

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



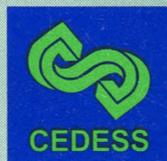
**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

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.

...REFLEXIONES SOBRE LAS REFORMAS

EN LA
SEGURIDAD SOCIAL



ISBN968-7346-57-4

**II REUNION INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN
SEGURIDAD SOCIAL**

**...REFLEXIONES SOBRE LAS REFORMAS
EN LA SEGURIDAD SOCIAL**



Serie Estudios 34



INDICE

PRESENTACIÓN	1
DISCURSO DE LA LIC. MARÍA ELVIRA CONTRERAS EN LA CEREMONIA DE INAUGURACIÓN	3
DISCURSO DEL ARQ. JAIME LATAPÍ LOPEZ EN LA CEREMONIA DE INAUGURACIÓN	7
DISCURSO DEL LIC. GENARO BORREGO ESTRADA EN LA CEREMONIA DE INAGURACION	13
CONFERENCIA MAGISTRAL: FUNDAMENTOS FINANCIEROS DE LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL	17
Gabriel Martínez LAS PERSPECTIVAS DEL SECTOR SALUD HACIA EL SIGLO XXI LA REFORMA DEL SECTOR SALUD	25
Guido Miranda EL CONTEXTO TRANSICIÓN COMO UNO DE LOS FUNDAMENTOS DE LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO	41
Rafael Lozano A. LA PARTICIPACIÓN PUBLICA Y PRIVADA EN EL FINANCIAMIENTO Y EN LA PRESENTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	85
Carlos Cruz Rivero EL MODELO DE SALUD EN LATINOAMÉRICA	93
Kevin Armstrong SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EL MODELO DE COLOMBIA	99
Alfonso Roa S. LAS REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD EN CANADÁ	119
Gerald Chipeur PROGRAMAS INNOVADORES PARA MEJORAR LA EFICIENCIA Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN	129
Marió Madraza Navarro MECANISMOS PARA AMPLIACION DE COBERTURA SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA	135
José Valdés Durón LA REFORMA AL SISTEMA DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA	145
Javier Domínguez del Olmo	

EL BIENESTAR SOCIAL	151
Lilia M. Archaga	
LA PARTICIPACIÓN DE LA MUJER EN EL MERCADO LABORAL SU IMPORTANCIA EN LA ESTRATEGIA DEL DESARROLLO	163
Lilia Marta Aschaga	
LA MUJER Y LA SEGURIDAD SOCIAL	171
Dulce María Sauri R.	
LAS PRESENTACIONES SOCIALES EN EL NUEVO ENTORNO INSTITUCIONAL	179
José Antonio Morán Z.	
GUARDERÍAS, ESTRATÉGICAS DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA	189
Ana María García Cervantes	
ANÁLISIS COMPARATIVO DEL BIENESTAR SOCIAL EN AMÉRICA DEL NORTE	159
Clemente Ruíz Durán Versión estrenográfica	
EL DESARROLLO HUMANO Y LA SEGURIDAD SOCIAL	199
Laura López Padilla	
CONFERENCIA MAGISTRAL	203
“EL MARCO CONCEPTUAL DE LA REFORMA EN MÉXICO”	
Gerardo Cajiga	
ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SU IMPACTO EN LA SEGURIDAD SOCIAL	213
Sergio Camposortega	
EL SISTEMA DE PENSIONES EN URUGUAY	219
Ofelia Mila	
INTERACCIÓN DE LOS PLANES PRIVADOS DE PENSIONES DENTRO DE LA NUEVA LEY DEL IMSS	249
Rafael Trava Bolio	
LA AFORE SOCIAL	255
Jorge Espinoza de los Reyes	
EL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO	259
Carlos J. Sotó Pérez	
CONFERENCIA MAGISTRAL	
ASPECTOS JURÍDICOS DEL NUEVO SISTEMA PENSIONARIO MEXICANO.	277
Sergio Vallis Hernández	
EL ROL DEL ESTADO EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	293
Patricio Tombolini	
REFLEXIONES SOBRE LAS REFORMAS A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA	299
Alejandro Bonilla García	

FUNDAMENTOS DE LA REFORMA Y SU VINCULACIÓN CON EL AHORRO DE LARGO PLAZO	305
Luis C. Cerda González	
EL PAPEL DEL ESTADO Y DEL SECTOR PRIVADO EN LA REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES	315
Eduardo Macías Santos	
LA REFORMA DE PENSIONES Y EL DESARROLLO DE LAS RENTAS VITALICIAS	319
Luis Sosa Gutiérrez	
LA REFORMA DE PENSIONES Y SU ARTICULACIÓN CON EL SISTEMA FINANCIERO	325
Luis Huerta Rosas	
LA MODERNIZACIÓN DEL ESTADO, LA DESCENTRALIZACIÓN Y LA REFORMA EN EL SECTOR SALUD: UNA VERSIÓN REGIONAL AMERICANA	331
José María Marín	
LA REFORMA DEL IMSS DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS TRABAJADORES	351
Juan Moisés Calleja	
CEREMONIA DE CLAUSURA	361
SÍNTESIS DE LA RELATORIA GENERAL DE LA II REUNIÓN INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SEGURIDAD SOCIAL	
Jaime Latapí López	
CONCLUSIONES SOBRE EL TEMA DE SISTEMAS DE SALUD	377
CONCLUSIONES SOBRE EL TEMA DE BIENESTAR SOCIAL	379
CONCLUSIONES SOBRE EL TEMA DE PENSIONES	381
REFLEXIONES SOBRE LAS REFORMAS	383
Jaime Maninat	
PALABRAS DE CLAUSURA	387
Lic. Genaro Borrego Estrada	

FE DE ERRATAS

PAGINA	DICE	DEBE DECIR
INDICE PAG. i	NO APARECE	EL COSTO DE NO REFORMAR: LA NECESIDAD DE UN MODELO INNOVADOR PARA LA REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMERICA LATINA. Pag. 61 Julio Frenk Mora y Juan Luis Londoño
INDICE PAG. iii	REFLEXIONES SOBRE LAS REFORMAS Jaime Maninat	REFLEXIONES SOBRE LAS REFORMAS Jean Maninat

PRESENTACION

En el periodo comprendido del 7 al 9 de Mayo de 1997, y auspiciada por la **Conferencia Interamericana de Seguridad Social y el Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social, A. C.**, se llevó a cabo la **Segunda Reunión Internacional de Expertos en Seguridad Social**, a fin de conocer y analizar las tendencias y repercusiones de las reformas de la seguridad social en países en desarrollo o en vías de serlo.

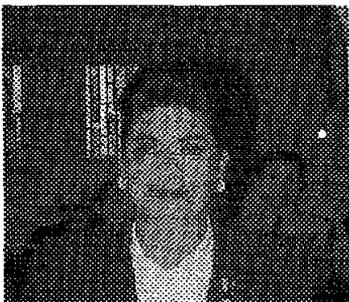
Dado el interés de los temas tratados y de la calidad de los trabajos que se presentaron, las instancias organizadoras del evento, decidieron la publicación del presente libro que se basa en las conferencias expuestas por los expertos nacionales e internacionales invitados.

En virtud de la importancia que tienen dentro de las reformas los aspectos relacionados con la salud, en el primer capítulo se agrupan las conferencias relacionadas con este tema.

El segundo capítulo lo integran las diversas conferencias relacionadas con el tema del bienestar social en el que se le dá un especial énfasis al papel de la mujer en los procesos de reforma de la Seguridad Social.

Finalmente, y por la importancia y actualidad que tienen los aspectos que se refieren a los sistemas pensionarios dentro de las reformas de la seguridad social, se conforma el capítulo con las conferencias relativas a este tema nuclear.

Es nuestro más vehemente deseo que los trabajos incluidos en este volumen, contribuyan y muevan a reflexión y a la toma de decisiones que fortalezcan los principios y objetivos presentes y futuros de la Seguridad Social.



DISCURSO DE LA LIC. MARIA ELVIRA CONTRERAS EN LA CEREMONIA DE INAUGURACION

Es egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México, donde cursó la Licenciatura en Derecho y la especialidad en Seguridad Social. Ha ocupado diversos cargos en el Instituto Mexicano del Seguro Social y actualmente es Secretaria General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

Licenciado Genaro Borrego Estrada,

Presidente de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y

Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social;

Arquitecto Jaime Latapí,

Director General del Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social;

Distinguidos miembros del Presidium.

Estimados Representantes de las Instituciones Miembros de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

Señoras y Señores.

Queridos amigos:

Me ha correspondido, en esta ocasión, el gran honor de dar a ustedes la más cordial bienvenida a la "Segunda Reunión Internacional de Expertos en Seguridad Social" organizada por el Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social y la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

En abril de 1995, en esta Ciudad de México, el Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social (CEDESS) organizó, con gran éxito, la Primera Reunión de Expertos en Seguridad Social, con la participación de representantes de Colombia, Estados Unidos, México, Costa Rica, Francia, Chile, Argentina, El Salvador, República Dominicana, Bolivia y de diversos organismos internacionales.

En dicha reunión, después de la presentación de algunos de los planes de reforma de la seguridad social que habían sido realizados o que estaban en proceso de desarrollo en varios países del mundo, se llegó a las siguientes conclusiones:

"La equidad, universalidad, eficiencia y solidaridad, son los principios básicos que deben regir toda reforma de la seguridad social.

“Toda reforma debe fundarse en el carácter público de la seguridad social, en el aseguramiento obligatorio y en la rectoría del Estado”, y

“La reforma debe surgir de un amplio consenso en el que participen todos los sectores sociales”.

Estas conclusiones, a dos años vistas, siguen siendo plenamente válidas.

En esta segunda reunión, que se da bajo el lema “**Reflexiones sobre las Reformas**”, se pretende continuar con un análisis detallado y profundo de las reformas efectuadas, revisando los puntos considerados para alcanzar un equilibrio entre los aspectos económicos y sociales en materia de salud, bienestar social y pensiones, con el objetivo de lograr una comprensión global de los factores particulares de los modelos adoptados, reconociéndose la diversidad que existe en el contexto económico, político y social, de los diferentes países, para valorar y entender mejor sus reformas y los nuevos sistemas de seguridad social que han surgido.

Para las mesas de trabajo se ha buscado la participación de expositores de diferentes países, con la finalidad de escuchar sus experiencias sobre estas reformas, así como de representantes de organismos internacionales hermanos, que nos aportarán una visión global o regional del tema.

Agradecemos a los Presidentes de las Sesiones Plenarias, a cuyo cargo estará el desarrollo de los trabajos: Arturo Gaytán, Javier Cabral, Sergio Díaz Infante, Ernesto O’Famí y Rosa María Farell, por su amable aceptación para colaborar en esta Reunión.

Comenzaremos, el día de mañana, con una Conferencia Magistral, a cargo de Gabriel Martínez, sobre los Fundamentos Financieros de la Reforma de la Seguridad Social en México, para continuar, posteriormente, con el tema de los Sistemas de Salud, en el que se expondrán:

- La Reforma de los Sistemas de Salud en Costa Rica, por Guido Miranda,
- El Modelo de Salud en Estados Unidos de América, por Kevin Armstrong,
- El Modelo de Salud en Colombia, por Alfonso Roa Sifuentes y Alvaro Gutiérrez,
y
- La Reforma a la Seguridad Social en Canadá, por Gerald Chipeur,

Además del análisis, de manera más amplia, de diferentes aspectos del sistema de salud en México, a cargo de: Rafael Lozano, Julio Frenk, Carlos Cruz, Mario Madrazo, José Valdés Durón y Javier Domínguez del Olmo.

Por la tarde, se abordará el tema de Bienestar Social, rama de gran importancia dentro de la seguridad social, contando con las participaciones de:

- Lilia Marta Archaga de Argentina con el tema “El Bienestar Social, del Apogeo al Ocaso. La Etica de la Renegociación del Contrato Social” y, de México:
- Dulce Martha Sauri con el tema “La Mujer y la Seguridad Social”,
- José Antonio Morán con el tema “Las Prestaciones Sociales en el Nuevo Entorno Institucional”.
- Ana María García Cervantes con el tema “Guarderías. Estrategias de Ampliación de Cobertura”,
- Clemente Ruiz Durán con un “Análisis Comparativo del Bienestar Social en América del Norte” y,
- Por parte de Naciones Unidas, Laura Inés López con el tema “Indicadores de Salud”.

Terminarán nuestras actividades vespertinas de ese día, con la Conferencia Magistral de Gerardo Cajiga sobre el "Marco Conceptual de la Reforma en México".

El viernes nueve se estudiará el tema de los Sistemas de Pensiones, presentándose una Conferencia Magistral a cargo de Patricio Tombolini, de Chile, y teniendo como expositores a Ofelia Mila, de Uruguay, a Alejandro Bonilla, Representante de la Organización Internacional del Trabajo, y la presentación de diferentes enfoques en el análisis del Sistema de Pensiones en México, a cargo de Sergio Camposortega, Rafael Trava, Jorge Espinosa de los Reyes, Carlos Soto, Luis Cerda, Eduardo Macías, Luis Sosa, Luis Huerta Rosas y las Conferencias Magistrales de Sergio Vallis y Juan Moisés Calleja. Escucharemos también, en esa oportunidad, con una Conferencia Magistral, a José María Marín, de la Organización Panamericana de la Salud, quien nos hablará de la Modernización del Estado, la Descentralización y la Reforma del Sector Salud, una Visión Regional Americana.

Las conclusiones serán presentadas, de acuerdo a los temas expuestos, por tres de los participantes, quienes estoy segura nos darán una visión clara y sucinta de lo que aquí se exponga.

La Ceremonia de Clausura estará a cargo del señor Jean Maninat, Director de la Oficina de la Organización Internacional del Trabajo en México, a quien deseamos una feliz y fructífera estancia en nuestro país.

A todos los conferencistas y participantes les agradecemos su presencia e invaluable apoyo.

Señoras y Señores:

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social surge hace 54 años, con la misión fundamental de impulsar el desarrollo de la Seguridad Social Americana. A

lo largo de su fructífera existencia ha servido a las instituciones que la integran, de acuerdo a sus necesidades y al momento histórico que se ha vivido.

En sus orígenes, propició el nacimiento y la conformación de los diversos sistemas; en una segunda etapa contribuyó al mejoramiento y avance de los regímenes establecidos. Hoy, ante una nueva época, en la que la seguridad social reviste importancia fundamental en todos los países, y en la que América marca un hito en su compromiso frente a sus pobladores, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social reafirma su vocación original y de respaldo a sus instituciones, abriendo espacios para la discusión, el análisis y el diálogo abierto y respetuoso, respecto a los caminos a seguir.

Hoy, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social une sus esfuerzos a los del Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social, para que en su seno se continúen buscando las mejores opciones para la preservación y la renovación de la seguridad social americana.

Aquí tenemos lenguaje, anhelos, e ideales comunes; aquí, respetamos la diversidad en la unidad, aquí, continuamos fomentando la integridad americana.

