces muy evidentes por los contrastes que implican; pues bien, la regionalización implica el reconocimiento de que, debido a estas diferencias, una medida puede ser adecuada para una región pero no para las que conforman el resto del país.

Ejemplos de esta situación se presentan todos los días: campañas contra la caries en lugares donde la incidencia de afecciones de este tipo es nula o muy baja; campañas para el uso racional del agua en lugares donde se carece del vital líquido; duplicación y a veces triplicación de actividades en una misma región (v.gr. vacunación) y abandono de otras; construcción de Centros de Salud en lugares donde las necesidades sentidas de la población son de guarderías, farmacias populares o centros deportivos, etc.

Esta apertura de espacios contempla también a la Iniciativa Privada, la cual, al igual que otras organizaciones sociales se sujetará a leyes y lineamientos generales para evitar las sorpresas y los abusos en contra de la sociedad, pero contará con la posibilidad de instrumentar creativamente modelos que apoyen a la extensión de la seguridad social y la atención médica de manera que la responsabilidad de éstos sea de toda la población y no sólo del Estado.

Debido quizá a la cercanía con Estados Unidos y al hecho de que durante muchos años el modelo médico que allí se desarrolló fue el ejemplo para el resto del mundo, nuestro país reprodujo parcialmente el modelo de atención médica y con ello adquirió también sus problemas. Es hora ya de reflexionar seriamente sobre los problemas y de buscarles soluciones acordes a la idiosincrasia de nuestra gente y no tratar de repetir soluciones pensadas para otros pueblos que muchas veces generan más problemas que ventajas.

Es hora también de darle paso a la diversidad de formas tradicionales que tienen los pueblos y grupos étnicos de nuestro país para buscar su bienestar social y su salud. Aprendamos a usar la alta tecnología allí donde es posible usarla porque se plantea como una necesidad sentida de la población, pero también aprendamos a no despreciar tecnologías alternativas en los lugares donde culturalmente es imposible introducir la *high tech*. Evidentemente esta tarea requiere de una reeducación de nuestros mandos directivos y medios, así como de los profesionistas y técnicos encargados de instrumentar los planes y programas de salud y seguridad social, quienes, por lo general, se muestran apáticos e incluso molestos cuando se les menciona la necesidad de trabajar en otra realidad diferente de la suya. Es decir, debemos aprender y es nuestra obligación enseñar a todos los mexicanos, que existen muchas y muy distintas realidades sociales coexistiendo todas juntas dentro del gran país que es México.

Por último, mencionaremos que en virtud de la situación que enfrenta el sistema de Seguridad Social, se están realizando esfuerzos para contribuir a la búsqueda de soluciones eficaces y plausibles de realizar. En esta búsqueda debemos recordar siempre el enfoque que en junio de 1994 tuvieron diversos especialistas al referirse al mejoramiento del desarrollo de los sistemas nacionales de salud:

"Existe un vínculo muy profundo entre la salud y la economía. En estos momentos muchos países están promoviendo reformas muy importantes en sus sistemas de salud. Esto obedece a la creciente importancia que tiene la salud en el funcionamiento adecuado de la economía: por sus efectos en la

calidad del capital humano, por su contribución a la igualdad de oportunidades, a la reducción de la pobreza y a la elevación del bienestar".[73]

Anotaciones acerca del desarrollo humano y el entorno internacional

Una de las conclusiones más significativas que podemos obtener es que la *estructura productiva no puede ser competitiva ni eficaz sin un adecuado sistema de Seguridad Social*; a lo cual habría que agregar que *no existe una relación directa entre crecimiento económico y Seguridad Social*, como lo demuestra el hecho de que Estados Unidos, el país que más gasta en Seguridad Social, no posee un esquema de cobertura total para su población, a más que margina a millones de ciudadanos.

En medio de este marco de soluciones, debe anotarse que la Fundación Mexicana para la Salud emprendió en agosto de 1993 un ambicioso estudio titulado *Economía y salud* que tiene como intención analizar cuantitativa y cualitativamente las condiciones de salud en México, para diseñar opciones estratégicas para lograr un mejor desarrollo del sistema de salud mexicano basado en los propósitos de *equidad, calidad y eficiencia.*[74]

Aquí es muy importante señalar el enfoque conceptual que se le da a los elementos de la salud, que deberían privar también en la Seguridad Social: de la tríada *costo, acceso y calidad*, en el segundo grupo permanece la calidad, se sustituye el costo por la eficiencia y, por último, se sustituye el término acceso por el de equidad. Ello implica que la búsqueda de alta calidad en la atención se mantiene presente, a la vez que se incluye la eficiencia, pues resulta que muchas veces la alta calidad no se deriva en eficiencia en la atención; por otra parte, al sustituir equidad por acceso, se deduce que el mismo será totalmente equitativo. Por último, el no tomar en cuenta el costo como una de las premisas, implica que deben perseguirse tales condiciones sin importar el costo económico, ya que el resultado social será mucho más rentable en el largo plazo, debido a que una orientación adecuada del financiamiento de los servicios de salud bajaría notablemente los costos que hoy se registran.

En el acelerado proceso de transición que está viviendo México, puede predecirse un aumento explosivo en la demanda de servicios de Seguridad

[73] *Se busca mejorar el desarrollo de los sistemas nacionales de salud.* La Jornada, lunes 27 de junio de 1994. p. 24.
[74] *Ibidem*

Social, en el que el rápido proceso de envejecimiento de la población así como el proceso de cambio epidemiológico operan como fuertes presiones sobre la estructura de Seguridad Social. Este cambio, sin embargo, no es un cambio en donde los nuevos problemas sustituyen a los viejos, sino donde los nuevos problemas se sobreponen a los viejos. Sin haber resuelto del todo los viejos problemas de las infecciones comunes y de la desnutrición, ahora se precipitan nuevos problemas de enfermedades no transmisibles y por lesiones.[75]

En años recientes los conceptos de la humanidad respecto a Desarrollo Social, han evolucionado rápidamente. La idea de una legislación y un derecho internacional que rijan ese aspecto de la vida del ser humano, cobran fuerza y amplitud conforme el tiempo pasa, al tiempo que se amplían las ideas de libertad democrática y se restringe la esfera de acción de las ideologías y regímenes totalitarios.

La otra cara de este desenvolvimiento, lo constituye el lado oscuro: la desnutrición, la muerte prematura, el analfabetismo, la guerra, la falta de acceso a servicios básicos, el hambre, la enfermedad y, como un manto que todo lo envuelve, la pobreza extrema.

Curioso, encontrar este tipo de paradojas en un mundo que supuestamente avanza hacia el bienestar de toda su población. Por ello, no se debe dejar de lado el asunto de la Seguridad Social descontextualizado del entorno que impulsa el Desarrollo Social; por ello, la Seguridad Social debe articularse con un enfoque global que permita un desempeño eficaz y eficiente capaz de aliviar, en la medida de lo posible, las carencias de la población, los servicios que ésta demanda.

La propuesta del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

En este contexto de sensibilización mundial, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, en el marco de una nueva orientación sobre el Desarrollo Social, propone 6 puntos iniciales en torno al problema, los cuales se hallan contenidos, explicados y desarrollados en su reciente Informe sobre Desarrollo Humano 1994 y que fueron discutidas en la Cumbre Mundial de Desarrollo Social (1995). Estos son:

* *Una nueva carta social mundial*, para establecer un marco de igualdad de oportunidades entre países y entre personas.

[75] *Ibidem*

* *Un pacto de desarrollo humano*, para llevar a cabo las metas de desarrollo humano esencial en un plazo de diez años (1995-2005).

* *La movilización del dividendo de paz*, que sea resultado de que se fijen metas concretas para reducir el gasto militar en todo el mundo, y utilizar esos recursos como dividendo de paz para la seguridad humana.

* *Un fondo mundial de seguridad humana*, para hacer frente a las amenazas comunes contra la seguridad humana en el orbe.

* *Un conjunto fortalecido de instituciones de Naciones Unidas orientadas al desarrollo humano.*

* *Un Consejo de Seguridad Económica de Naciones Unidas*, con el fin de contar con un foro para la adopción de decisiones al más alto nivel sobre cuestiones mundiales vinculadas a la seguridad humana.[76]

La idea del PNUD es parte, obviamente, de toda una reforma social a nivel mundial, que busca como meta principal el bienestar humano y avanza hacia posiciones como la siguiente:

"Los pueblos del mundo nos comprometemos solemnemente a crear una nueva sociedad civil mundial, basada en los principios de igualdad de oportunidades, imperio de la ley, gobernación democrática y nueva cooperación entre todos los países y todos los pueblos".

Acerca de la pobreza señala:

"Estamos convencidos de que es posible superar los peores aspectos de la pobreza en nuestra generación, mediante acciones colectivas. Afirmamos conjuntamente que nuestro primer paso hacia esa meta será formular un pacto mundial que asegure que ningún niño carezca de educación, ningún ser humano esté privado de atención primaria de la salud o agua apta para el consumo y que todas las parejas que así lo deseen estén en condiciones de determinar el tamaño de sus propias familias".[77]

El Programa establece metas mundiales mínimas, entre las cuales se encuentran las siguientes:

[76] Informe sobre Desarrollo Humano 1994. Fondo de Cultura Económica, México, 1994. 243pp. p. 7
[77] Ibid. p. 8

Social, en el que el rápido proceso de envejecimiento de la población así como el proceso de cambio epidemiológico operan como fuertes presiones sobre la estructura de Seguridad Social. Este cambio, sin embargo, no es un cambio en donde los nuevos problemas sustituyen a los viejos, sino donde los nuevos problemas se sobreponen a los viejos. Sin haber resuelto del todo los viejos problemas de las infecciones comunes y de la desnutrición, ahora se precipitan nuevos problemas de enfermedades no transmisibles y por lesiones.[75]

En años recientes los conceptos de la humanidad respecto a Desarrollo Social, han evolucionado rápidamente. La idea de una legislación y un derecho internacional que rijan ese aspecto de la vida del ser humano, cobran fuerza y amplitud conforme el tiempo pasa, al tiempo que se amplían las ideas de libertad democrática y se restringe la esfera de acción de las ideologías y regímenes totalitarios.

La otra cara de este desenvolvimiento, lo constituye el lado oscuro: la desnutrición, la muerte prematura, el analfabetismo, la guerra, la falta de acceso a servicios básicos, el hambre, la enfermedad y, como un manto que todo lo envuelve, la pobreza extrema.

Curioso, encontrar este tipo de paradojas en un mundo que supuestamente avanza hacia el bienestar de toda su población. Por ello, no se debe dejar de lado el asunto de la Seguridad Social descontextualizado del entorno que impulsa el Desarrollo Social; por ello, la Seguridad Social debe articularse con un enfoque global que permita un desempeño eficaz y eficiente capaz de aliviar, en la medida de lo posible, las carencias de la población, los servicios que ésta demanda.

La propuesta del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

En este contexto de sensibilización mundial, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, en el marco de una nueva orientación sobre el Desarrollo Social, propone 6 puntos iniciales en torno al problema, los cuales se hallan contenidos, explicados y desarrollados en su reciente Informe sobre Desarrollo Humano 1994 y que fueron discutidas en la Cumbre Mundial de Desarrollo Social (1995). Estos son:

* *Una nueva carta social mundial*, para establecer un marco de igualdad de oportunidades entre países y entre personas.

[75] *Ibidem*

* *Un pacto de desarrollo humano*, para llevar a cabo las metas de desarrollo humano esencial en un plazo de diez años (1995-2005).

* *La movilización del dividendo de paz*, que sea resultado de que se fijen metas concretas para reducir el gasto militar en todo el mundo, y utilizar esos recursos como dividendo de paz para la seguridad humana.

* *Un fondo mundial de seguridad humana*, para hacer frente a las amenazas comunes contra la seguridad humana en el orbe.

* *Un conjunto fortalecido de instituciones de Naciones Unidas orientadas al desarrollo humano.*

* *Un Consejo de Seguridad Económica de Naciones Unidas*, con el fin de contar con un foro para la adopción de decisiones al más alto nivel sobre cuestiones mundiales vinculadas a la seguridad humana.[76]

La idea del PNUD es parte, obviamente, de toda una reforma social a nivel mundial, que busca como meta principal el bienestar humano y avanza hacia posiciones como la siguiente:

"Los pueblos del mundo nos comprometemos solemnemente a crear una nueva sociedad civil mundial, basada en los principios de igualdad de oportunidades, imperio de la ley, gobernación democrática y nueva cooperación entre todos los países y todos los pueblos".

Acerca de la pobreza señala:

"Estamos convencidos de que es posible superar los peores aspectos de la pobreza en nuestra generación, mediante acciones colectivas. Afirmamos conjuntamente que nuestro primer paso hacia esa meta será formular un pacto mundial que asegure que ningún niño carezca de educación, ningún ser humano esté privado de atención primaria de la salud o agua apta para el consumo y que todas las parejas que así lo deseen estén en condiciones de determinar el tamaño de sus propias familias".[77]

El Programa establece metas mundiales mínimas, entre las cuales se encuentran las siguientes:

[76] Informe sobre Desarrollo Humano 1994. Fondo de Cultura Económica, México, 1994. 243pp. p. 7
[77] Ibid. p. 8

* *Educación primaria universal*, tanto para niñas como para niños.