Es indiscutible que los sistemas de seguridad social requieren de cambios. Varios países de América han llevado a cabo reformas que varían en intensidad y alcances, de acuerdo a sus propias características, tradiciones, e ideologías. Chile, Argentina, Perú, Colombia, Uruguay, Bolivia, El Salvador y México, han pasado o están transitando por este proceso. Conocer mejor los nuevos sistemas nos ayudará a todos.

Finalmente, deseo resaltar que las reformas de la seguridad social obedecen al anhelo, al imperativo, de su fortalecimiento y de su revitalización; que en los nuevos sistemas se conservan los principios fundamentales y tradicionales de la seguridad social, así como el compromiso renovado, de los Gobiernos para con la población asegurada; que la participación de todos los sectores sociales amplía y mejora la perspectiva futura de los sistemas y, lo más importante, que la intención última de la seguridad social sigue y seguirá siendo la protección del ser humano, a la cual, todos los aquí presentes, estamos dedicados.

Les ratifico una cálida bienvenida a la Casa de la Seguridad Social Americana y les manifiesto mi deseo de que el intenso trabajo que hoy iniciamos deje huella y fruto en nuestras instituciones y en nuestros respectivos países.



DISCURSO DEL ARQ. JAIME LATAPI LOPEZ EN LA CEREMONIA DE INAUGURACION

Estudió la Licenciatura en Arquitectura en la Universidad Iberoamericana. Se ha desempeñado en diversos cargos dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, del INFONAVIT y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Actualmente es Director General del Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social, A.C.

Señor Licenciado Genaro Borrego Estrada,

Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social y Presidente de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social;

Señora Licenciada María Elvira Contreras,

Secretaria General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social;

Distinguidos Miembros del Presidium;

Señores Expertos en Seguridad Social;

Señoras y Señores:

Constituye para mi un elevado honor dirigirme a ustedes en esta Ceremonia de Inauguración de la **II Reunión Internacional de Expertos en Seguridad Social**.

Hace dos años convivimos en la Primera Reunión con el propósito de aprender unos de otros, compartiendo nuestras experiencias.

Hoy, hemos sido convocados por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y por el Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social para analizar conjuntamente las reformas más recientes.

Me corresponde compartir con ustedes unas breves reflexiones acerca de los principales factores y circunstancias que dieron origen a la decisión de llevar al cabo la reforma de la Ley del Seguro Social de México.

Ningún sistema o institución es algo acabado, ni puede pretender considerarse como perfecto. . .

Si un sistema no tiene la capacidad de monitorear, diagnosticar y evaluar los cambios en el entorno, puede persistir en situaciones que lo conduzcan a responder o bien a circunstancias que ya no existen o a no hacerlo ante realidades que reclaman su

intervención eficaz, eficiente y oportuna.

Este aspecto esencial de cada institución **viva** es el que conduce a operacionalizar procesos que denominamos genéricamente como “**reformas**”.

Al respecto, quisiera destacar únicamente dos aspectos de la noción de Reforma:

En primer término, subrayar que se trata de un proceso, es decir, **un fenómeno dinámico adaptativo continuo**, mediante el cuál el sistema analiza permanentemente el entorno y evalúa su propia estructura, sus funciones y sus objetivos específicos para responder a las necesidades de la sociedad en la que está inmerso.

En segundo lugar, que es esencialmente un concepto que implica **la apertura al diálogo honesto y fundamentado**, que busca analizar y compartir enfoques, modelos, opiniones y críticas constructivas para encontrar luces que guíen su trayectoria en los años por venir.

Por otra parte, considero que los **principales detonadores** de los procesos de reforma de la seguridad social en nuestro continente, tienen -en mayor o menor medida- denominadores comunes que pueden agruparse en cuatro grandes categorías:

- Cambios Demográficos y en el Perfil Epidemiológico de la Población.
- Globalización Económica.
- Situación Financiera de las Instituciones, y
- Las Exigencias Sociales.

En el caso de México uno de los principales factores que ha afectado de manera más decisiva el comportamiento de las necesidades y las demandas de seguridad social, es el cambio en el **entorno demográfico y epidemiológico** caracterizado, principalmente, por una disminución en las tasas de natalidad y mortalidad que ha dado como resultado un descenso en las tasas de crecimiento de la población y un aumento en su esperanza de vida.

Este aumento ha implicado que más personas lleguen a la edad de retiro y que el número de años durante los cuales se paga una pensión se haya incrementado sustancialmente. Además -en todos los casos- se prolonga el lapso de la vida en que se ofrece atención médica, precisamente cuando es más necesaria, frecuente y costosa.

La creciente presión hacia la disminución de costos de producción, por otra parte, ha generado procesos de producción compartida a nivel internacional así como un mayor comercio, fruto, además, de la formación de bloques económicos y

comerciales así como de la liberalización y la apertura de las economías.

Este complejo fenómeno, conocido con el nombre de globalización económica, ha impulsado, en todos los países, a eficientar el costo y la calidad de los sistemas de producción.

En este proceso en el que no sólo compiten empresas sino también las naciones, se ha hecho necesario reformar diversos sistemas que afectan su competitividad internacional. Los países se han empeñado en realizar diversas reformas estructurales a sus economías, destacando, entre ellas, las relativas a sus sistemas de salud y de seguridad social.

Sin embargo, reformas que encarecieran los costos de producción, traerían como consecuencia, tanto para las empresas como para el país, salirse de rangos de competitividad internacional.

La reforma mexicana se propuso, simultáneamente, contribuir a generar más empleos e incrementar el nivel de los salarios en beneficio de los trabajadores.

Ejemplo: Por lo que se refiere a la salud, era indispensable buscar un sano equilibrio en la asignación de recursos para lograr el abatimiento del peso de la enfermedad y, simultáneamente, obtener este equilibrio mediante una mayor eficiencia, eficacia y calidad en los procesos de prestación de servicios precisamente para la salud, ciertamente no para la enfermedad y nunca mediante un aumento irracional de los costos.

La estabilidad y el crecimiento económico sostenidos son condiciones necesarias mas no suficientes del desarrollo social. En este contexto, el ahorro interno es un factor clave para incrementar la inversión que genera empleos sobre bases sólidas que hacen posible el bienestar social.

La obligación del Estado de contribuir de manera más eficaz al desarrollo nacional, a estimular la generación del ahorro interno y al crecimiento del empleo, coincidió con la necesidad de enfrentar complejas circunstancias y de resolver urgentemente la crítica situación financiera por la que atravesaba el Instituto; adecuarse al cambio demográfico; responder a las crecientes demandas de mayor eficiencia en el uso de los recursos y de superar insuficiencias con la voluntad de dar plena vigencia a los principios y filosofía originales de la seguridad social mexicana.

Las contribuciones y la cobertura de la seguridad social están directamente vinculadas a la situación del empleo y de los salarios. Cuando disminuye el empleo formal, se reduce la cobertura y bajan los ingresos de la institución. La recaudación, al estar ligada a los salarios y no al costo de los servicios, depende considerablemente de la evolución de éstos, por lo que en épocas en que los salarios no crecen en términos reales, los ingresos institucionales disminuyen. Sin embargo, es precisamente en esos momentos cuando la demanda de servicios aumenta.

Debido a ello, un tercer factor detonante fue la delicada **situación financiera** del Instituto que prácticamente estaba a punto de un colapso que se reflejaba en cada uno de sus ramos; desfinanciamiento crónico y creciente del ramo de Enfermedades y Maternidad que requería ser subsidiado por el de Guarderías y el de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte, afectando, al primero, en sus posibilidades de crecimiento y agotando los remanentes y las reservas de los otros ramos de aseguramiento poniendo en riesgo, a corto plazo, el pago de las pensiones en curso.

El ramo de Riesgos de Trabajo, si bien no estaba desfinanciado, sí estaba atado a una estructura de cuotas que difícilmente hubiera podido incentivar a las empresas para disminuir riesgos y para proteger más a sus trabajadores.

La reforma fue, finalmente, detonada por la **exigencia de trabajadores y patrones**. La problemática del Instituto fue dada a conocer públicamente por medio de un valiente diagnóstico elaborado por el propio **Instituto Mexicano del Seguro Social**, que propició un amplio proceso de consulta en la sociedad, particularmente entre obreros y patrones pero también con la participación de numerosos especialistas y organizaciones de todo el país.

Los obreros y los patrones demandaron mejoras sustanciales en la calidad y la oportunidad de los servicios manifestando, también, su voluntad de compartir esfuerzos para lograrlas.

El reto de la reforma era, nada menos, que lograr mayor bienestar con más calidad y a menores costos.

Hace apenas unos días, el 1° de este mes, en su discurso conmemorativo del Día del Trabajo, el Presidente de México, Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León, manifestó (y lo cito):

“ . . . hemos hecho las reformas para defender, para mantener, para preservar el Instituto Mexicano del Seguro Social. Hubiera cometido una falta muy grave como Presidente de la República si me hubiera quedado con los brazos cruzados, esperando a que el Instituto Mexicano del Seguro Social quebrara.

Hubiera sido una cobardía, una irresponsabilidad, una traición a los trabajadores de México y por eso es que emprendimos esa reforma y por eso tenemos ahora una Institución que no solamente ya no está en riesgo, sino que a partir de ahora podrá servir más y mejor a los trabajadores de México. . . ” (hasta aquí la cita).

Quiero recalcar que éstas palabras están avaladas por un incremento sin precedentes en 54 años de vida institucional en la participación de la aportación gubernamental en los ingresos totales del instituto.

Este hecho sí marca un hito en la historia de la seguridad social en México.

La decisión de reformar fue especialmente valiente dadas las difíciles circunstancias políticas, sociales y económicas en que se tomó.

Con lo anteriormente expuesto queda evidenciado que era impostergable reformar la Institución. Sin embargo, la decisión de hacerlo, no fue sólo para evitar problemas y amenazas por muy severas que fueran. Se trataba de aprovechar las oportunidades del entorno y apalancándonos en nuestras fortalezas, hacer avanzar la seguridad social creando nuevos paradigmas para inaugurar una nueva etapa en su historia.

Irresponsable hubiera sido no actuar.

Postergar sin resolver hubiera implicado abandonar los esfuerzos por ofrecer más seguridad y bienestar y aceptar como una fatalidad la presencia de un colapso financiero de incalculables consecuencias.

Que quede claro: reformar no es claudicar de las convicciones. Los cambios se han apegado a los principios solidarios y redistributivos que dieron origen a esta institución, respondiendo a las aspiraciones que nos identifican como nación y dando cabal cumplimiento a las demandas de los trabajadores.

Incompletas serían mis reflexiones sobre las reformas -tema central que nos reúne- si no expreso ante este elevado Foro algunas de sus principales implicaciones metodológicas y valorales.

A partir de la tesis que las reformas al sistema de seguridad social deben ser diseñadas para las condiciones específicas de cada país en el contexto histórico en el que se encuentre, postulo, -en lo metodológico- que las reformas deben tener, al menos, tres características fundamentales: ser prospectivas, sistémicas y estratégicas.

Prospectivas, porque la naturaleza esencial de la seguridad social nos obliga a pensar en los largos plazos, en una lógica que no pretende adivinar el futuro sino contribuir a construirlo.

Sistémicas, porque deben ser integrales. La seguridad social es un complejo sistema que es mucho más que la suma de unos cuantos seguros que cubren otros tantos riesgos de sus individuos.

El enfoque sistémico de las reformas debe articular -hacia adentro- subsistemas interactuantes y -hacia afuera- adaptarse dinámicamente a un complejo entorno político, económico, social, demográfico, cultural y tecnológico.

Por tanto, la tercera característica de las reformas apunta a que deben ser **estratégicas** al correlacionar oportunidades y amenazas del entorno con sus fortalezas y debilidades.

Karl Gustaf Scherman, Presidente de la Asociación Internacional de la Seguridad

Social (**AISS**) en su brillante conferencia magistral del último Ciclo de Conferencias de Alto Nivel, organizado por la **CISS** en la Ciudad de México, en septiembre de 1996, manifestó la inmensa falta de comprensión acerca de los apuntes filosóficos de la Seguridad Social.

Este planteamiento me ha motivado para compartir con ustedes, mis reflexiones personales acerca de los principales fundamentos axiológicos de la seguridad social.

En primer lugar, **el ser humano como valor central**, fundamento, motivo y fin de nuestro quehacer, ahora con una visión que enriquece su contenido al pasar más de considerarlo como sólo objeto pasivo del sistema de seguridad social a concebirlo como sujeto corresponsable de la construcción de su futuro.

En segundo término, **el valor de la libertad**, que se está haciendo cada vez más vigente, entre otras manifestaciones, al consagrar el derecho de elegir al médico que atienda al trabajador y a su familia, en el derecho a elegir quién le administre sus recursos para el retiro y en la decisión de quién cuide adecuadamente a sus hijos.

En tercero, **el valor de la justicia**, cada vez más plasmada en mayor equidad y, particularmente, en los mecanismos para ampliar -en un contexto de solidaridad humana- el acceso de los menos favorecidos a los beneficios de la seguridad social.

Todos estos valores quedan integrados en el **humanismo**, no considerado como un conjunto de conocimientos sino como una actitud ante el hombre, ante cada hombre, que conduce inequívocamente al valor de servir, no con posturas individualistas sino en la tesitura de la solidaridad con nuestros semejantes. Estos conceptos perfilan el camino de la transición de un conjunto rígido de seguros sociales inconexos hacia un verdadero sistema de seguridad social integral.

Hoy, a **968** días del próximo milenio, renuevo mi fe y mi indeclinable convicción de que la seguridad social continuará siendo un soporte esencial del bienestar social, un patrimonio de los trabajadores y un baluarte de los valores humanos en México, en nuestro continente y en todo el Mundo.



DISCURSO DEL LIC. GENARO BORREGO ESTRADA EN LA CEREMONIA DE INAUGURACION

Es Licenciado en Relaciones Industriales por la Universidad Iberoamericana. Diputado Federal y luego Gobernador de Zacatecas. Fue Presidente del Comité Ejecutivo Nacional del Partido Revolucionario Institucional. Actualmente se desempeña como Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Lic. María Elvira Contreras Saucedo,

Secretaria General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social;

Arq. Jaime Latapí López,

Director General del Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social de México;

Distinguidos Representantes de la Seguridad Social de nuestro continente;

Señoras y Señores:

Una gran satisfacción para todos nosotros representa encontrarnos nuevamente en esta II Reunión Internacional de Expertos en Seguridad Social.

Estoy cierto, que con la presencia de expositores, ponentes y expertos, dignos representantes de nuestra encomiable tarea, la reunión alcanzará el éxito esperado. Ustedes, coadyuvan a la edificación de mejores caminos para la seguridad social, de la que todos somos partícipes. Les extiendo la más cordial bienvenida y los conmino a que este tipo de eventos sigan siendo una fuente inagotable de soluciones y constante superación.

El intercambio de conocimientos, experiencias, investigaciones propuestas y soluciones a los problemas cada vez más complejos de nuestras sociedades e instituciones, en un contexto participativo e incluyente, es un ejercicio útil y necesario para cualquier área del quehacer humano. Es así que este foro brinda un espacio propicio para seguir aprendiendo del diálogo y la reflexión; hecho fructífero que sin lugar a dudas se aprovechará el beneficio de la seguridad social de nuestras naciones.

Reconozco en el CEDESS y el CISS su afán de constante búsqueda y análisis para el fortalecimiento de las instituciones sociales de América Latina.

La seguridad social, como sustento de desarrollo y crecimiento, ha significado a través de la historia un elemento inigualable para cada uno de nuestros países.

En ella, se fincan las bases de sociedades más sanas y más justas, pero sobretodo más humanas. Por ello no podemos prescindir en la búsqueda cotidiana de su perfeccionamiento; la trascendencia social de sus preceptos son la mejor guía para que todos los que estamos inmersos en esta tarea traduzcamos en hechos de bienestar sus nobles fines.

Su mejoramiento y preservación se vuelve condición necesaria de armonía y paz social. América así lo entiende y se aboca a erradicar fallas y a abrir nuevos caminos que perfeccionen sus instituciones.

Al final de este siglo, nuestros sistemas de seguridad social han enfrentado nuevos retos y experimentado importantes cambios con el objetivo de continuar brindando protección y bienestar a nuestras poblaciones. Gracias a ello, podemos contar con sistemas que, fieles a los principios que los originaron, atienden con calidad eficacia y oportunidad los diversos problemas que día con día se pueden resolver.

Los logros que hemos alcanzado en esta importante área de desarrollo social, son altamente significativos. Hoy, nuestras sociedades cuentan con mejores condiciones de salud, así como prestaciones sociales, pensiones más justas y equitativas que garantizan bases más sólidas para el crecimiento y la mejora en la calidad de vida en millones de personas.

Sin embargo, las circunstancias que acompañan los tiempos presentes han puesto en peligro la viabilidad de los sistemas de seguridad social adoptados en la primera parte de este centenario. América Latina ha sido testigo de cambios sustanciales en las normas de interdependencia económica; junto con ello, se han modificado las tendencias de cambio demográfico y epidemiológico; se han registrado fluctuaciones en los niveles de salario y empleo. La fuerza de estos acontecimientos ha trastocado irremediabilmente la estructura de la seguridad social.

Por ello, en la región se han emprendido reformas que primordialmente han atendido a la problemática y dinámica de cada país. El rumbo tomado se ha dirigido a fortalecer la protección de los trabajadores y sus familias, a apoyar a las industrias nacionales brindándoles mejores condiciones de competencia y a hacer viables los sistemas. Pero es precisamente éste, un momento en que la seguridad social intervendrá de manera más firme en nuestras sociedades, al poder ser promotora de la generación de empleo y crecimientos económicos.

Esta es una oportunidad única para que nuestros países puedan depender de sus propios recursos para generar bienestar social y económico.

Un factor de gran relevancia en este proceso de reforma, es el de la redefinición del papel del Estado en la conformación de las renovadas bases de la seguridad social. La participación del sector privado y los nuevos esquemas de financiamiento son elementos a considerar. Cada uno de nuestros países tiene su historia, sus problemas

y su propia forma de abordarlos, pero la función del Estado seguirá siendo, sin duda, la de promover sociedades más justas.

Hemos enfrentado circunstancias muy adversas de las cuales salimos adelante gracias a que nuestros pueblos han demostrado fortaleza en todo momento, porque junto con las instituciones han afrontado los retos de un mundo que se transforma.

Prueba de ello, son los logros obtenidos mediante los sistemas de salud, provistos por la seguridad social. A través de estos, se ha registrado una notable mejora en la calidad y esperanza de vida de los habitantes de la región. Hecho que nos impulsa a desarrollar nuevos modelos integrales de atención a la vejez, ideando para tal fin esquemas más justos.

Las reformas comprendidas primordialmente se han centrado en los sistemas de pensiones. En estos, se han alcanzado grandes y valiosos logros mediante el análisis, el diálogo y la participación de todos ustedes. Sin embargo, aún falta profundizar en el estudio de las experiencias tenidas en los sistemas de salud y bienestar social, los cuales juegan un papel trascendental en la vida presente y futura de nuestras sociedades. El conocimiento pleno de nuestra problemática es la mejor herramienta para conseguir juntos las soluciones necesarias en la búsqueda de su perfeccionamiento. Por ello, los conmino a que ésta sea una tarea primordial, no sólo de esta reunión, sino en eventos posteriores donde la seguridad social sea tema de reflexión.

Señoras y Señores:

La seguridad social tiene en sus raíces un valor intrínsecamente noble, y es el de la protección a los individuos. Con ésta, los trabajadores y sus familias de los pueblos de América han podido encarar con esperanza y fortaleza los retos competitivos que impone un mundo, con economías cada vez más interdependientes.

Debemos construir sistemas viables que tengan por finalidad el bienestar íntegro de la sociedad, por que en ella todos somos partícipes. Hay que tomar en cuenta el papel activo que la mujer ha venido desempeñando en el mundo laboral. Hoy, está teniendo una participación preponderante en actividades fundamentales para el desarrollo de nuestras comunidades. Es por ello que nuestros sistemas tienen una tarea impostergable: el de proveerle apoyos para que su participación se dé en condiciones de igualdad y seguridad.

Los años venideros nos señalan cambios sustanciales a los problemas que, gradualmente, se han venido resolviendo a través de esta gran encomienda. La información, el estudio responsable, la información abierta es una realidad imprescindible para el fortalecimiento en el sistema. Sólo así, con un arraigado compromiso social y un férreo sentido de participación, podremos construir la seguridad social del siglo XXI.

Encontrar los mecanismos que fortalezcan la seguridad social del próximo milenio mediante la adopción de nuevas fórmulas y estrategias que respondan a las exigencias de estos tiempos, es tarea de todos los que estamos aquí reunidos.

Estoy cierto, que los complejos retos que se avecinan difícilmente serán resueltos sin la participación de todos ustedes, destacados analíticos de la seguridad social. La cooperación será el motor hacia el perfeccionamiento de nuestra tarea. Los miembros del CISS, a sabiendas de la importancia de ello, reafirman sus lazos con gente comprometida con el avance de nuestros sistemas mediante estos eventos.

Una vez más les agradezco tanto a organizadores como a participantes la realización de este foro.

Por todo lo anterior me es muy grato tener el honor de declarar inaugurados los trabajos de esta Segunda Reunión Internacional de Expertos en Seguridad Social.



CONFERENCIA MAGISTRAL: FUNDAMENTOS FINANCIEROS DE LA REFORMA A LA SEGURIDAD SOCIAL

Por: **Gabriel Martínez**

Cursó la Licenciatura en Economía en el Instituto Tecnológico Autónomo de México y la Maestría y Doctorado en Economía en la Universidad de Chicago. Fue Jefe de la Unidad de Desregulación Económica de la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, ocupó el cargo de Director de la Unidad de Planeación del Instituto Mexicano del Seguro Social y actualmente es Director de Finanzas y Sistemas del mismo.

Aunque la seguridad social mexicana abarca una amplia gama de servicios y prestaciones diversos, es fundamentalmente un programa social y laboral. Esto quiere decir que la reforma a la Ley del Seguro Social tiene como objetivo primordial sentar los elementos necesarios para garantizar el aseguramiento social desde su entrada en vigencia y durante al menos los próximos 50 años. Por ello, no es posible afirmar que la reforma se fundamenta en cuestiones financieras, no obstante que son aspectos cruciales para alcanzar el objetivo de la nueva Ley que es garantizar el aseguramiento social, lo cual requiere de la permanencia del Seguro como una institución viable económicamente y eficaz en la prestación de sus servicios.

Ingresos en el régimen ordinario del IMSS si la
hubiera entrado en vigencia desde 1991
(Millones de N\$ a septiembre de 1995)

	1991	1992	1993 /a	1994 /b	1995
Sistema Vigente	21,298	21,202	23,022	30,144	20,274
Recaudación total					
Cuotas obrero patronales	20,233	20,141	21,871	28,637	19,260
Aportación del Gobierno	1,065	1,060	1,151	1,507	1,014
Reforma si estuviese vigente desde					
Recaudación total	24,910	25,373	25,960	30,432	24,487
Cuotas obrero patronales	14,333	14,845	15,640	19,894	13,762
Aportación del Gobierno Federal	10,577	10,527	10,320	10,537	10,725
Diferencia entre ambos esquemas	-3,612	-4,171	-2,938	-288	-4,213

/a Hasta agosto de 1993, el tope de cotización en el seguro de enfermedades y maternidad era de 10 salarios mínimos. De septiembre a diciembre de 1993, el tope de cotización fue de 18 salarios mínimos. /b En enero de 1994, el tope de cotización en el seguro de enfermedades y maternidad aumentó a 25 salarios mínimos.

Recursos para la Salud

Uno de los temas más debatidos de la reforma es la suficiencia de las cuotas del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM). El siguiente cuadro muestra la proyección de los ingresos de haber estado en vigor la nueva ley desde 1991, en comparación con los ingresos realizados.

Como se aprecia, la nueva ley provee recursos consistentemente más elevados. Esta mayor capacidad económica de la Seguridad Social se utilizará para cubrir los costos que este ramo ha sido incapaz de enfrentar a lo largo de su historia y, en consecuencia, abre la oportunidad de mejorar la calidad de los servicios.

Ahora bien, el concepto de suficiencia no se satisface con esta comparación; no basta que los ingresos sean mayores para que sean suficientes. Se estima que las primas del SEM representarán entre 13 y 14% del salario de cotización del trabajador promedio (incluyendo la aportación estatal). Esta es una tasa entre media y alta en comparaciones internacionales, y resulta en un nivel de ingreso anual por asegurado de aproximadamente \$3,600 en el corto plazo. Estos son los recursos que tendrá el SEM del IMSS para atender a un asegurado y a su familia, un promedio de un poco menos de tres personas. ¿Es ello suficiente?

En realidad es posible decir que los recursos para la salud nunca serán suficientes; yo quisiera que los recursos para investigación fueran varias decenas de veces mayores a los que son. Igualmente, también quisiéramos que los más caros tratamientos disponibles en los países más ricos estuvieran a disposición de nuestras familias. Sin embargo, el hecho es que los trabajadores que cotizan al IMSS tienen un salario promedio de un poco más de \$30,000 pesos al año y de acuerdo con ello hay que brindar la mayor cantidad y la mejor calidad posible de servicios para el cuidado y atención de su salud y la de sus familias.

Dedicar mayores recursos al SEM implicaría elevar la carga fiscal directa al trabajador y, aún si se decidiera que ese es el camino adecuado, no es razonable pensar en que ello se podría hacer en una cantidad significativa. Por ello es indispensable considerar en el debate que, para un país como México, no hay un margen muy grande para ampliar los recursos destinados a la salud. También quisiéramos más apoyos federales al IMSS, pero lo socialmente responsable es reconocer que también hace falta asignar más recursos a los programas de pobreza extrema.

La reforma de 1995 a la Ley del Seguro Social representa un cambio fundamental en la orientación de la política fiscal. De 1985 a 1993, la estrategia seguida por el gobierno federal fue la de incrementar las contribuciones obrero-patronales, reducir la aportación estatal y, por consiguiente, incrementar los impuestos a la nómina.

Desde 1985 también se elaboraron análisis que señalaron la posibilidad de que ello afectara en mayor grado a la empresa pequeña y a los trabajadores con salarios promedio de cotización bajos, pero el supuesto fue probablemente que el crecimiento del IMSS no se vería afectado por las mayores contribuciones. Sin embargo, México confirmó, al igual que varios otros países de Latinoamérica y Estados Unidos, que su mercado laboral responde a los mayores impuestos con la creación de empleos informales y la elusión fiscal.

En consecuencia, desde 1989 el IMSS permaneció estancado, reduciendo su cobertura en forma importante en relación a la población trabajadora, y recuperando apenas hasta 1996 los niveles de aseguramiento que tuvo a final de los ochenta. Además buena parte del crecimiento entre 1985 y 1990 se dió mediante la afiliación de grupos con baja o nula capacidad de cotización, de manera que los ingresos por asegurado se deterioraron aún más. En resumen, las ganancias en recaudación por elevar los impuestos son temporales, ya que inducen al trabajador a participar en la economía informal y al patrón a eludir o evadir los cobros.

La reforma de 1995 incluye como elemento principal una reducción en los impuestos a la nómina. La brecha que resultará entre el nivel original de impuestos y el nuevo nivel impositivo será pagada con otros impuestos. Sin embargo, lo central de la reforma es la decisión de gravar menos al trabajo y obtener la recaudación necesaria de impuestos al capital y al consumo, para incentivar la afiliación a la seguridad social. Así, en el documento de Lineamientos Estratégicos 1996-2000, se establece como primera gran estrategia la expansión de la cobertura.

Se puede señalar que las expectativas futuras de generación de empleo y de recuperación de salarios, en primer lugar, dependen del crecimiento esperado de la economía y de la demografía del mercado de trabajo y -en segundo lugar- son en particular importantes para determinar el crecimiento de los salarios de cotización. Se espera que si el país consigue un crecimiento estable y conservador, los ingresos por asegurado del IMSS podrían incrementarse en hasta 30% en 10 años, lo que se reflejaría en la capacidad de servicio.

Por otro lado, la expansión de los servicios depende no sólo del crecimiento del empleo, sino también de la proporción de nuevos trabajadores que deciden emplearse con un patrón que contribuye al IMSS. Al respecto, es clave el papel de la nueva ley. A grandes números, hay en el país 18 millones de hogares, de los cuales entre 11 y 12 tienen seguridad social (vía IMSS, ISSSTE u otro instituto). De los 6 o 7 millones restantes, no menos de dos o tres tienen capacidad de contribuir a la seguridad social y la nueva ley, en complemento con otras estrategias administrativas debe ser capaz de incorporar al menos a estos hogares. Para grupos sociales sin capacidad contributiva, se requieren estrategias adicionales para el aseguramiento social. Esto no es una deficiencia de la nueva ley; es un reconocimiento de que a pesar de los

grandes esfuerzos desplegados, se requieren otros adicionales para llegar a un Estado que garantice una red mínima de protección a la salud y para el retiro. Esos grupos son ahora servidos por programas de salud para población abierta, principalmente IMSS-Solidaridad y los servicios de los gobiernos federal, estatales y municipales, pero no incluyen protección para el retiro, servicios de guarderías para la mujer trabajadora y sus niñas y niños, ni aseguramiento contra riesgos laborales.

Pensiones en el régimen anterior y en el nuevo

Un tema que ha sido debatido en fuertes cantidades pero no con el enfoque adecuado es la comparación entre las pensiones esperadas bajo la ley anterior del Seguro Social y la que entrará en vigor en 1997.