* *Reducción a la mitad de las tasas de analfabetismo adulto*, asegurando que la tasa femenina no sea superior a la masculina.

* *Atención primaria de la salud para todos*, haciendo especial énfasis en la inmunización para niños.

* *Eliminación de la desnutrición grave*, y reducción a la mitad de la desnutrición elevada.

* *Servicios de planificación familiar para todas las parejas interesadas.*

* *Agua apta para el consumo y saneamiento de todos.*

* *Crédito para todos*, a fin de asegurar las oportunidades de trabajo por cuenta propia.

Esas serían las metas absolutamente mínimas, aunque su logro implicaría, sin embargo, un significativo avance en materia de bienestar social.

Todo lo anterior muestra que afortunadamente la Seguridad Social se ve hoy favorecida por un entorno internacional que privilegia la realización de fines que persiguen el bienestar de la humanidad toda.

El Costo

"Una estimación a grandes rasgos del costo adicional de conquistar esas metas en los próximos 10 años sería de entre 30.000 y 40.000 millones de dólares por año; suma sustancial, pero que puede conseguirse fácilmente si se reestructuran las prioridades presupuestarias".[78]

La propuesta del PNUD es la de liberar recursos para desarrollo social por dos vías:

1) Reestructuración de prioridades presupuestales de los países en desarrollo hacia el gasto social, dedicando al menos el 20% de su presupuesto a esa área.

[78] *Ibidem*

2) Aumento de las asignaciones para prioridad humana a un 20% de la ayuda de los países donantes a los países en desarrollo.

Actualmente, los países en desarrollo dedican, en promedio, sólo 13 por ciento de sus presupuestos nacionales a renglones de desarrollo humano básico, y en opinión del PNUD tienen un amplio margen para cambiar sus prioridades presupuestarias, ya sea mediante la reducción de los gastos militares, la privatización de empresas públicas y el abandono de algunos proyectos de desarrollo que no son prioritarios.

Los países desarrollados donantes tienen también un margen para cambiar sus prioridades, ya que sólo asignan un 7% en promedio del monto para ayuda en *prioridad humana*, como planificación familiar, educación básica, sistemas de abastecimiento de agua potable y atención primaria a la salud.

Al abordar la reestructuración de la ayuda, el problema no es tanto lo que se destina a lo social -alrededor de un 16%- sino la distribución interna que se hace de dicha ayuda ya que, por ejemplo, menos de una quinta parte de asistencia en educación se destina a enseñanza primaria, mientras que el 90% de la ayuda se gasta en expertos extranjeros.

Basado en el concepto de responsabilidad compartida, el pacto 20:20 para el desarrollo humano implica por tanto un nuevo tipo de cooperación. De acuerdo con las estimaciones del Informe de Desarrollo Humano, tres cuartas partes de las contribuciones serían hechas por los propios países en desarrollo, y sólo una cuarta parte por los donantes. Lo novedoso de la propuesta es que no se requieren más recursos, sino que es suficiente con una reestructuración de las actuales prioridades presupuestarias.

Todas estas ideas, todas estas reflexiones que se han convertido en reclamos en algunas partes del mundo y de nuestro país, hace unos cuantos años habrían sido marcadas con "el fierro candente del anticomunismo". En los albores de la era poscomunista en el llamado Tercer Mundo, estas aspiraciones de bienestar mundial se legitiman fácilmente en esta época, y descubren que la idea de bienestar humano no debe ser parte de ninguna doctrina ideológica o política, sino el presupuesto básico de la vida misma de todo ser humano.

Esta discusión y reflexión a nivel mundial, fue abordada en marzo de 1995 en la conferencia de Copenhague, donde se concibió como "una oportunidad para que todos los países reconozcan que es mucho más económico y mucho

más humano actuar anticipadamente y desde las bases hacia arriba, que acudir a remediar una situación desde arriba hacia las bases; que es mejor abordar las causas profundas de la inseguridad humana, en lugar de sus trágicas consecuencias."[79]

[79] CARRASCO LICEA, Rosalba y HERNANDEZ Y PUENTE, Francisco. *La Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social.* **La Jornada**, lunes 4 de julio de 1994. p. 43

ADDENDUM

REFORMAS AL REGIMEN DEL SEGURO SOCIAL EN MEXICO

El 21 de diciembre de 1995 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la nueva Ley del Seguro Social por la cual se reforma el régimen a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cuyas principales características son la reestructuración de los principales seguros en cuanto a su administración, otorgamiento y formas de financiación.

La nueva Ley es el producto de un diagnóstico elaborado por las propias autoridades del Instituto, determinándose al respecto que el panorama general del IMSS representaba los siguientes rasgos:

- La apertura comercial hacia el exterior, impone la necesidad de no incrementar las cuotas de la seguridad social, ya que ello representaría la reducción de la competitividad de las empresas. Por el contrario, aligerar de dicha carga a estas empresas, propicia que se tengan mayores márgenes de ganancia y se pueda lograr una mayor competitividad.

- El cambio demográfico operado en las últimas décadas (crecimiento poblacional, cambio en la composición de la pirámide poblacional, caída en la tasa global de fecundidad, incremento en la esperanza de vida al nacer y en la esperanza de vida de quienes alcanzan los 65 años, etc.), ha derivado en el hecho de que la cantidad de pensionados aumente considerablemente y previéndose que aumente con mayor rapidez que los asegurados en activo, por lo que se tiene el reto de seguir creciendo para cubrir a una mayor proporción de población ocupada y de garantizar las prestaciones para un mayor número de personas que aumenta más velozmente que los trabajadores.

- Aún cuando el IMSS tiene asegurados a un número considerable de mexicanos, por estar vinculado a la nómina su financiamiento y dado el crecimiento de los autoempleados y de la economía informal, no se ha logrado el principio de universalidad de la seguridad social, considerándose, por lo tanto, que la cobertura es aún limitada puesto que sólo abarca a los asalariados formales y a su familia, quedando gran parte de población ocupada (autoempleados y trabajadores de la economía informal o de microempresas contratados por honorarios o por comisiones) fuera de los esquemas de protección.

- El sistema de financiamiento del seguro social, vinculado a la nómina por la naturaleza de la cobertura, representan un impuesto marginal elevado aún cuando se trate de trabajadores de bajos salarios, lo que promueve la informalidad, la evasión parcial mediante la subdeclaración y la evasión total mediante la contratación por honorarios u otros pagos. Este problema de financiamiento no puede resolverse por la elevación de las cuotas ya que ello, como ya se mencionó, reduciría la competitividad de las empresas en el exterior con el consiguiente desajuste en la economía del país.