Para trabajadores activos a la fecha del cambio de régimen se garantiza al menos la pensión del régimen anterior, lo que está en la lógica de la reforma, pues en la cuenta individual capitalizable, un trabajador de edad media o avanzada no conseguirá recursos suficientes para financiar su pensión, a menos que tenga ingresos muy elevados y la inflación sea también elevada. Hay quien considera inadecuado que el gobierno absorba directamente el costo de estas pensiones, pero es indispensable entender que la opción de mayores impuestos a la nómina, llevaría al deterioro acelerado del sistema por la caída en la afiliación. Así el sistema sobreviviría sólo con altas tasas de inflación para depreciar las pensiones en vigor.

A diferencia de la ley anterior que no da nada a quien no cotiza 500 semanas, quien cotice sólo 15, 10 o un año, recibirá su ahorro bajo el nuevo régimen. Tal vez el aspecto más crítico de nuestro régimen de seguridad social es que son las mujeres y los trabajadores de menos educación quienes con frecuencia cotizan al Seguro Social y por retirarse al trabajo del hogar, salir del mercado formal o regresar a labores agrícolas pierden sus derechos. Nuestra ley ha sido solidaria por más de 50 años, pero tiene defectos y este es un buen candidato a ser de los más graves.

Para trabajadores que se afilien por primera ocasión a partir del primero de julio de 1997, se establece en la nueva ley un requisito clave, que es la permanencia en el sistema por 1,250 semanas; esto es, aproximadamente 24 años de la vida activa. Para quien cotice esa cantidad de semanas la pensión tenderá a ser igual o mejor que en el sistema anterior; para quien cotice menos, tal y como se explicó en el Congreso y en diversos foros, la nueva ley es menos benévola. Aquí surge un punto crucial: la nueva legislación es consistente, cumplirá lo que promete.

La justicia social no consiste en hacer promesas que no podrán cumplirse. La solidaridad no está en caminar juntos al despeñadero. Los trabajadores tienen entre 30 y 45 años de vida activa, por lo menos. La nueva ley exige cotizar al menos 24

para tener derecho a la pensión mínima, pero si un trabajador está sólo unos pocos años como cotizante al Seguro Social, lo justo es que reciba algo a cambio y eso se consigue con la nueva ley.

La solidaridad no está tampoco en el manejo colectivo de una reserva. Colectivo es el manejo de los fondos que uno hace en cualquier banco. Los bancos utilizan fondos colectivos, a diferencia de una casa de bolsa, donde uno compra activos directos de una empresa. Si uno deposita en un banco y ese banco dá crédito a una empresa, uno no es por ello dueño de esa firma; si uno compra acciones de esa misma empresa mediante una casa de bolsa, uno es dueño y puede ir a votar en las asambleas. Esa diferencia en el manejo de fondos no hace que un banco sea una institución solidaria y que una casa de bolsa no lo sea. Ambas son instituciones capitalistas con el objetivo principal de producir utilidades.

En cambio, la seguridad social es solidaria porque distribuye los riesgos laborales entre todos los trabajadores, porque apoya a toda mujer trabajadora con base en recursos de toda la planta productiva, porque da más a quienes menos tienen. Pretender que la solidaridad radica en la mecánica de manejo de un fondo es una degeneración explicable sólo por intereses políticos ajenos a la seguridad social.

Esto es fundamental por dos razones. Primero, el sistema de reparto sobrevivió gracias a depreciar las pensiones desde los años cincuenta y a pasos agigantados en los ochenta. De haberse mantenido el valor real de las pensiones, el sistema hubiera quebrado probablemente durante los años setenta, y seguramente no hubiera llegado ni a la mitad de los ochenta.

Segundo, el sistema de reparto produce grandes déficit fiscales, como ha sucedido en virtualmente todos los países que han dejado correr el sistema. En meses recientes han estado en la prensa Francia, Alemania y España por este problema, ya que en estos países existen déficit fiscales ocultos superiores al 100% del Producto Interno Bruto. La nueva Ley del Seguro Social no produce déficit fiscal oculto y eso dará una mayor estabilidad financiera al país a mediano y a largo plazo. Por lo mismo, por ser un sistema más transparente, con la nueva ley las familias vivirán bajo una mayor certidumbre sobre el valor de su pensión.

Reitero la inconveniencia de añadir impuestos al trabajo en un país con un grave problema de informalidad en el mercado de trabajo, especialmente después de la experiencia de 1985-95. Mayores impuestos resultarán en menor afiliación, de manera que no sólo no habría un respiro al sistema de reparto, sino que una crisis fiscal de proporción enorme se convertiría en una posibilidad real.

En ausencia de una consideración sobre la consistencia temporal del sistema, el debate corre el riesgo de convertirse en un duelo de hojas de cálculo. Ahora bien, una pregunta que no se puede eludir es cuál es el mejor sistema para evitar que el

gobierno genere deudas no documentadas. No hay que olvidar que a partir de 1985 el IMSS comenzó a generar un pasivo oculto al obtener lo que era en realidad un crédito quirografario en la forma de factoraje, con la peculiaridad que era un factoraje no contra activos devengados, sino contra cuotas obrero-patronales por cobrar. Así, hacia 1987 el IMSS tenía reservas negativas, al grado de que en 1989-90 generó un pasivo promedio por este concepto por 573 millones de pesos, cuando la reserva en valores era de sólo 995 millones. Entre 1987 y 1988, las reservas del IMSS llegaron virtualmente a niveles negativos, apenas en 1992 se consiguió que las inversiones fueran superiores al gravamen mencionado, y apenas en diciembre de 1996 se han constituido al 100%. Es decir, de 1985 a 1990 el IMSS llegó a una gravísima situación financiera al gravar contribuciones futuras, al grado de que apenas en 1997 se finiquitará esa hipoteca.

Evaluación Fiscal

Con respecto a los recursos fiscales requeridos para financiar la reforma, a corto, a mediano y a largo plazos, éstos fueron informados al Congreso desde 1995 y también han sido publicados en diversos formatos y medios. El presupuesto para 1997 coincide con lo informado al Congreso en 1995, cuando se proyectó un costo fiscal adicional anual de aproximadamente 0.87 a 1.07% del PIB en relación al sistema de pensiones en las partes de vejez y cesantía en edad avanzada, más el financiamiento nuevo al Seguro de Enfermedades y Maternidad, esperándose que el gasto en pensiones crezca ligeramente durante los primeros 20 años de funcionamiento de la nueva legislación, incrementándose en hasta 0.6 a 0.7% del PIB hacia el año 2040, para después reducirse rápidamente y ser cercano a cero en 40 años.

La congruencia de lo presupuestado para 1997 y lo presentado al Congreso en 1995 se ejemplifica de la siguiente manera: el presupuesto federal para 1997 prevé transferencias totales al IMSS por \$18,237.7 millones. De ahí, prestaciones económicas (casi en su totalidad pensiones) lleva un costo de \$8,701 millones en gasto a ejercer por el IMSS, más la cuota social por aproximadamente \$3,300 millones, menos los recursos que hubiera dado el presupuesto federal bajo la ley anterior, por \$1,250 millones. Este cálculo deriva en que el costo total en recursos federales del sistema pensional no es de más de 0.35% del PIB en 1997, por medio año de aplicación de la ley. Si se deducen los gastos asociados a invalidez, por no ser ellos parte de lo anterior, se llega a aproximadamente 0.25 a 0.29% del PIB. Al aplicarse la ley todo el año, se llegará a niveles de 0.5 a 0.6% del PIB, más aproximadamente 0.42% por la desgravación en el sistema de salud, más el costo de invalidez, para un nivel total de 1.05 a 1.15% y se concluirá que el planteamiento al Congreso de 1995 fue correcto. Podemos jugar con los supuestos y los modelos numéricos, pero las proyecciones de costo fiscal son razonablemente certeras y cabe esperar que lo sean en el mediano plazo.

Sin embargo, la mayor parte de los gastos fiscales que se mencionan no se derivan de la reforma, sino que corresponden a obligaciones ya generadas. De no darse la reforma, las opciones serían la elevación de las aportaciones estatales al seguro social, la elevación de las cuotas obrero-patronales (que en un mercado de trabajo como el mexicano inciden mayormente sobre el trabajador) o la depreciación de las pensiones (que fue el resultado de los setenta y los ochenta).

El único costo propiamente dicho de la reforma es la cuota social, equivalente a 5.5% de un salario mínimo que el Estado depositará en la cuenta individual del trabajador y se estima en unos \$3,300 millones para 1997. Esta se prevé como una herramienta clave para incentivar a trabajadores de la economía informal a participar en el sistema, y para lograr que las familias de menores ingresos consigan salir de la "trampa de pobreza" que representa el sistema actual y que es un resultado habitual en los sistemas de reparto. Esta trampa de pobreza consiste en que una vez que la persona ha conseguido los requisitos para obtener un ingreso mínimo, lo que en México se da cotizando 500 semanas al Seguro Social, ya no se preocupa por cotizar adicionalmente o en ocasiones siquiera por trabajar adicionalmente, prefiriendo retraerse a la economía informal o fingir una invalidez, aun si sus ingresos son menores. Pero este costo de la cuota social representa creación de reservas para el sistema y, en consecuencia, reduce el déficit fiscal de largo plazo; es económicamente un ahorro público en manos ciudadanas.

Con respecto al Seguro de Enfermedades y Maternidad, se espera un gasto aproximadamente 6 a 7 veces mayor que con la ley anterior, el cual se convierte en permanente.

El poder al trabajador

Con respecto a las condiciones de propiedad de los trabajadores sobre su ahorro, éstas están claramente especificadas en las leyes. Como sucede en los regímenes contemporáneos de derecho en un Estado Social, se trata de una propiedad limitada por el Estado a cumplir con cierto objetivo. La propiedad no puede ser ilimitada; por ello se trata de activos encaminados al pago de una pensión al trabajador y a sus beneficiarios y la propiedad por parte del trabajador es plena, sujeta a esa limitación.

Otro tema que ha llevado a un uso intensivo de tinta y papel pero ha ignorado realidades elementales se refiere a la afirmación de que el sistema de reparto es de "beneficio definido", mientras que el sistema en la nueva ley es de beneficios inciertos. En realidad, los beneficios de la ley anterior son altamente inciertos para el trabajador.

Por ejemplo, un persona que haya iniciado su vida de jubilado en 1980 vió su pensión reducirse a menos de la mitad en tres años. Con la nueva ley, las pensiones están ajustadas por el Índice Nacional de Precios al Consumidor, es decir, por la inflación. Además, el ahorro del trabajador generará intereses de mercado, que invariablemente

son positivos a mediano y a largo plazos y que en una economía como la mexicana tienden a ser elevados. Por ello, la nueva ley concede mayor certidumbre en términos reales.

Respecto a la seguridad del trabajador, con la nueva legislación, al ser los recursos una propiedad del trabajador, no es factible que una decisión administrativa reduzca discrecionalmente su valor. La nueva ley concede menos poder al gobierno y más al trabajador. Con la ley anterior (hasta 1989), era facultad de la Dirección General del IMSS proponer al Consejo Técnico el valor mínimo de la pensión. Así fue posible que en otras épocas se ignorara el deterioro de las pensiones. Con la nueva ley, no queda a discreción de un administrador el valor de la pensión del trabajador. La nueva ley eleva el poder de la sociedad civil sobre el Estado. Un elemento fundamental de la política del Presidente Zedillo es que las leyes deben contener reglas claras, no discrecionales, conceder seguridad efectiva y no sólo nominal al ciudadano. La ley anterior da "seguridad nominal" (si vale el término), pues promete una cantidad fija en pesos, pero que puede depreciarse en términos reales por la inflación.

Concentración financiera

Finalmente, es de esperarse un efecto de menor concentración financiera al ampliarse los instrumentos disponibles en el mercado para el ahorro de los trabajadores y el número de instituciones oferentes. Hasta ahora, los trabajadores sólo tienen a su disposición el ahorro bancario y algunos otros instrumentos de alcance limitado, como los bonos del ahorro nacional. Pocos acuden a las aseguradoras y muchos menos a los fondos mutuos. La nueva ley abre el acceso a estos instrumentos para el trabajador. El efecto esperado es menor concentración y mayor competencia financiera.

Conclusión

La nueva Ley del Seguro Social, que entrará en vigor en julio de 1997, permite seguir garantizando al asegurado y a su familia el derecho humano a la salud, la asistencia médica y la protección de los medios de subsistencia necesarios para su bienestar individual y colectivo. Con las fórmulas de financiamiento de la nueva ley y las nuevas estrategias que habrán de dirigir el rumbo del IMSS, México contará con un sistema de seguridad social integral y de mayor cobertura, ya que proveerán al Instituto de una base más sólida para crecer, subrayando el compromiso con la modernización y transformación institucional, con el encuentro de nuevas formas de servicio y con una toma de decisiones más eficaz y oportuna. La nueva etapa que el Instituto se encuentra empezando permitirá al IMSS seguir cumpliendo su misión en beneficio de la población trabajadora de México.



LAS PERSPECTIVAS DEL SECTOR SALUD HACIA EL SIGLO XXI LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

Por: Guido Miranda

Originario de Costa Rica, es docente de la carrera de medicina de la Universidad Costarricense. Ha sido conferencista y representante de su país en innumerables congresos internacionales, médico destacado y Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En Costa Rica la evolución del Seguro Social fue muy particular desde el comienzo. El sistema de salud pública y los hospitales de caridad se habían caracterizado por la modestia de sus recursos y el nacimiento del Seguro Social da comienzo a una reforma que se extenderá durante las décadas siguientes, con efectos de gran positividad.

El fortalecimiento económico que se produce en el país con la reapertura de los mercados cafetaleros europeos después de finalizada la II Guerra Mundial, induce a la CCSS a tomar dos medidas muy significativas para la extensión de sus servicios médicos: a) la agresiva extensión de la cobertura tanto en el área urbana como la rural y b) la incorporación de la familia del trabajador. Ambas políticas se establecen muy temprano, lo que era poco usual en las instituciones del Seguro Social. En muy poco tiempo se produce un crecimiento del gasto por la demanda de servicios, lo que indujo a un déficit del presupuesto del régimen de Enfermedad y Maternidad. Los ingresos financieros de este régimen estaban limitados por el tope salarial que se estableció al aprobarse la Ley del Seguro Social, en 1941, cuando se dispuso que solamente los salarios menores de 400 colones estaban obligados a cotizar, constituidos por el grupo poblacional de mayor demanda de servicios y menor capacidad de cotización.