En lo particular, para cada una de las ramas de aseguramiento se mencionaba la problemática siguiente:

- El ramo de enfermedad y maternidad acusa un déficit permanente toda vez que el esquema de financiamiento bajo el cual fue concebido contemplaba los servicios únicamente para el trabajador, mismos que al irse ampliando propician el aumento de costos en las prestaciones sin que se modifique el modo de financiación.

  A esto se agrega que tradicionalmente este ramo requería de los remanentes generados en invalidez, vejez, cesantía y muerte, lo cual ya no será posible debido a que este seguro acusa también problemas de financiamiento.

- En el ramo de invalidez, vejez, cesantía y muerte, se enfrentan condiciones de desfinanciamiento en el corto plazo, toda vez que el funcionamiento del ramo como un sistema de reparto ha demostrado ser vulnerable a los cambios de la dinámica demográfica. Además, la ausencia de certidumbre del cotizante sobre los recursos que le corresponden permite una estructura de incentivos negativos que dan pie a la evasión y la subdeclaración, así como a diversos efectos

discriminatorios, lo cual opera contra la viabilidad financiera de un sistema como el vigente.

- En cuanto a los riesgos de trabajo, la estructura de este seguro al basar su cuota de contribución en grados de riesgo donde se clasifica a las empresas según una fórmula de siniestralidad y no de la incidencia de accidentes o enfermedades laborales, no fomenta la justicia laboral y la modernización de la planta productiva en un entorno económico de apertura, por lo cual es necesario replantear dicha estructura de tal forma que por la vía de la disminución de los riesgos se solidifique financieramente el ramo, sin necesidad de incrementar las cuotas.

- En lo que hace al ramo de guarderías, la cobertura que se ofrece es sumamente limitada, constituyéndose en un obstáculo para la incorporación equitativa de la mujer al mercado laboral. Esto se debe fundamentalmente al alto costo de algunos esquemas, así como al hecho de que el ramo canaliza recursos a enfermedad y maternidad, frenando las posibilidades de ofrecer el servicio a una creciente población que lo demanda.

- En cuanto a las prestaciones sociales aún cuando se reconocen los beneficios que se han obtenido por la operación de Centros de Seguridad Social, Centros Vacacionales, Unidades Deportivas, Teatros y Auditorios al aire libre, Velatorios y Tiendas, se concluye que dichas prestaciones se han otorgado a todo tipo de población, por lo que no se beneficia necesariamente a los derechohabientes, además de que los déficits absorbidos por las prestaciones sociales son absorbidos por el ramo de IVCM, lo cual no contribuye a su necesario fortalecimiento financiero.

A raíz de este diagnóstico, se constituyó una Comisión Tripartita para el Fortalecimiento y Modernización de La Seguridad Social, integrada por representantes de los sectores obrero y patronal, así como del gobierno, quienes son los principales beneficiarios directos de la Institución. Esta Comisión, tomando en cuanta el diagnóstico apuntado y después de múltiples consultas con especialistas y organizaciones, llegó a una serie de conclusiones que se integraron en un documento de propuesta mismo que sirvió de base al gobierno de la república para formular la iniciativa de Ley por la cual se reformó el régimen del seguro social.

En la exposición de motivos de tal iniciativa, se mencionó que el propósito de la reforma es corregir las deficiencias con las cuales ha venido operando el IMSS, mismas que de no tomarse oportunamente hacen inviable su subsistencia y la prestación de los servicios que le han sido encomendados. Las razones apuntadas que motivaron la reforma y que fueron la causa de la presión económica sobre el Instituto, fueron prácticamente las mismas que se señalaron en el Diagnóstico, esto es, la transición demográfica y epidemiológica, el ensanchamiento de los beneficios de la seguridad social en las diferentes ramas sin la adecuada correspondencia de financiamiento, la transferencia de los remanentes de una rama a otra con el consiguiente desfinanciamiento, etc.

Por otro lado se reconoció como un propósito de la reforma, el que se promueva activamente el ahorro interno, la generación de empleos y el crecimiento económico, por ello se planteó una nueva forma de financiamiento y otorgamiento de las prestaciones en los seguros destinados a cubrir las pensiones, así como en las contribuciones que paguen los patrones por concepto del seguro de riesgos de trabajo.

De hecho, la característica principal de la nueva Ley es precisamente la modificación de un régimen de reparto por uno de capitalización individual en el cual, aún cuando se conservan los mismos montos de cotización para empleados, trabajadores y gobierno conforme a la legislación anterior, los mecanismos de administración, financiamiento y otorgamiento de las prestaciones se basarán en fondos acumulados por el trabajador en una cuenta individual.

Igualmente, con las nuevas disposiciones se pretende corregir las iniquidades y el problema financiero que se manifiesta en la rama de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, para lo cual se hace una nueva agrupación de los seguros bajo un sistema de financiamiento viable y de esquemas de otorgamiento justos.

A manera de explicación sucinta, las características que asumen cada uno de los seguros en la nueva Ley son las siguientes:

Invalidez y Vida.

El anterior seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, se dividió en dos seguros, de conformidad con la naturaleza propia de los riesgos y situaciones protegidas, lo cual implicó también modificar las formas

de otorgamiento de las prestaciones a fin de hacerla congruentes entre sí. Los dos seguros que se crearon son Invalidez y Vida (IV) y Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV).

En el seguro de invalidez y vida, se modifica la estructura con relación a su forma anterior, de modo tal que el trabajador en caso de quedar inválido tendrá derecho, a partir de ese momento, a una pensión vitalicia para él y en caso de su fallecimiento a sus familiares y beneficiarios. La forma de cubrir dicha pensión es la siguiente: el IMSS aportará los recursos que sean necesarios para que sumados éstos a los existentes en la cuenta individual del trabajador, éste alcance la pensión que le corresponda conforme a la Ley, la cual se determinará, en caso de invalidez, tomando en cuenta una cuantía básica del 35% sobre el promedio de los salarios correspondientes a las últimas quinientas semanas de cotización, actualizadas conforme al índice nacional de precios al consumidor, más las asignaciones familiares y las ayudas asistenciales.

Se establece además que el monto de la pensión no podrá ser inferior a dicha cuantía básica, así como tampoco podrá ser superior del 100% del promedio salarial que sirvió de base para el cálculo y, además qué dicho monto se actualizará anualmente durante el mes de febrero tomando en cuenta el índice nacional de precios al consumidor.

Para las pensiones de viudez, orfandad y ascendencia, así como para las asignaciones familiares, se conservan los montos de la anterior ley, esto es, 90% de la pensión que disfrutaba o le hubiere correspondido al asegurado, en caso de viudez; 20% de la misma para los hijos huérfanos de padre o madre; 30% si el huérfano lo es de ambos padres; y, 20% para los ascendientes que dependían económicamente del asegurado. Aquí también, el total de las pensiones atribuidas a la viuda y a los huérfanos, no deberá exceder el monto de la pensión de invalidez que disfrutaba o hubiera disfrutado el asegurado directo.

Un aspecto novedoso dentro de este ramo, es el hecho de que para el otorgamiento de las prestaciones el asegurado contratará un seguro de renta vitalicia y de sobrevivencia con una institución aseguradora elegida por él, para lo cual el Instituto calculará el monto constitutivo necesario para su contratación, al cual se le restará el saldo acumulado en la cuenta individual del asegurado y la diferencia positiva será la suma que el Instituto entregará a la entidad aseguradora para la contratación de los seguros mencionados.

Para financiar este seguro, se establecen las siguientes cuotas: 1.75% del salario base de cotización con cargo al patrón, 0.625% del mismo salario por cuenta del trabajador y 7.43% del total de las cuotas patronales a cargo del Estado, siempre y cundo la contribución de éste no se haya determinado por la Ley o por convenio.

No obstante la ampliación de beneficios que se pretende con la reforma, éstos requieren de la adecuada correlación en cuanto a que los requisitos mínimos necesarios para lograr su sostenibilidad deben ser los adecuados, por ello, y congruente con los cambios operados en el aspecto demográfico, los tiempos de espera para acceder a los beneficios se aumentan, de modo tal que ahora se requerirá de 250 semanas de cotización en lugar de las 150 que se exigían como mínimo, aún cuando se conserva esta cifra para aquellos casos en que la incapacidad sea superior al 75% o cuando fallezca el asegurado.

Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez.

Con el propósito de contar con un sistema transparente en el que el trabajador al ser propietario de su cuenta individual para el retiro, nunca pierda las aportaciones hechas por él mismo , así como las que en su favor hizo su patrón y el propio gobierno, al igual que para evitar que la inflación afecte el monto real de su pensión y, por el contrario, que ésta sea reflejo de su esfuerzo en concordancia con toda su carrera laboral y que existan mayores elementos redistributivos de tal manera que se beneficie más a quienes menos tienen, se modifica el sistema pensionario basado en el esquema de reparto y se crea uno nuevo sobre un régimen de capitalización individual que a su vez contribuirá a estimular de manera permanente el ahorro personal y familiar y, por consiguiente el ahorro interno.

Para la operación de este seguro se propone que cada trabajador tenga su propia cuenta individual para el retiro, la cual será de su propiedad y se integrará con las aportaciones que se hacen en cada uno de los rubros más los rendimientos que se generen, esto es, por concepto del ramo de retiro exclusivamente a los patrones les corresponde cubrir el 2% del salario base de cotización, en tanto que para cesantía en edad avanzada y vejez se aportará de manera tripartita entre patrón, trabajador y Estado, por 3.150%, 1.125 y 7.143%, respectivamente, del salario base los dos primeros y del monto total de las cuotas patronales en estos ramos el último. Además, el gobierno federal aportará mensualmente, por concepto de cuota social una cantidad inicial equivalente al 5.5% del salario mínimo general para el Distrito

Federal, por cada día cotizado, valor que se actualizará trimestralmente de conformidad con el Indice Nacional de Precios al Consumidor en los meses de marzo, junio, septiembre, y diciembre. En esta misma cuenta el trabajador podrá hacer aportaciones voluntarias con el fin de que el monto de su pensión se incremente en su momento.

En tal sentido cada cuenta individual se dividirá en subcuentas por cada concepto, a saber, de retiro, de cesantía en edad avanzada y vejez, de vivienda y la de aportaciones voluntarias. Vale aclarar que el monto de la subcuenta de vivienda se entregará al Instituto del Fondo de Vivienda para los Trabajadores en los términos de su propia Ley.

El otorgamiento de las prestaciones garantizadas en estos ramos, opera de la siguiente forma:

- Para garantizar el mejor y más eficiente manejo de las cuentas individuales para el retiro y hacer posible que éstas alcancen montos aún mayores, los recursos serán operados por Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE), las cuales serán de giro exclusivo y serán supervisadas en cuanto a su constitución y funcionamiento por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR), con base en la Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro*, teniendo el trabajador la opción de elegir la AFORE de su conveniencia.

- Las AFORE operarán sociedades de inversión especializadas de fondos de retiro, las cuales serán responsables de la inversión de los recursos de las cuentas individuales, quedando sujetas en cuanto a su constitución, organización, funcionamiento, régimen de inversión, tipos de valores, sistemas de comercialización y contabilidad a las disposiciones de la Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.

  Cuando el trabajador cumpla con los requisitos para acceder a una pensión por cesantía en edad avanzada o por vejez, o de acuerdo con un plan establecido por el patrón o derivado del contrato colectivo y que haya sido autorizado por la CONSAR, podrá destinar los recursos de su cuenta individual a la contratación con una aseguradora de una renta vitalicia en su favor y de sus beneficiarios, o bien mantener sus fondos

* Hasta el momento no se ha legislado este cuerpo normativo.

en la AFORE ajustándose a un plan de retiros programados mediante el cual se dividirán los recursos depositados en su cuenta individual entre el número de años que en promedio estén calculados, respecto a la esperanza de vida, así como a los tiempos a que se tenga derecho para el disfrute de la pensión por parte de los beneficiarios.

Si una vez cumplidos los requisitos para acceder a un beneficio pensionario, los fondos acumulados en la cuenta individual no son suficientes para financiar la contratación de una pensión igual o superior a la pensión garantizada (un salario mínimo vigente en el Distrito Federal, al momento de entrar en vigor esta Ley), el trabajador se deberá acoger al sistema de retiros programados con el fin de que se aplique la garantía estatal consistente en aportar los recursos complementarios suficientes a los de la cuenta individual, que permitan cubrir la pensión mínima por conducto del Instituto. Vale aclarar que dicha pensión mínima se actualizará anualmente durante el mes de febrero conforme al Indice Nacional de Precios al Consumidor.

Por lo que hace a los requisitos de elegibilidad para tener derecho a las pensiones garantizadas por estos conceptos, al igual que en el ramo de invalidez y vida los tiempos de espera se incrementan pasando a ser ahora de 1250 semanas de cotización en lugar de las 500 que reconocía la anterior Ley.

Esta reforma es congruente con el fenómeno operado a partir de la transición demográfica, por el que el promedio de duración de la vida laboral activa de un trabajador se ha venido incrementando y ya es superior a los 35 años, además de corregir la situación consistente en que un número considerable de trabajadores se pensionaban con el mínimo de tiempo exigido (500 semanas) y obteniendo una beneficios iguales o superiores a los de aquellos que cotizaban por más tiempo, lo que provoca a su vez una carga financiera para este régimen.