Este propósito institucional de extender su cobertura da inicio a una profunda y prolongada reforma sanitaria en el país, que se extenderá por las próximas cuatro décadas, aunque no haya tenido específicamente esa denominación. En 1958, las autoridades de la Institución recurrieron al Congreso Nacional para obtener la modificación del tope salarial de cotización, lo que genera una amplia discusión. Se conocen y analizan los postulados de Beveridge y el establecimiento de la cobertura universal del Sistema Nacional de Salud, en Gran Bretaña, la incorporación de los

beneficios de la Seguridad Social y el acceso a la asistencia médica incluidos en los artículos 22 y 25 de la Carta de Derechos Humanos dictada por la Asamblea de las Naciones Unidas, así como del funcionamiento con éxito del Servicio Nacional de Salud, en Chile. En pocos meses se aprueba el aumento del tope a mil colones; la discusión iniciada continúa y produce la iniciativa de algunos diputados para proponer una modificación a la Constitución Política, que se aprueba como un transitorio que se agrega al artículo 177, en Mayo de 1961 y que extiende la cobertura del régimen de enfermedad y Maternidad del Seguro Social a todos los costarricenses. Se da un lapso de diez años a la Institución para completar los preparativos para la cobertura universal.

Esta disposición, que fortalece el sentido democrático nacional, se dicta cuando los seguros sociales latinoamericanos tienen una cobertura muy baja y prácticamente ninguno de ellos ha introducido el seguro familiar.

El fortalecimiento económico inducido por el aumento del tope salarial y la ampliación progresiva de la cobertura, con carácter familiar, produjo una enorme demanda de servicios y el antiguo Hospital Central multiplicó sus esfuerzos para proporcionar una respuesta adecuada. La consecuencia positiva fue el nacimiento de la Medicina de la Seguridad Social, que absorbe todos los recursos disponibles, con dirección, estructura y funciones propias y bien diferenciadas de las conocidas modalidades de caridad y de los servicios privados. Además, induce una ampliación en todos los programas institucionales: se inicia la construcción de las Clínicas Periféricas para descentralizar la atención ambulatoria, tanto en el área metropolitana como en las zonas rurales de mayor demanda; se construye tanto el edificio para las Oficinas Administrativas centrales como los almacenes generales; se da inicio a la construcción del Hospital México, de 600 camas, que se inaugura en Marzo de 1969 y se establecen contratos prácticamente con todos los hospitales de las Juntas de Protección Social para la compra de servicios para la población asegurada. La población va tomando conciencia del papel a desempeñar por la Institución y de la modalidad de sus prestaciones.

De gran significado fueron las actividades desarrolladas para la formación de los recursos humanos requeridos, tanto desde el punto de vista profesional, como el personal de apoyo técnico.

Se abre la matrícula de la Escuela de Medicina, se incorpora la docencia tanto para los campos clínicos y para los internados universitarios y se da inicio al plan de formación de especialistas en las cuatro áreas clínicas básicas tanto para el antiguo Hospital Central, como para la apertura del Hospital México y las clínicas metropolitanas. Por su parte, el Ministerio de Salud intensifica sus acciones preventivas en el campo de las inmunizaciones, se realiza una vacunación nacional contra tuberculosis, disponibilidad de agua potable, cloacas y letrinas y la malaria

deja de ser un problema sanitario. En forma paralela el país desarrolla otros campos como la economía, la industria y colegios, electrificación masiva y la política de salarios crecientes. El proceso democratizador inducido por su modelo político social demócrata y de transformación del país está en uno de sus mejores momentos. Al terminar la década de los sesentas, la cobertura del régimen de Enfermedad y Maternidad de la CCSS llega al 40% de la población total. (Fuente: Departamento de Actuarial, CCSS.)

La administración Figueres que se inicia en Mayo de 1970, tiene el objetivo político de completar la universalización con el trabajo conjunto del Ministerio de Salud y de la CCSS.

En la concepción del tipo de organización que se fija para este objetivo, hay una prevalente influencia del éxito operativo de los Servicios Nacionales de Salud de Gran Bretaña y de Chile y de la asesoría técnica suministrada por la Organización Panamericana vislumbraron entonces las consecuencias negativas de la instalación monopólica de esta modalidad de organización y se iniciaron firmemente las acciones programadas. Las dos primeras decisiones demuestran que, por primera vez, hay una voluntad política muy definida en esa dirección: se elabora el Primer Plan Nacional de Salud y se establece la regionalización del país. En el Plan de Salud el Ministerio asume todas las acciones preventivas individuales y colectivas, en todo el territorio y para toda la población; la CCSS asume los programas asistenciales y mediante la extensión de la cobertura, serán universales. La regionalización divide el país en zonas geográficamente identificadas, que tienen unidades ambulatorias, hospitales con los cuatro servicios básicos y un hospital regional para referencia.

Se definen los cambios legales que es necesario efectuar para los objetivos fijados. Así la Caja logra la aprobación en la Asamblea Legislativa de tres leyes fundamentales: 1.- la Ley No. 4750 (Abril, 1971), que suprime los topes de cotización, ratifica la incorporación de los trabajadores de cuenta propia y de los llamados indigentes, la faculta para "coadyuvar" en las acciones de prevención, modifica la Ley del Estatuto Médico para facilitar la contratación y dispone sobre el destino de las reservas del Régimen de I.V.M. 2.- La Ley No. 4772 (Junio, 1971), que crea la Subgerencia de Servicios Médicos y la Administrativa, con lo que se amplía la capacidad operativa institucional. 3.- La Ley No. 5349, (Septiembre, 1973), que la autoriza a traspasar a su dominio los hospitales de las Juntas de Protección Social para constituir un sistema nacional, al cual se incorporaron después los tres hospitales que pertenecían a la Compañía Bananera. Entre Abril de 1974 y Septiembre de 1977 se completan los 24 traspasos.

Por su parte el Ministerio de Salud logra la aprobación de la Ley No. 5395 (Octubre, 1973), Ley General de Salud, que declara la salud como un bien de interés público, bajo la tutela del Estado y enuncia la rectoría del Ministerio, la Ley No. 5412 (Octubre,

1973), ley que define la estructura, funcionalidad y nombre del Ministerio de Salud.

Además, la Ley No. 5525 (Marzo, 1974) de Planificación Nacional, define los planes, metas y programas para la próxima década. Y la Ley No. 5662 (septiembre, 1974) de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, vienen a completar el marco jurídico y financiero requerido para fortalecer el proceso de universalización.

Un desarrollo económico fuerte y sostenido, con un PBI que para la década se mantuvo alrededor de 6%, permite fijar el gasto en salud en alrededor del 7% de PBI.

Entre 1970 y 1980, la mortalidad infantil ha descendido desde 63 a 19 por mil nacidos vivos, la esperanza de vida asciende de 65 a 73 años y la cobertura de la población total alcanza más de 80%. Nuevas clínicas urbanas y rurales, así como nuevos hospitales de apoyo y regionales, se inauguran en la década, además de un intenso programa de mejoramiento de la planta física, personal y equipo de los hospitales que han sido traspasados.

Sin embargo, el éxito del proyecto no impide comenzar a vislumbrar algunas debilidades que a lo largo del tiempo se irían acentuando hasta adquirir un peso significativo. Algunas fueron:

- a) El Ministerio de Salud no logró desarrollar una instancia para ejercer su capacidad técnica de rectoría, por lo que no se ejecutó el proceso de evaluación de resultados, ni se estableció una planificación a mediano plazo con ese objetivo;
- b) El Ministerio de Salud continuó prestando servicios asistenciales hasta establecer una duplicación funcional, lo que retardó la creación de una sola entidad prestadora de servicios;
- c) No se estableció un ordenamiento económico para la nueva situación y pronto se hizo evidente que el traspaso de los hospitales con sus rentas dejó de ser una realidad y los fondos destinados a los programas asistenciales tomaron otro camino;
- d) A falta de supervisión y dirección provocadas por la ausencia de un marco legal, hubo debilidad en la planificación sectorial y de cada una de las instituciones, con lo que no se pudieron establecer objetivos comunes, ni se produjo la pretendida integración operativa;
- e) El proceso de descentralización y regionalización para el fortalecimiento operativo periférico regional no se hizo una completa realidad, por falta de recursos legales, técnicos, materiales y administrativos. La socorrida expresión de “coordinación” no modificó el aislacionismo institucional;
- f) El sistema operativo, en su funcionamiento, derivó hacia un verdadero monopolio,

con una progresiva pérdida de la eficiencia y de la autoridad de los mandos medios y de dirección superior, así como de las normas éticas para la utilización de los recursos;

- g) A falta de supervisión, el control sobre productividad y sus costos fue cada vez menos adecuado y la ineficiencia operativa creció paulatinamente con claras precisiones sobre los recursos y presupuestos, que se cubrieron con las fáciles disponibilidades financieras;
- h) El crecimiento de la actividad gremial dentro de la CCSS, de todos los grupos laborales, con la correspondiente pérdida de autoridad de mandos medios, produjo en forma acelerada un deterioro en el rendimiento eficiente de los servicios;
- i) El incumplimiento en el pago de las obligaciones del Estado produjo un constante deterioro en la economía de los regímenes tanto de reparto como de capitalización y una pérdida de la autoridad institucional en sus políticas de interrelación con empleadores y trabajadores;
- j) La ausencia de un permanente programa de educación para el ejercicio del derecho a la salud, tanto del usuario como del personal de la Institución, debilitó la instrucción de los cambios indispensables para adaptar los programas operativos hacia las nuevas metas de objetivos institucionales;
- k) La inexistencia de un Sector Salud de ámbito definido, con autoridad y responsabilidad propia tanto para su planificación permanente, su dirección dirigida hacia la interacción funcional de las instituciones, anuló la conceptualización a largo plazo e impidió su cohesión política y programática por lo que el rol rector del Ministerio de Salud tampoco se consolidó.

La década de los ochentas constituye uno de los períodos más críticos de la historia económico-social del país. El auge de la década anterior se quiebra a partir del aumento de precios del petróleo en 1978, que obliga a nuestro país a pagar un mayor precio por los artículos importados y a vender su producción exportable a precios menores. Además, los errores administrativos en la política interna y el uso fácil de los créditos externos produce un acelerado aumento del gasto público y de la deuda y de sus intereses. Llegan las primeras tendencias del cambio del modelo económico-político y empieza a preconizarse la reducción del tamaño del Estado, el auge del sector privado y la globalización de la economía. Hay una violenta repercusión sobre las finanzas de la CCSS, con una marcada disminución de los ingresos o la seria recesión económica que aumenta la morosidad patronal y la evasión en el pago de las cuotas, aumento del desempleo, así como un creciente incumplimiento del Estado con sus obligaciones. Los egresos se incrementan por el mayor precio de los productos de importación y el aumento acelerado del monto

de la planilla institucional, con clara repercusión sobre los costos. La eficiencia operativa disminuye por las limitaciones materiales en los centros de atención y en el menor rendimiento del personal. De modo concomitante hay un aumento de la demanda de servicios ya que derechohabientes que antes no utilizaron las prestaciones institucionales, al disminuir sus ingresos, dejan de utilizar los servicios privados.

La administración de la CCSS que asume responsabilidades a partir de 1982, encontró una situación crítica dados los montos de endeudamiento con proveedores del exterior y nacionales, así como los montos de dineros no reintegrados a las instituciones a las cuales la Caja les recauda mensualmente mediante la planilla patronal. Además, el país tiene cerrado el crédito exterior. Se elabora un meticuloso plan para darle seguimiento a la morosidad patronal y a la evasión; se aplica un estricto plan de reducción de gastos, jornadas de sobre-tiempo y pago de las prestaciones a las renunciadas voluntarias, lo que permite reducir 2,000 plazas en 1 año. Un poco más adelante se efectúa un aumento de las contribuciones obrero-patronales para el régimen de E y M. A la vuelta de tres años, las deudas han sido totalmente canceladas y se inicia un extenso programa de reequipamiento y reposición de activos, junto con un extenso programa de nuevas construcciones o adecuación de las plantas físicas en uso. La crisis sísmica que se presentó en esa misma época produce severos daños en las edificaciones de los hospitales en uso, que hacen necesario realizar un programa de reparación y refuerzo antisísmico en los Hospitales de Niños, México y Monseñor Sanabria, de Puntarenas.

Para entonces la cobertura total de la población llega al 90% y el gasto en salud se mantiene en el 7% del PBI, veinte años después de haber iniciado el proceso de universalización, los indicadores de salud son sobresalientes en los niveles logrados, aunque tanto los mecanismos de financiamiento como la eficiencia operativa acentúan paulatinamente sus deficiencias, hasta el punto de cuestionar la crisis funcional del sistema y la vigencia del modelo institucional. Los cambios, ya de carácter permanente en el derecho a la salud, la diferente estructura de la población con un envejecimiento progresivo, como en su perfil epidemiológico en donde desaparece la desnutrición y la infección para darle paso a las enfermedades crónicas, las degenerativas y la muerte violenta, justificaron la revisión del modelo operativo.

Para 1989 se realiza el Primer Seminario Taller Conjunto entre el Ministerio de Salud, la CCSS y la Unión Médica Nacional, cuyas conclusiones no dejan dudas de la necesidad de iniciar una profunda reforma del modelo de salud establecido, ya que hubo clara demostración de su progresiva ineficiencia y de la insatisfacción tanto de los usuarios como de los que tienen a su cargo la prestación de los servicios.

La administración que asume funciones para 1990 retoma el tema y convoca al Segundo Seminario sobre la Problemática del Sistema de Salud donde se ratifican

y amplían las conclusiones anteriores. Es más, al tema se le otorga una mayor importancia, por lo que se integra una Comisión Adscrita al Ministerio de Planificación, constituida por los dos partidos políticos mayoritarios, COREC I, para iniciar la discusión de la reforma integral del Estado, donde el Sector Salud es uno de los elementos a considerar. Después de un primer informe se constituye COREC II y finalmente se establece una Comisión especial que produce y publica en Marzo de 1993 una propuesta de Reforma del Sector Salud conjuntamente por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica y el Ministerio de Salud.

Sobre esta propuesta se comienza a elaborar el proyecto para la Reforma del Sector Salud, con la definición inicial de la "La Rectoría del Sector y el Fortalecimiento del Ministerio de Salud para Ejercerla, y de la Caja Costarricense de Seguro Social para que asuma la Atención Integral de la Salud de las Personas".

El primer capítulo expone un resumen histórico del desarrollo del Sector Salud y los antecedentes político-institucionales que fijaron el objetivo de crear un Sistema Nacional de Salud y la conformación del Sector Salud, que ampara el Decreto Ejecutivo Número 14313-SPPS-Plan del 15 de febrero de 1983.

El segundo capítulo contiene el diagnóstico general de la evaluación del Sector Salud y dentro de los problemas relevantes se destacaron los siguientes:

- a) No existe planeamiento integral, control y evaluación sectorial por ausencia de un enfoque integral respaldado por el correspondiente marco legal, que le confiera al Ministerio de Salud la responsabilidad de Rectoría del Sector Salud y a la CCSS del rol asistencial y de rehabilitación.
- b) No existe un sistema de información sectorial confiable, con los efectos correspondientes en la planificación y toma de decisiones sectorial e institucional.
- c) No existe una política sectorial definida sobre la gestión de recursos humanos, desde formación, selección y reclutamiento, hasta el programa de remuneración, ni su distribución geográfica.
- d) La administración presupuestaria obedece al comportamiento histórico tradicional, sin control eficaz sobre descentralización y programación gastos, productividad y costos.
- e) Frente al crecimiento continuo de la población y de la demanda se da una disminución real de los recursos asignados del Sector Salud.
- f) Se ratifica la reducción real de la cobertura de los programas a cargo del Ministerio de Salud, con impacto sobre las acciones de prevención y colectivo.
- g) No existe una participación amplia, programada y dirigida de las comunidades en la toma de decisiones sobre sus programas de salud, ni sobre la dirección de los servicios que se les presta.

- h) Frente a la automatización de instituciones y sus programas no existe una acción integradora que evite las duplicaciones, ni la implementación de decisiones inadecuadas o inoportunas.
- i) Hay clara insatisfacción de los servicios prestados por el CCSS, en particular los ambulatorios, tanto en su cantidad como en su oportunidad, que se mantienen centralizados y proporcionalmente menos accesibles.
- j) No existe participación de la sociedad civil frente al proceso de discusión para establecer las políticas de salud y la elaboración de los programas para la atención de la enfermedad.
- k) El seguro de riesgos del trabajo con alta se desarrolla en forma independiente, sin constituir parte de las políticas del salud del país, sin mayor participación de los empleadores o trabajadores.
- l) No existe política nacional para el manejo de aguas.

El tercer capítulo hace la definición de los objetivos del Sector Salud dentro del marco propuesto como reforma del Estado.

El tercer capítulo hace la definición de los objetivos del Sector Salud dentro del marco propuesto como reforma del Estado.

Los objetivos son:

1. Garantizar que la rectoría del Sector Salud sea desempeñada por el Ministerio; que representa un nuevo rol en la planificación, conducción, control y evaluación de las políticas sectoriales.
2. Establecer la atención integral de las personas en una sola institución: la CCSS.
3. Lograr la descentralización institucional administrativa y funcional y fortalecer los servicios periféricos.
4. Desarrollar nuevos modelos para la administración y financiamiento de los servicios buscando nuevas fuentes de ingresos, en la asignación de recursos y en los presupuestos por productividad. dentro de este objetivo se propone tanto como el oportuno cumplimiento del Estado con sus obligaciones del Estado como la compra de prestación de servicios por terceros.
5. Modernizar el modelo de atención integral en salud y en busca de equidad, eficiencia, competitividad y control de costos.
6. Trasladar la administración de los Riesgos Profesionales y Accidentes de Seguros a la CCSS, para evitar la duplicación operativa y fortalecer la prevención, racionalizar los recursos materiales y consolidar la universalización.

7. Trasladar la administración de los acueductos municipales al ICAYA, con la correspondiente reorganización administrativa.

Estos objetivos anotados anteriormente formaron parte fundamental de las condiciones del Programa de Ajuste Estructural.

8. Establecer un sistema de información sectorial que facilita los procesos de evaluación y de toma de decisiones.
9. Incorporar el INCIENSA como el laboratorio nacional de vigilancia de la salud en el control de la calidad de los insumos del Sector, la acreditación de las instituciones y la conducción de la investigación.
10. Revisar y readecuar la legislación nacional sobre aguas para garantizar el agua de consumo humano.
11. Establecer una política sectorial para la formación de número y la calidad de los recursos humanos en formación, así como capacitar y reciclar los actuales, para facilitar su incorporación al proceso de cambio.

Hecho el diagnóstico de la situación y fijados los objetivos de la Reforma, en el Capítulo Cuatro se establecen las acciones que en varias áreas deben ejecutarse para lograr el proceso de cambio que se define así:

A) Area Legal

1. Para crear la función rectora del Ministerio de Salud es necesario revisar y adecuar el marco político-jurídico y la organización estructural del Ministerio de Salud. Al mismo tiempo que cumpla a satisfacción con los programas prioritarios que quedan bajo su responsabilidad de ejecución, la Protección y el Mejoramiento del Ambiente Humano, Promoción de la Salud y Alimentación y Nutrición.
2. Modificar la Ley General de Salud para adaptarla a la función rectora del Ministerio de Salud y para que la CCSS asuma la atención integral de toda población.
3. Revisar la legislación de las instituciones que componen el Sector Salud, para adecuarlas y completarlas en el objetivo común de lograr un sistema de atención integral de la salud.
4. Trasladar el Seguro de Salud Ocupacional a la CCSS.
5. Hacer una revisión del marco legal que regula el financiamiento del Sector Salud, para garantizar los ingresos que proporcionen atención integral universal y una descentralización de los presupuestos de las unidades de servicio, así como clasificar y definir el rol del Estado y su contribución al sistema de salud.

6. Revisar el ordenamiento financiero establecido por la Ley de Administración Financiera y de la Autoridad Presupuestaria, con el objeto de agilizar las operaciones que requieren los programas y servicios de las instituciones.
7. Modificar las disposiciones del marco legal vigente que limitan la compra o contratación de servicios a terceros, mientras el Estado mantiene su función reguladora y de control.
8. Apoyar todas las disposiciones para consolidar la estructura y función del Sector Salud y apoyar el traspaso de los acueductos municipales al ICAYA.

B) Area Técnica

- I. Reformar la estructura y función de cada una de las instituciones de modo que se consolide el Sector Salud y el Ministerio de Salud asumen su rectoría.
- II. Adecuar y fortalecer el modelo de atención para lograr la acción sectorial e intersectorial, la regionalización y descentralización y la participación de la Sociedad Civil, para lo que se requiere:
 - A. Efectuar una evaluación integral de la red de servicios ambulatorios y hospitalarios;
 - B. Identificar el perfil epidemiológico de las regiones sanitarias y establecer un sistema de vigilancia e información;
 - C. Fortalecer la capacidad gerencial de los concejos de salud y de las direcciones de las unidades;
 - D. Consolidar la transferencia integral de recursos y fortalecer la capacidad de gestión de los servicios;
 - E. Fortalecer el Programa de Atención Primaria, ajustando sus programas al perfil regional y evaluado el impacto obtenido;
 - F. Promover la participación amplia y directa de las organizaciones de la comunidad.
- III. Organizar y fortalecer las instituciones que integran el Sector Salud en particular del Ministerio de Salud para que cumpla con su rol rector y de la CCSS para que se haga cargo de los servicios de atención integral de las personas con una cobertura universal.
- IV. Crear modelos alternativos de Administración de Salud y su Financiamiento, para fomentar la participación de terceros mediante contrato y compra de servicios, mediante el diseño de métodos e instrumentos para supervisar su operación, costo, calidad y rendimiento.
- V. Revisar y ajustar el modelo de financiamiento de todas las unidades del

Sector Salud, para lograr un equilibrio financiero, así como de la estructura presupuestaria de las instituciones, que agilice su operación y transferencia de recursos.

- VI. Se creará un sistema de información del Sector Salud.
- VII. Fortalecer y mejorar el sistema de suministros que permita racionalizar, programar, adquirir, almacenar y distribuir los recursos materiales, medicamentos y suministros del Sector Salud.
- VIII. Establecer un plan para el nuevo rol, la administración y desarrollo de la cuestión de los recursos humanos sus necesidades, formación y capacitación, educación continua, incentivos, así como de las entidades que tienen a su cargo la enseñanza e instrucción.
- IX. Readecuar el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados para lograr un fortalecimiento y descentralización de sus servicios que le permita asumir los acueductos municipales.
- X. Realizar un diagnóstico de los componentes del régimen de Riesgos del Trabajo del Instituto Nacional de Seguros y proceder a su traslado a la CCSS.

No cabe ninguna duda que el documento elaborado y presentado por el Poder Ejecutivo en Marzo de 1993, como conjunto y en cada uno de sus elementos, es un excelente compendio de la problemática del Sector Salud, de la identificación de los factores que significaron la pérdida progresiva de su eficiencia y del correcto balance y proporcionalidad en que el proceso de cambio debe modificar los elementos negativos y reforzar los positivos, para recuperar la dinámica eficiente de las instituciones del Sector Salud.

En algún momento en el documento se menciona que la propuesta elaborada obtendría financiamiento mediante un convenio con el Banco Interamericano de Desarrollo con un préstamo para financiar el proyecto de Reforma del Sector Salud, dentro del proyecto de Reforma del Estado.

En efecto, ya el gobierno había suscrito los correspondientes convenios con el BID el 4 de febrero y con el Banco Internacional de Fomento y Reconstrucción el 6 de diciembre, ambos de 1993, para lograr los fondos necesarios. Con el BID mediante dos contratos de préstamo, No. 711 OC/CR, por la suma de 42 millones de dólares, con una contrapartida local de 18 millones de dólares, que hizo un total de 60 millones de dólares para financiar el Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud y la construcción de Alajuela. Con el Banco Mundial por 22 millones de dólares, para los cambios requeridos de modo especial en la CCSS. Esta secuencia cronológica demuestra con claridad que el proyecto tenía un absoluto respaldo político

y el propósito tanto de terminar el estudio, como al mismo tiempo darle el pertinente contenido económico

El 19 de enero de 1994 se publica la ley No. 7374 que contiene el texto de ambos contratos-préstamos con el BID, que proporciona el marco legal a los convenios suscritos por el Gobierno el año anterior sobre las condiciones en las cuales se ejecutarían los préstamos.

El presupuesto de gastos para utilizar el fondo conjunto dice que en ingeniería y administración de los proyectos de construcción y remodelación se invertirían 1,476 millones de dólares; en costos directos de las construcciones se aplicarían 33,564 millones de dólares; en costos concurrentes 16,807 millones de dólares; fondos sin asignación específicas ascienden a 4,628 millones de dólares y los costos financieros, entre intereses y comisiones, ascendieron ha 3,525 millones de dólares.

Los puntos medulares del texto del Contrato-Ley permite evaluar el grado de avance en su ejecución actual:

I. Objeto

- 1.01. El programa tiene por objeto apoyar la Reformas del Sector Salud para mejorar la eficiencia y eficacia, de la prestación de servicios, en el contexto de las reformas del Sector Público.
- 1.02. El programa contempla los siguientes objetivos específicos:
 - i) Apoyar el diseño e implantación de reformas que permitan al Ministerio de Salud ejercer su papel de ente rector del sector y lograr un enfoque más racional de los recursos evitando duplicaciones entre instituciones y programas.
 - ii) Consolidar los programas de atención primaria de atención salud para lograr una cobertura más eficiente de los servicios.
 - iii) Reducir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud básicos priorizando inversiones físicas que fortalezcan la capacidad funcional y la eficiencia de la red de servicios de salud en las zonas de bajos ingresos del país.

II. Descripción

- 2.01. El programa está integrado por estos componentes:
 - a) Componente de reestructuración del Ministerio de Salud, que tiene por objeto la reestructuración del Ministerio y comprende las actividades de Consultoría y Capacitación con el fin de:
 - i) Revisar y adecuar el perfil funcional y la estructura

organizativa del Ministerio de Salud según su misión de ente rector.

- ii) Capacitar los recursos humanos necesarios para hacer efectiva la acción del Ministerio como ente rector del sector, e
 - iii) Instalar un sistema de información.
- b) Componente de integración de servicios, que comprende dos puntos:
- i) La transferencia de la totalidad de los centros y puestos de salud.
 - ii) La consolidación de la integración de los servicios de atención primaria mediante la rehabilitación, ampliación y/o sustitución de centros y puestos de salud.
 - iii) La mejora de la eficiencia del sistema hospitalario mediante la sustitución del Hospital Alajuela. y
 - iv) El reforzamiento financiero de la CCSS.

Los conductores del Programa de Reforma del Sector Salud consideraron conveniente tramitar el segundo convenio de financiamiento con el Banco Mundial por 22,000 millones de dólares, para aplicarlo de manera principal a los cambios a efectuar en la CCSS, para lo cual se aprueba la Ley No. 7741 el 25 de octubre de 1994, que contiene el contrato de préstamo No. 3654-CR y sus Anexos Nums. 1, 2, 3, 4 y 5, que habían sido suscritos el 6 de diciembre de 1993, entre el Gobierno y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento. Se aprueba también, como parte de la misma Ley 7441, el contrato suscrito entre la CCSS y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, el 6 de diciembre de 1993. Las partes A, B, C y E del proyecto serán ejecutadas por la CCSS; la parte D se ejecutará a través de INCIENSA. Se espera que el proyecto esté finalizado para el 31 de julio de 1998 y su administración se hará mediante la misma unidad ejecutora del proyecto del BID.

Las partes a desarrollar directamente por la CCSS se denominan:

Parte A: Reforma y Desarrollo Institucional de la CCSS.

Parte B: Modelo Redefinido de Atención de Salud, Control de Calidad y Estudio de Hospitales.

Parte C: Manejo de Recursos y Plan Piloto de Prueba de Modelos Alternativos del Cuidado de Salud Financiero.

Parte E: Análisis del Banco para decidir sobre adjudicaciones.

Por su parte, el Ministerio de Salud se responsabilizará:

Parte D: Vigilancia de la Salud Nacional y Laboratorio de Control de Calidad.

El contenido económico del préstamo se distribuye así: (cifras en dólares)

1.	Obras Civiles	\$ 700.00
2.	Equipo y Muebles	\$ 4,500.00
3.	Servicio a Consultores	\$ 8,600.00
4.	Entrenamiento y Trabajadores	\$ 5,300.00
5.	Impresión de Material de Entrenamiento	\$ 500.00
6.	Costos de Operación	\$ 400.00
7.	Sin asignación	\$ 2,000.00

El cronograma para la ejecución del Programa dice: ***“A menos que el Banco lo disponga de otra forma, la Caja Costarricense de Seguro Social deberá:***

1. Operar y mantener la PCU con una estructura organizada funciones y personal a entera satisfacción del Banco.

Desde su presentación, este proceso de altas reformas del Estado ha sido un álgido tema político en todos los países. Las condiciones económicas por las que atraviesan los países latinoamericanos y el cambio en el equilibrio de las fuerzas políticas ha hecho de este tema uno de continuas controversias y sensibles tópicos de análisis y discusión. Con mucho que los cambios puedan estar justificados ampliamente desde el punto de vista técnicos, implican no sólo la incertidumbre natural del cambio, sino que su discusión se ha transformado en manipulable herramienta en el terreno político. Y el área de la salud es uno de los terrenos mejor abonados, por la cantidad y el peso de los intereses involucrados para que su discusión adquiera el carácter de permanente.