En el mismo tenor y a efecto de garantizar la viabilidad financiera del sistema en el largo plazo, se tiene contemplado incrementar la edad mínima para el retiro en un mes por año durante veinticuatro años a partir del 2006, de modo tal que no se afecten los derechos de quienes van a pensionarse en los próximos diez años, a la par de lograr que las edades de retiro tengan concordancia con el mayor tiempo de vida laboral y con el incremento en la esperanza de vida de la población.

Bajo este nuevo esquema también se pretende corregir la injusticia matizada en el hecho de que, conforme al antiguo régimen, el asegurado que no llegara con un trabajo asalariado a las edades requeridas para tener derecho a pensión, perdía todos sus derechos aún habiendo cotizado por un tiempo mucho mayor al exigido, aún cuando es preciso apuntar que la nueva Ley no señala de manera expresa el supuesto de que un asegurado se retire del trabajo asalariado o quede cesante de él habiendo cumplido con el mínimo de tiempo, pero sin reunir los requisitos de edad para pensionarse. En tal caso, la legislación ya aprobada no expresa si el trabajador podrá libremente retirar los fondos de su cuenta individual o si deberá dejarlos hasta llegar a alguna de las edades exigidas, toda vez que, en aplicación estricta de la Ley, dado este caso no procede el otorgamiento de pensión alguna a menos de que se tratara de un plan de jubilación establecido por el patrón o derivado de la contratación colectiva y aprobado por la CONSAR.

También se señala como injusticia a corregir el caso de quienes habiendo llegado a esas edades no tenían el mínimo de tiempo de cotización. Conforme a la nueva legislación se garantiza, por un lado, que a partir del mínimo de tiempo exigido a todos se les pueda pagar una pensión y que la cuantía de ésta sea conforme al período cotizado de modo que será mayor para aquellos que cotizaron más; y, por otro lado, quien no cumpla con los requisitos de tiempo, podrá retirar el saldo acumulado en su cuenta o bien continuar cotizando hasta alcanzar el mínimo necesario.

En la nueva Ley se establece un esquema de transición que permita garantizar los derechos de los pensionados y cotizantes actuales, bajo el cual los trabajadores ya pensionados por vejez o cesantía continuarán recibiendo sus pensiones conforme a la anterior legislación, mismas que serán cubiertas, como hasta ahora, por el IMSS y que serán financiadas por el gobierno federal a partir del inicio de vigencia de la Ley ya aprobada (1 de enero de 1997).

Respecto de los trabajadores que se encuentran en activo, todos empezarán a cotizar en el nuevo régimen y al llegar a la edad de pensionarse, se les estimará la pensión a que tienen derecho en el nuevo sistema y a la que habrían tenido derecho de haber continuado afiliados al anterior, de modo tal que el trabajador opte por la que más le beneficie.

Los trabajadores que nunca antes han cotizado al sistema anterior, se regirán completamente a partir de su incorporación por las disposiciones legales del nuevo sistema.

En síntesis, las características del nuevo sistema de pensiones dentro del régimen del seguro social son:

- Establecimiento de un sistema de capitalización y ahorro individual para el retiro, en lugar de uno de reparto.

- Creación de entidades especializadas (AFORE) encargadas de administrar las cotizaciones en una cuenta individual de ahorro para el retiro.

- Otorgamiento de las prestaciones a cargo de las AFORE o de las instituciones aseguradoras con las cuales se contrate un seguro de renta vitalicia, en lugar del Instituto Mexicano del Seguro Social.

- Libertad del trabajador para elegir la AFORE donde se manejará su cuenta individual.

- Propiedad del trabajador sobre los recursos de su cuenta individual, de modo tal que nunca pierde las cotizaciones hechas aún en caso de no reunir los requisitos de elegibilidad para pensionarse.

- Aumento en el tiempo mínimo de cotización exigido, pasando de 500 a 1250 semanas.

- Incremento gradual de las edades requeridas para acceder al derecho pensionario, de modo tal que en un plazo de veinticuatro años a partir del año 2006 se llegue a 62 años de edad para la cesantía en edad avanzada y 67 para la vejez.

Riesgos de Trabajo

Las reformas pretenden modificar el Seguro de Riesgos de Trabajo, de tal forma que al tiempo que se proteja al trabajador de los riesgos que conlleva realizar su actividad laboral, estimule la modernización de las empresas al reconocer su esfuerzo en cuanto a prevención de accidentes y enfermedades de trabajo. La finalidad es la de terminar con la injusticia que se presenta donde empresas que han invertido en la disminución de su siniestralidad pagan prácticamente las mismas cuotas que aquéllas de la misma rama de actividad industrial que no lo han hecho.

La reforma no recurre al aumento de las cuotas sino que distribuye mejor la carga del Seguro de Riesgos de Trabajo entre las empresas, tomando en cuenta como parámetro para fijar la prima, la siniestralidad particular de cada una de ellas.

Las prestaciones del Seguro de Riesgos de Trabajo, serán cubiertas íntegramente por las cuotas que aporten los patrones y demás sujetos obligados. Las cuotas de los patrones se determinarán en relación con la cuantía del salario base de cotización y con los riesgos inherentes a la actividad.

Para los efectos de la fijación de las primas a cubrir por el Seguro de Riesgos de Trabajo, se propone una fórmula que tiene dos componentes: una prima mínima y el grado de siniestralidad. La prima mínima es aquella que cubre los gastos de administración correspondientes a este seguro. El grado de siniestralidad se obtiene tomando en cuenta la frecuencia y gravedad de los accidentes y enfermedades de trabajo, así como un factor de prima que garantiza el equilibrio financiero del ramo. Los accidentes de tránsito, ocurridos en el traslado del trabajador al centro de trabajo y de éste a su domicilio, se consideran como parte de la siniestralidad de la empresa, estimulando así a aquellas que tomen medidas para prevenir este tipo de riesgo.

Las empresas tendrán la obligación de revisar anualmente su siniestralidad, para determinar si permanecen en la misma prima, se disminuye o aumenta. Las empresas de primer ingreso y las que cambian de actividad, calcularán sus cuotas conforme a la prima media de las clases que se mantienen. En el período inmediato posterior empezarán a cubrir sus primas de acuerdo a su propia peligrosidad.

Las prestaciones en dinero que se conceden a los asegurados son:

1) Si se incapacita para trabajar recibirá el 100% del salario en que estuviese cotizando en el momento de ocurrir el riesgo.