Los dos textos de los contratos préstamos aprobados mediante las Leyes Números 7374 y 7441 no constituyen una respuesta puntual a la propuesta técnica formulada por el Ministro de Planificación y Política Económica y el Ministerio de Salud, pero contienen en esencia, los objetivos fijados. Se agregan las condiciones típicas y características de estas operaciones financieras y aparecen otras cuya mención no tiene una explicación inmediata y que pudiera corresponder a finalidades hasta el momento no comprendidas en la documentación disponible además, el proceso se inicia a finales de 1993 sin que exista un plan maestro conocido, ni un cronograma

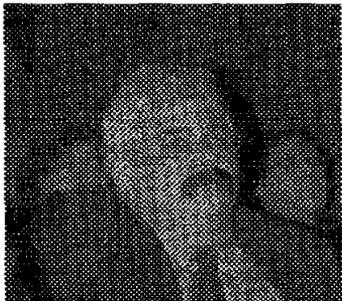
del conocimiento público que permita seguir su grado de avance.

En este momento, a más de tres años de haberse iniciado el proceso, hay diez áreas que constituyen puntos álgidos dentro del proyecto de Reforma del Sector Salud:

1. No se conoce la propuesta del nuevo marco de la reforma del Área Legal que se propone en los puntos 1, 2 y 3, que le asigna los nuevos roles al Ministerio de Salud como ejecutor de la rectoría y a las instituciones como ejecutoras de las políticas de salud.
2. No se conoce la propuesta de legislación que crea el Sector Salud con un marco propio y específico de responsabilidades, derechos y deberes de las instituciones del sector, así como las obligaciones del usuario en el ejercicio del derecho a la salud.
3. No se conoce el mecanismo para el ordenamiento de la planificación de salud ejercida por el Ministerio de Salud, ni el procedimiento correctivo a utilizar, tanto en el sector público, como en el autónomo o en el privado.
4. No se conocen las disposiciones de ordenamiento del área financiera del sector, que garanticen a las entidades ejecutoras los ingresos requeridos a las nuevas funciones. Más aún, de acuerdo con las disposiciones establecidas en las leyes que regulan los dos préstamos para la reforma, la deuda del Estado con la CCSS debiera estar prácticamente cancelada. Sin embargo, la información disponible permite asegurar que más bien se ha incrementado, lo cual demostraría que el Ministerio de Hacienda no ha realizado los aportes programados en el artículo 5 de la Ley No. 7374, ni se han producido los desembolsos previstos de los fondos del BID.
5. No se conoce el programa para la formación y el reciclaje de los recursos humanos que requiere el proyecto de reforma. Una buena cantidad de jefaturas se han incorporado en los programas de Maestrías de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina, pero no se conoce un plan maestro para la utilización de los fondos, en formación de nuevos recursos y reciclaje de los existentes, aportados por el préstamo regulado por la Ley No. 7441, punto No. 8, para "operar y mantener el Fondo de Desarrollo de Recursos Humanos". Este Fondo debiera comprender todos los niveles de recursos humanos y los en adiestramiento se refieren a niveles profesionales de Jefaturas Médicas y Administrativas.
6. El Contrato Ley No. 7374 preve el establecimiento de un Sistema de Información en Salud, que le permita al Ministerio de Salud llevar el pulso diario de la ejecución de sus políticas, sus gastos y costos, tanto en el sector público, como en el autónomo y en una buena cantidad de acciones del sector privado. A esta

fecha, no se conoce de su establecimiento u operación.

7. De acuerdo con la misma Ley citada antes y otros fondos aportados a la reforma, debe estar ejecutándose un programa de construcciones y remodelaciones para adaptar la planta física a las necesidades previstas, incluyendo el nuevo Hospital de Alajuela. El programa nacional no se conoce, ni el grado de su ejecución, aunque por los medios de información se sabe de algunas inauguraciones en la Región Atlántica.
8. La misma ley dispone el traspaso del Ministerio de Salud a la CCSS de las unidades prestadoras de servicios de atención a las personas, con el objeto de constituir una sola entidad prestadora de servicios. Se desconoce el estado de esta parte del proyecto, el número de unidades a traspasar, el número de empleados involucrados en el traspaso, el costo del traspaso, su financiamiento, el monto de las nuevas obligaciones para la CCSS y la forma cómo se haría la transferencia de fondos en el presupuesto nacional.
9. El Plan Nacional para el establecimiento de los EBAIS para la atención integral de salud en escala nacional, forma parte de la misma Ley citada. Se reconoce un avance importante en esta área, pero no existe información para reconocer el grado de avance y cumplimiento. De la misma forma, se han expresado múltiples opiniones sobre su equipamiento, que no corresponde con la magnitud de sus obligaciones, ni su composición de personal y su capacidad técnica constituye la respuesta adecuada a las necesidades de la atención integral de salud descentralizada, que constituye su objetivo principal. No se conocen los resultados de las evaluaciones operativas practicadas.
10. No se conocen los resultados de la descentralización operativa y de participación de las organizaciones de la sociedad civil en la prestación y administración de los servicios médicos, que constituye un objetivo dentro del proyecto de reforma. Se conoce de la firma reciente de algunos Convenios de Gestión de los cuatro hospitales de la capital y otros periféricos, que tendrá su debida evaluación y que ofrece una nueva modalidad de delegación y descentralización en la asignación de recursos financieros, pero es una modalidad diferente del proceso democratizador que se logra con la participación de la sociedad civil en la operación de las unidades que tienen a su cargo la prestación de los servicios de atención a las personas.



EL CONTEXTO TRANSICIONAL COMO UNO DE LOS FUNDAMENTOS DE LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO¹

Por: **Rafael Lozano A.**

Es Médico Cirujano, egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México y Maestro en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana. Ha sido Jefe del Departamento de Epidemiología de la Escuela de Salud Pública de México. Actualmente es Coordinador de Análisis de Necesidades de Salud del Centro de Economía y Salud de la Fundación Mexicana para la Salud.

La salud de los mexicanos ha mejorado más en las últimas cuatro generaciones que en toda su historia. A principios de siglo la expectativa de vida para los 12 millones de mexicanos era de 29.5 años¹ y a un lustro de que éste concluya, la esperanza de vida al nacer ha aumentado a 71.6 años. Hace 95 años, cuatro de cada diez niños que nacían no llegaban a edad escolar; en cambio, ahora también son cuatro pero de cada 100 nacidos vivos los que no cumplen los cinco años de edad.

No obstante el progreso mencionado, las necesidades de salud de la población mexicana siguen siendo muy superiores a la capacidad de respuesta social existente. Más aún, a pesar de los avances realizados en los últimos años para mejorar la cobertura de los servicios públicos de salud, una parte importante de la población que vive en condiciones de extrema marginación, todavía no tiene acceso regular a los servicios de salud y permanece como presa fácil de enfermedades técnicamente evitables y por tanto socialmente inaceptables. A esta situación se agrega un mayor grado de dificultad para enfrentar el peso de la enfermedad por el continuo envejecimiento de la población, las modificaciones en las condiciones y estilos de vida y en general las desigualdades sociales que prevalecen.

El México de hoy es un país de contrastes y contradicciones: la concentración urbana coexiste con la dispersión rural; el rápido envejecimiento de la población aún se acompaña de altas proporciones de personas jóvenes; la expansión del sistema

¹ Parte de este trabajo ha sido publicado en Lozano A. El Peso de la Enfermedad 1994. En Frenk J. ed. Observatorio de la Salud. Necesidades, Servicios y Políticas. Funsalud. México 1997; y en Frenk J. Lozano R. González MA y cols. Economía y Salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe Final. Funsalud. México 1995.

educativo pone de manifiesto los problemas de calidad; la modernización económica no logra absorber a un creciente sector informal; los avances en la democratización se enfrentan a antiguas prácticas y estructuras. En este complejo choque de tendencias, el campo de la salud se ha transformado.

Por un lado, la polarización epidemiológica –el aumento de la brecha entre sectores de la sociedad– se constituye en uno de los retos a enfrentar. Lo característico de este proceso es el rezago; no obstante el progreso sanitario nacional, algunos sectores de la población se mueven más lentamente que otros, haciendo impostergable una intervención enérgica.

Junto con el rezago, la población mexicana presenta innumerables cambios en sus condiciones y formas de vida. La disminución de la fecundidad está provocando un marcado cambio en la estructura por edades; el creciente número de personas de edad avanzada genera una carga adicional sobre el sistema de salud, pues además de que enferman con más frecuencia, el tipo de padecimiento que presentan requiere de un esfuerzo económico adicional. A ello se suman el proceso de urbanización y el desarrollo económico desigual. La mejoría en las condiciones sanitarias no se refleja en el mejoramiento de las condiciones ambientales. El incremento de las lesiones accidentales e intencionales expresan las deficiencias de los sistemas de seguridad en la vía pública, en el trabajo o en el hogar.

El consumo de tabaco, alcohol y grasa animal, así como la falta de ejercicio son, entre otras, conductas que han favorecido el incremento de padecimientos de larga duración y de elevado costo en su tratamiento. La difusión de estas conductas en todas las capas de la sociedad y la falta de una respuesta efectiva conducen a que los problemas de salud derivados de éstos factores de riesgo no sean exclusivos de los sectores acomodados.

EL CRECIMIENTO DE LA POBLACION

En general se acepta que México presenta un patrón demográfico distinto al de la mayoría de los países actualmente industrializados. Entre otras diferencias, la velocidad de los cambios ha sido mayor en México. Alrededor de 1930 se inicia la caída de la mortalidad y de entonces a la fecha ésta ha venido descendiendo. En contraste, no es sino hasta después de los años setenta que comienza la caída de la natalidad, la cual, a partir de ese momento, observa un descenso que todavía no culmina.

El crecimiento de la población es uno de los principales resultados del cambio demográfico antes descrito. En México la población se duplicó de 1930 a 1958, y se volvió a duplicar para 1981. De acuerdo con nuestras proyecciones la población mexicana se volverá a duplicar alrededor del año 2030. En otras palabras, en el primer periodo se presenta una tasa de crecimiento de 2.5% anual, que asciende a

3% en el segundo trecho y que lentamente empieza a descender, para llegar a 1% después del año 2020 (cuadro No. 1).

La caída de la mortalidad sin un descenso concomitante de la fecundidad provocó entre 1930 y 1970 un aumento absoluto de la población menor de cinco años. A partir de entonces la reducción de la fecundidad ha sido tan importante que ha conducido al surgimiento de un fenómeno demográfico conocido como envejecimiento de la población: la proporción de niños comienza a disminuir, mientras que la proporción de adultos tiende a aumentar .

Cuadro No. 1

Indicadores Demográficos para México, 1950-1990 y Proyecciones para el 2000 - 2020

Indicadores	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020
Población*	25779	34923	48225	66846	81250	96757	110 93	121 497
Crecimiento Anual		3.0	3.2	3.1	2.1	1.7	1.3	1.0
Grupos de edad en %								
0-14	43	46	47	44	39	35	33	30
15-59	53	50	48	50	55	58	58	58
60+	4	4	5	6	6	7	9	12
Muertes*	418	402	485	434	422	513	620	705
Nacimiento*	1175	1608	2132	2419	2378	2515	2745	2843

* Miles

Fuente: 1950-1990: SSA. Compendio de Estadísticas Vitales 1893-1993.

2000-2020: Fundación Barros Sierra. Escenarios Básicos: Proyecciones logísticas al año 2025 y cálculos propios.

Como se observa en el cuadro No. 1, el incremento absoluto de la población constituye, por sí mismo, un enorme reto para el sistema de salud. Más importante aún es el cambio en la estructura por edades que se anticipa para las próximas tres

décadas. La proporción de menores de quince años descenderá de 39% en 1990 a 30% en el año 2020, aunque su número absoluto experimentará un ligero aumento, de 31.7 a 33.4 millones. En el extremo opuesto, los mayores de 60 años duplicarán su peso relativo y triplicarán su número absoluto al rebasar los siete millones. Si bien los adultos no modificarán su participación en términos relativos, si lo harán en números absolutos al aumentar de 44.6 millones en 1990 a 70.5 millones en el 2020.

El aumento de la importancia absoluta y relativa de las enfermedades no transmisibles (tumores malignos, enfermedades cardiovasculares, diabetes, etc.) constituye una clara evidencia del envejecimiento de la población, que seguramente se reflejará en una mayor demanda de atención y en un peso de la enfermedad mayor al actual.

Lo mismo puede decirse de los nacimientos. Si bien la tasa de fecundidad seguirá descendiendo, el número absoluto de nacimientos se mantendrá elevado debido al alto número de mujeres que nacieron en la etapa de alta fecundidad. Esto significa que la atención de partos seguirá representando una fuerte presión para los servicios de salud.

Por lo tanto, el desafío para el sistema de salud consistirá en enfrentar un mayor peso de la enfermedad ocasionado por un conjunto de causas compuesto de manera diferente a la actual.

Cambios en la Fecundidad

Como se señaló anteriormente, el cambio en la fecundidad constituye un mecanismo que por sí mismo afecta al perfil epidemiológico de la población. De 1930 a 1950 se registra una tendencia estable, con una tasa global de fecundidad (TGF) de 6.5 niños por mujer. Posteriormente, de 1950 a 1970, se aprecia un ligero aumento a siete hijos. A partir de esa fecha la tendencia comienza a descender. De 1970 a 1980 la TGF disminuye un 35%, es decir, a 4.5 hijos en promedio por mujer. Durante los años ochenta se registra un descenso de 23% y se alcanza la cifra de 3.4 hijos en 1990. De mantenerse esta tendencia, al inicio del próximo siglo las mujeres mexicanas tendrán en promedio 2.4 hijos.

Es importante mencionar que la caída de la fecundidad a nivel nacional, no comprende aún a estados como Chiapas y Oaxaca, que en 1990 presentaron una TGF más elevada que el promedio nacional de 1980. A diferencia de éstos, el Distrito Federal, Tamaulipas, Chihuahua, Coahuila y Nuevo León, presentan en la actualidad una TGF menor a la que se prevé para el año 2000 a nivel nacional. Tal contraste se asocia en gran medida a las características socioeconómicas de nuestra población. Los estados más marginados presentan mayor rezago en fecundidad. De hecho, el grado de marginación explica 75% de la variación en la fecundidad entre estados.

A nivel individual también se observan tasas de fecundidad diferentes según el nivel

de pobreza o la escolaridad de la mujer. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud, en 1987 las mujeres sin escolaridad tenían en promedio, seis hijos, a diferencia de las mujeres con secundaria y más, para quienes la cifra descendía a 2.5 hijos.

Por otra parte, las mujeres provenientes de hogares en pobreza extrema tuvieron cinco hijos en promedio, mientras que las mujeres de hogares no pobres tuvieron tan sólo 3.2. Esta diferencia se hace más notable si se compara el promedio de hijos por mujer según edad y nivel de pobreza. Las mujeres pobres tienen, desde los 25 años de edad, el doble de hijos que las mujeres no pobres de la misma edad; sin embargo, a los 45 años la diferencia casi se triplica.