2) Al declararse la incapacidad permanente total, recibirá una pensión mensual definitiva del 70% del salario en que estuviera cotizando. En el caso de enfermedades de trabajo, se calculará con el promedio del salario base de cotización de las 52 últimas o las que tuviere si su aseguramiento fuese por un tiempo menor para determinar el monto de la pensión. Igualmente, el incapacitado deberá contratar un seguro de

sobrevivencia para el caso de su fallecimiento, que otorgue a sus beneficiarios las pensiones y demás prestaciones económicas a que tengan derecho. Estas prestaciones se otorgarán por la institución de seguros que elija el trabajador.

Para contratar los seguros de renta vitalicia y sobrevivencia el Instituto calculará el monto constitutivo necesario para su contratación. Al monto constitutivo se le restará el saldo acumulado en la cuenta individual del trabajador y la diferencia positiva será la suma asegurada, que deberá pagar el Instituto a la institución de seguros. El seguro de sobrevivencia cubrirá, en caso de fallecimiento del pensionado a consecuencia del riesgo de trabajo, la pensión y demás prestaciones económicas, a sus beneficiarios, si al momento de producirse el riesgo, el asegurado hubiese cotizado cuando menos 150 semanas; el seguro de sobrevivencia también cubrirá el fallecimiento de éste por causas distintas a riesgos de trabajo o enfermedades profesionales.

3) Si la incapacidad declarada es permanente parcial, superior al 50%, el asegurado recibirá una pensión que será otorgada por la institución de seguros que elija. El monto de la pensión se calculará conforme a la tabla de valuación de incapacidad contenida en la Ley Federal del Trabajo, tomando como base el monto de la pensión que correspondería a la incapacidad permanente total.

Al declararse la incapacidad permanente, sea parcial o total, se concederá al trabajador la pensión que le corresponda, con carácter provisional, por un período de dos años. Durante ese período, el Instituto y el trabajador tendrán derecho a solicitar la revisión de la incapacidad con el fin de modificar la cuantía de la pensión. Transcurrido el período se otorgará la pensión definitiva.

Si el riesgo de trabajo trae como consecuencia la muerte del asegurado, el Instituto calculará el monto constitutivo al que se le restará los recursos acumulados en la cuenta individual del trabajador fallecido, a efecto de determinar la suma asegurada que el Instituto deberá cubrir a la institución de seguros.

La cuantía de las pensiones por incapacidad permanente será actualizada anualmente en el mes de febrero, conforme al Indice Nacional de Precios al Consumidor correspondiente al año calendario anterior.

Enfermedad y Maternidad

Las modificaciones al ramo de Enfermedad y Maternidad son con el objetivo central de ampliarlo y fortalecerlo, reconociendo los grandes logros que hasta ahora se han alcanzado. Se plantea la necesidad de reformar su sistema de financiamiento, eliminando el déficit financiero que desde hace 5 décadas existe en este ramo. Por ello, era indispensable, sin recurrir al aumento de cuotas, efectuar cambios de fondo que garanticen suficiencia permanente, así como la ampliación de la cobertura de los servicios de salud para un mayor porcentaje de la población.

Estos objetivos se alcanzan a través de la transformación del ramo, separando el financiamiento de las prestaciones en especie, del financiamiento de las prestaciones en dinero.

Los recursos necesarios para cubrir las prestaciones en dinero, las prestaciones en especie y los gastos administrativos del seguro de enfermedades y maternidad, se obtendrán de las cuotas que están obligados a cubrir los patrones y los trabajadores o demás sujetos y de la contribución que corresponda al Estado.

Las prestaciones en especie se financiarán de la siguiente manera: 1) Por cada asegurado se pagará mensualmente una cuota diaria patronal equivalente al 13.9% de un salario mínimo general diario para el D.F. 2) Para los asegurados cuyo salario base de cotización sea mayor a 3 veces el salario mínimo, se cubrirá además una cuota adicional patronal equivalente al 6% y otra adicional obrera del 2%, de la cantidad que resulte de la diferencia entre el salario base de cotización y 3 veces el salario mínimo citado. 3) El Gobierno Federal cubrirá mensualmente una cuota diaria por cada asegurado equivalente a 13.9% de un salario mínimo, a la fecha de entrada en vigor de esta Ley, la cantidad inicial se actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del Indice Nacional de Precios al Consumidor.

Las prestaciones en dinero se financiarán con una cuota del 1% sobre el salario base de cotización que se pagará de la siguiente forma: 1) A los patrones les corresponde el 70% de dicha cuota. 2) A los trabajadores les corresponde el 25%. 3) Al Gobierno Federal el 5% restante.

Las aportaciones del Gobierno Federal serán cubiertas en pagos mensuales iguales, equivalentes a la doceava parte de la estimación que presente el Instituto para el año siguiente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público,

en el mes de julio de cada ejercicio. En el caso de que en un cuatrimestre la inflación sea de 4 puntos porcentuales mayor o menor a la prevista, se harán las compensaciones preliminares correspondientes, antes de que termine el siguiente bimestre, realizándose los ajustes definitivos, en base a la inflación real anual, durante el mes de enero del año siguiente.

BIBLIOGRAFIA

ADAMS, Willi Paul. *Los Estados Unidos de América.* 12a. ed., Siglo XXI editores, Historia Universal siglo XXI, vol. 30, México, 1986. 493 pp. Capítulo 6: Los Estados Unidos entre las 2 guerras, 1919-1941.

ALVAREZ AMEZQUITA, J. et al. *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México.* SSA, vol. I. p. 420

BARBABOSA KUBLI, Agustín. *La gestión moderna de la seguridad social de cara al TLC.* Trabajo para el Diplomado de TLC. Implicaciones para México. Instituto Matías Romero de Estudios Diplomáticos, Secretaría de Relaciones Exteriores. Mayo 1994. 12pp.

BENEJAM, Ma. Antonieta. *Historia del IMSS.* Los primeros años, 1943-1944 México, IMSS, 1980 p. 18

BENNETT & ADAMS. *Looking North for Health*, Jossey-Bass Publishers, The Jossey-Bass Health Series, San Francisco, 1993. 193 pp. p.19

BEVERIDGE, William *Las bases de la seguridad social.* INSP-FCE, Serie Biblioteca de la Salud, México, 1987. p. 12

CARDENAS DE LA PEÑA, Enrique *Servicios médicos del IMSS.* Doctrina e Historia México, IMSS, 1973. p. 27 (nap 58)

CARRASCO LICEA, Rosalba y HERNÁNDEZ Y PUENTE, Francisco. *La Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social.* **La Jornada**, lunes 4 de julio de 1994, p. 43

CARRASCO LICEA, RUIZ DURAN y PROVENCIO DURAZO. *Sistemas de Bienestar Social en Norteamérica. Análisis Comparado.* Secretaría de Desarrollo Social. El Nacional. México, marzo 1994. 167 pp. p. 14

CORDERA CAMPOS, Rolando y GONZALEZ TIBURCIO, Enrique. "Economía política y seguridad social en México: Una aproximación" en *La Seguridad Social y el Estado Moderno.* Fondo de Cultura Económica, IMSS, ISSSTE, México, 1992. 503 pp. p. 203-220.

CRUZ SANTACRUZ, Rebeca *Elementos para el análisis de la crisis de la salud en México*. (1876-1988) Tesis de Licenciatura, FCPyS, UNAM, México, 1992. p. 42

DYER, John R. *Cambios en la estructura de la administración de la Seguridad Social en los Estados Unidos de América*. XVII Reunión de la Comisión Americana de Organización y Sistemas Administrativos. 16 pp.

ELIOT MORISON, Samuel. *Breve historia de los Estados Unidos*. 3a. ed., Fondo de Cultura Económica, México, 1987. 1015 pp.

GALLAGA GARCIA, Roberto. "El concepto integral de seguridad social y las prestaciones sociales o complementarias" en *La Seguridad Social y el Estado Moderno*. Fondo de Cultura Económica, IMSS, ISSSTE, México, 1992. 503 pp. p. 77-102.

GARCIA CRUZ, Miguel *México, 50 años de Revolución* Tomo II, inciso XXXIII, La Seguridad Social. p. 517

GRAIG, Laurene A. *Health of Nations*, 2nd. ed., Congressional Quarterly Inc., Washington, D. C., 1993. 215 pp. p.42

HERNÁNDEZ ZINZÚN, Gilberto *Desarrollo económico-social y políticas estatales de salud en México* (1876-1984) Tesis de Licenciatura, FCPyS, UNAM, México, 1985.

JOHNSON, Paul. *Tiempos Modernos*. Javier Vergara Editor, Argentina, 1988. 764 pp. Capítulo 6: La última arcadia.

LEVINE, Elaine. *Retos y perspectivas de la Seguridad Social en los Estados Unidos*. Trabajo presentado al VI Diplomado en Estudios de Seguridad Social en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), México. 8 de noviembre de 1993. 19 pp.

Mc STEEN, Martha A. *Fifty years of Social Security*. Social Security Bulletin, Vol. 48, No. 8, U.S.A., August 1985. p. 36-44.

MESA-LAGO, Carmelo. *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*. Fondo de Cultura Económica, lecturas no. 58, México, 1986. 443 pp.

NARRO ROBLES, J. *La seguridad social mexicana en los albores del siglo XXI.* Una visión de la modernización en México. Fondo de Cultura Económica, México, 1993.

PAGANINI, Mario O. "Las políticas de presión y el Estado benefactor" en *La Seguridad Social y el Estado Moderno.* Fondo de Cultura Económica, IMSS, ISSSTE, México, 1992. 503 pp. p. 15-36.

PALMERO ZILVETI, Olga. *Interpretación de los modelos de origen.* Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS). Documento mimeografiado, s/t, s/f, s/p.

PEREZ GARCIA, Carlos. "Del intervencionismo estatal a la subsidiaridad social" en *La Seguridad Social y el Estado Moderno.* Fondo de Cultura Económica, IMSS, ISSSTE, México, 1992. 503 pp. p. 59-76.

ROEMER, Milton I. "Los servicios de salud en una provincia de Canadá", en *Perspectiva mundial de los sistemas de salud*, Siglo XXI, México, 1980. p. 185

RUEZGA BARBA, Antonio. *Retos de la Seguridad Social ante el Tratado de Libre Comercio.* Documento, 22pp.

SOBERANES FERNANDEZ, José Luis. "Regímenes de seguridad social en el derecho mexicano" en *La Seguridad Social y el Estado Moderno.* Fondo de Cultura Económica, IMSS, ISSSTE, México, 1992. 503 pp. p. 176-187.

THOMPSON, Lawrence H. *Current Developments in the Social Security Program in the United States.* XVII American Social Juridical Commission (CAJS), Mexico City, December 6, 1993. 15 pp.

Breve descripción del Programa de Seguridad Social de los Estados Unidos de América. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América. Administración de Seguro Social. 18 pp. p. 1.

Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948. Organización de Naciones Unidas.

El Tratado de Libre Comercio y los Servicios Médicos: Elementos para el Análisis y la Negociación. Academia Nacional de Medicina. México, 1993. 54pp.

Health and Welfare in Canada. Health and Welfare Canada, Minister of Supply and Services. Canada, 1989. 40 pp

Informe de labores del IMSS (1952-1953) México, IMSS. p. 5

Informe de labores realizadas por el IMSS en el período 1954-1955 México, IMSS, 1955.

Informe sobre Desarrollo Humano 1994. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Fondo de Cultura Económica. México. 1994.

Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. Indicadores del Desarrollo Mundial. BIRF, Banco Mundial, Washington, D. C. 1993. 335 pp.

La Seguridad Social en Canadá. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), Serie Monografías 9, México, 1994. 115 pp.

La Seguridad Social en Estados Unidos de América. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), Serie Monografías 10, México, 1994. 215 pp.

La Seguridad Social en México. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), Serie Monografías 4, México, 1993. 205 pp.

Les programmes de la sécurité du Revenu de Santé et Bien-être Social Canada. Ministre des Approvisionnements et Services. Direction Générale des programmes de la sécurité du revenu. Reimpression, Canada, 1990. 20pp.

México a través de los informes presidenciales Tomo 12, "La salubridad general", SSA-Secretaría de la Presidencia, México, 1976.

President Clinton's Proposal for Reforming the U. S. Health Care System. Pan American Health Organization. Document Reproduction Series N° 36, Washington, D.C., September 1993. 30 pp. (Anexo discurso)

Se busca mejorar el desarrollo de los sistemas nacionales de salud. **La Jornada**, lunes 27 de junio de 1994. p.24.

Regímenes de seguridad social en las Américas 1993. U. S. Department of Health and Human Services, Social Security Administration, Office of Research and Statistics, Washington, D. C., August 1994. 86 pp.

The President's Health Security Plan. The Clinton Blueprint. The White House Domestic Policy Council. Times Books, Random House, Inc., New York. 284 pp.

El programa editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), se integra por los libros de las series estudios y monografías, la revista "Seguridad Social" y el boletín informativo. Mediante estas publicaciones, la Conferencia cumple con una de sus finalidades, que es la de recopilar y difundir investigaciones, documentos y programas de la seguridad social.

La *Serie Estudios*, de la que forma parte este libro, cuenta con varios títulos que presentan el desarrollo y los avances de la seguridad social en sus distintas ramas. Su publicación se realiza conforme al programa aprobado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social
Secretaría General
México, D.F.
1996