Cambios en la Mortalidad

La principal característica de la mortalidad en México en los últimos años es su descenso constante. Entre 1985 y 1992, la tasa bruta de mortalidad cayó de 31 a 4.9 defunciones por cada 1 000 habitantes vivos. En correspondencia con ellos, se ha dado un incremento particular en la esperanza de vida; entre 1940 y 1992, ésta pasó de 40.4 a 66.6 años en los varones y de 42.5 a 73.0 años en las mujeres.

Tres cambios principales caracterizan a la transición epidemiológica: a) En la estructura por edades; b) En las principales causas de muerte, y c) En el peso relativo de la morbilidad con respecto a la mortalidad.

Cambios en la Distribución por Edades

Una de las principales características de la evolución de la mortalidad en México es el cambio de su distribución por edades. Hace 60 años la estructura de la mortalidad en México era muy diferente a la actual. En esas fechas prácticamente una de cada dos defunciones ocurría antes de los cinco años de edad, independientemente del género; en los adultos jóvenes (15-49 años) se concentraba el 25% de las defunciones y los mayores de cincuenta años generaban una cuarta parte del total de muertes.

La elevada participación de las muertes en la infancia se mantuvo más o menos estable desde la década de los treinta hasta los años setenta, cuando empieza a descender de manera notable. Mientras que en 1930 una de cada dos defunciones se dio en un menor de cinco años, ésta proporción bajó en 1992 a una de cada seis. De mantenerse este descenso, en el año 2010 la proporción será de 1 de cada 10, es decir, muy similar a la que actualmente se observa en los países más ricos del mundo.

Las defunciones en los adultos de 50 a 69 años y mayores de 70 años siguen un patrón opuesto al de las defunciones en la infancia. En los primeros se observan dos patrones diferentes: la proporción de defunciones masculinas no ha cambiado, mientras que en las mujeres la proporción ha aumentado 10 puntos. Por su parte,

en los adultos mayores se observa un crecimiento importante: En 1930 una de cada cinco defunciones se presentaba después de los 50 años de edad; en 1992, una de cada dos muertes en los varones y dos de cada tres muertes en las mujeres se produce después de esta edad.

Dos mecanismos subyacen a el cambio de la distribución de las defunciones por edades: por un lado, el descenso de las tasas de incidencia y letalidad de las enfermedades infecciosas, que beneficia en mayor medida a la población joven; por el otro, el cambio en la estructura de edades de la población producto de la transición demográfica, que genera una mayor proporción de adultos.

Más notable aún resulta el cambio en la edad «mediana» de muerte: mientras que en 1940 ésta era de 7.2 años -es decir, la mitad de la población fallecía antes de cumplir esa edad-, en 1990 había ascendido a 60 años. De continuar esta tendencia, es muy probable que para el año 2020 la mediana se ubique alrededor de los 68 años, muy cerca de la estimada para los países con economía de mercado consolidada.

Cambios en las causas de muerte

Al mismo tiempo que se modifican las edades de muerte en nuestro país, cambia también la estructura de las causas. En 1940 las infecciones y las parasitosis, las diarreas y las neumonías ocasionaban el 60% de las defunciones; las enfermedades no transmisibles originaban el 17%; las lesiones (accidentales o intencionales), el 5%; el 6% eran muertes perinatales, maternas y por desnutrición, y el 12% fallecimientos por causas mal definidas.

Para 1995 el panorama es completamente diferente: el 62% de las defunciones se debió a enfermedades no transmisibles; el 21%, a enfermedades transmisibles, perinatales, maternas y relacionadas con la desnutrición; el 15%, a las lesiones, y el 2%, a causas mal definidas. De seguir esta tendencia, para el año 2020 las enfermedades transmisibles provocarán menos del 12% del total de las defunciones; las no transmisibles, el 72%, y las lesiones, como ahora, entre el 15 y el 16%.

Descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas.

Entre los cambios mencionados anteriormente destaca el importante descenso de las enfermedades transmisibles como causa de muerte. Hace 60 años, 500 de cada 100 000 habitantes, morían de diarrea, y 350 fallecían de neumonía. En la actualidad, estas cifras han disminuido a 16 y 22 habitantes, de cada 100 000, respectivamente. Esto representa un descenso de alrededor del 95%. En el caso de la tuberculosis, el descenso ha sido de 90%, mientras que en el de la fiebre tifoidea alcanza el 98%.

Dos padecimientos transmisibles, cuya evolución también cambia en el tiempo son

el paludismo y el SIDA. El primero sirve como ejemplo de las enfermedades que ya no figuran como causa de muerte en la actualidad o están por ser erradicadas. Otros casos son viruela, peste, fiebre amarilla, difteria, poliomielitis. El SIDA representa aquí a los padecimientos infecciosos emergentes o reemergentes, tales como la enfermedad de los legionarios, el síndrome de choque tóxico y el cólera.

Por su parte, las enfermedades previsible por vacunación han disminuido notablemente. Esto explica el importante descenso en el número de muertes por enfermedades infecciosas. La tasa de mortalidad por enfermedades como la poliomielitis, tosferina, sarampión, difteria y tétanos, se ha reducido cerca de un 99% en lo que va del siglo.

Sin duda, las condiciones de vida de la población a nivel mundial han mejorado. Para ello, fueron fundamentales las medidas de saneamiento básico introducidas a finales del siglo pasado en Europa, y a mediados del siglo XX en muchos países de América Latina, África y Asia. Ciertamente, la disminución del número de muertes ocasionadas por agentes infecciosos comenzó antes de la era de las vacunas y los antibióticos. Sin embargo, la presencia de éstos ha permitido disminuir aún más el número de personas susceptibles de adquirir padecimientos infecciosos así como la cantidad de muertes provocadas por los mismos.

El futuro de las enfermedades infecciosas en México dependerá, en buena medida, de la forma que adopte la relación huésped-parásito-ambiente. Es decir que, así como algunas enfermedades infecciosas que se consideraban controladas están resurgiendo, también es posible que ciertas enfermedades responsables de epidemias reaparezcan si los factores condicionantes vuelven a presentarse.

Por otro lado, la revolución biotecnológica que promete la ingeniería, abre la esperanza del desarrollo de nuevas vacunas que contribuyan a controlar muchas causas de enfermedad y muerte en el mundo.

Una esperada disminución de las defunciones por gastroenteritis y fiebre tifoidea depende de mejoras continuas en el saneamiento básico. Por su parte, el control de poliomielitis y difteria, así como la reducción de muertes por tos ferina y tétanos neonatal, dependerán de los niveles de cobertura de vacunación que lleguen a alcanzarse.

Asimismo, se prevé un incremento de la mortalidad por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en los próximos diez años, y la aparición, tanto a nivel hospitalario como en la comunidad, de brotes de diversos tipos de microorganismos oportunistas.

En síntesis, podemos afirmar que las enfermedades infecciosas han sido y seguirán siendo un elemento central del panorama epidemiológico de México y del resto del mundo. Esa es posiblemente una de las contadas certidumbres.

Por último, es importante señalar que la franca tendencia decreciente en este tipo de padecimientos, así como sus múltiples variaciones, son ocasionadas, en gran medida, por modificaciones en el entorno social.

Emergencia de los padecimientos no transmisibles.

Mientras las enfermedades infecciosas aminoran su importancia, las enfermedades no transmisibles emergen como una de las principales causas de muerte. Ciertamente, su desarrollo estaba latente u oculto por el predominio de padecimientos transmisibles y otras de causa desconocida.

Entre las enfermedades no transmisibles destacan, por un lado, las afecciones cardiovasculares, los tumores malignos, la patología renal, las enfermedades hepáticas, la diabetes y los trastornos mentales; por el otro, los accidentes de vehículo de motor y los homicidios.

De 1940 a 1992, las muertes ocasionadas por tumores malignos aumentaron de 4 555 a 43 692, es decir, del 1% al 10.06% de la mortalidad general. De hecho, desde 1960 los tumores malignos aparecen dentro de las 10 principales causas de muerte y en la actualidad ocupan el segundo sitio.

Por su parte, las enfermedades cardiovasculares han incrementado cinco veces su participación en la mortalidad nacional. En 1940 eran causa de 17 000 muertes, es decir, del 3.7% del total. Sin embargo, en 50 años estas cifras han ascendido a 87 000 defunciones y el 21% del total. Desde 1940 este tipo de afecciones se encuentra dentro de las 10 principales causas de muerte en el país, y a partir de 1980 han pasado a ocupar el primer puesto.

Entre las enfermedades crónico-degenerativas, la diabetes mellitus (DM) muestra el ascenso más importante en los últimos años. Mientras que en 1922 se registraron 368 defunciones por su causa, setenta años después esta enfermedad es responsable de más de 29 mil fallecimientos (7% del total en el país) y ocupa el cuarto lugar entre las causas de muerte. Llama la atención que el número de defunciones por diabetes se haya duplicado cada 10 años desde 1950 hasta 1990.

Por su parte, la cirrosis hepática ha estado dentro de las 10 principales causas de muerte desde 1960. En 1992 ocupó el séptimo lugar con 20 mil defunciones, es decir, 5% del total nacional.

En cuanto al incremento de las tasas de mortalidad ocasionada por las principales enfermedades no transmisibles tres de ellas originan el 40% de las muertes en México. Entre 1922 y 1980, las enfermedades cardiovasculares elevan 1.6 veces su participación como causas de muerte. Sin embargo, a partir de 1980 esta cifra empieza a insinuar una tendencia regresiva. En cambio, en 70 años los tumores malignos triplican su incidencia. el incremento del 20% que en 1980 registró el

número de muertes ocasionadas por estos padecimientos, se debió, sobre todo, a tumores de pulmón, cervix y próstata. Por su parte, la tasa de mortalidad por Diabetes Mellitus, cuya tendencia fue estable de 1922 a 1959, ha crecido desde entonces 13 veces.

La evolución de la tasa de mortalidad ocasionada por lesiones accidentales e intencionales es más o menos parecida a la de las enfermedades no transmisibles. De 1922 a la fecha, dichas afecciones han aumentado del 3 al 15% su participación en el cuadro de defunciones. Sin embargo, en los setenta años analizados, sus tasas de mortalidad muestran tendencias variables: en ascenso de 1922 a 1940, fecha a partir de la cual comienza un descenso, que vuelve a variar en 1970 con un ligero incremento.

Por su parte, la mortalidad por lesiones accidentales muestra una tendencia ascendente en los últimos 70 años. Este incremento fue particularmente importante en 1980. Ello se debió, en parte, a los cambios en la Clasificación Internacional de Enfermedades de 1979 a 1980. Sin embargo, a partir de este último año, la tasa empieza a mostrar una tendencia descendente. Esta tendencia fue la misma en el caso de las lesiones provocadas por accidentes de vehículo de motor.

Finalmente, las defunciones por homicidio tienden a disminuir de 1930 a 1970. En la década siguiente, las cifras presentan un estancamiento que varía en 1980 con un ligero incremento. Un incremento más pronunciado que da inicio alrededor de 1990.

Cambios del peso relativo de la morbilidad con respecto a la mortalidad.

La transición epidemiológica se acompaña de un cambio profundo en el significado social de la enfermedad. Esta ha dejado de ser algo agudo y transitorio para constituirse en un estatus crónico. Así, los individuos con algún padecimiento han pasado de «estar enfermos» a «ser enfermos».

Imaginemos a un adulto con neumonía y a otro con diabetes. El primero no puede acudir a su trabajo, guarda cama y su evolución tenderá hacia el restablecimiento más o menos inmediato de su salud o hacia la muerte por complicaciones. El segundo, por el contrario, a pesar de estar enfermo, sigue asistiendo a su trabajo, no guarda cama y tiende a mantenerse estable y a continuar con su vida cotidiana o bien a desestabilizarse por las complicaciones. Esto lo conducirán a la postración o incluso hasta la muerte.

En ocasiones, el enfermo crónico es estigmatizado, y ello acrecienta la carga psicológica, social y económica de la enfermedad. Como se mostrará más adelante, el peso de la enfermedad en México manifiesta una disminución en la carga de muerte así como la presencia de un creciente número de enfermos

discapacitados. Sin embargo, esto no sucede en todo el país de manera homogénea.

EL DESCENSO DE LA MORTALIDAD

El descenso de la mortalidad es un hecho innegable en la historia moderna de México. La mortalidad infantil, por ejemplo, ha disminuido 94% en los últimos cien años: de una tasa de 320 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos en 1898, se pasó a una tasa de 28 por cada 1 000 en 1998. Es conveniente señalar que, al corregir el subregistro de mortalidad en menores de una año ⁽²⁾, el descenso resulta menor, pero no por eso deja de ser importante. Se estima que, para 1998, la mortalidad infantil a nivel nacional será de 28 por cada 1 000 nacidos vivos.

Por otra parte, no es posible descartar que el descenso se haya iniciado antes de contar con registros de muertes y nacimientos, es decir, desde el siglo XIX. Es un hecho, sin embargo, que la mortalidad infantil en México tiende a disminuir al menos desde principios del siglo XX, aumenta entre 1968 y 1982, y recientemente vuelve a recuperar la velocidad de descenso que tenía al principio de los años sesenta.

Cabe agregar que el amplio y reciente impulso que han recibido los programas de salud para el tratamiento de diarreas e infecciones respiratorias en la infancia, así como la cobertura universal de inmunizaciones, seguramente repercutirán en la velocidad de descenso de la mortalidad infantil en México después de 1992.

Entre las posibles causas del importante progreso en salud en nuestro medio, destacan tres:

- a) El aumento del ingreso económico en la población, que genera mejores condiciones de vida en las familias.
- b) Los avances en la tecnología médica que, sobre todo, han logrado disminuir la letalidad de las enfermedades.
- c) La propagación de los programas de salud pública así como en el aumento en la divulgación de los conocimientos sobre salud. Ambos han contribuido a disminuir la generación de nuevos casos de enfermedad a través de cambios de conducta en la población o del control de las fuentes de exposición.

Cabe mencionar que el incremento de la esperanza de vida de 1970 a 1994 es más heterogéneo que en años anteriores. Los estados con una expectativa de vida menor a los 60 años mantienen sus ganancias por arriba de 10 años; en contraste, los estados con expectativa de vida superior a los 65 años, obtienen ganancias entre 5 y 6 años. Una razón por la que el progreso de la esperanza de vida empieza a ser

² Estimaciones realizadas por diversos autores establecen que el subregistro en la mortalidad infantil en México, en 1990 fluctuaba entre el 30% y el 35%, y que en estados como Durango, Guerrero y Sinaloa fue superior al 75%. Sólo en una tercera parte de las entidades federativas el registro exige una corrección mínima, al ser considerado aceptable por presentar una omisión menor al 10%.

más lento se explica en gran medida por la composición de las causas de muerte. Mientras predominan las enfermedades transmisibles, el desarrollo social y el avance en la tecnología médica permiten mostrar resultados exitosos al disminuir la mortalidad por esas causas. Pero una vez que los problemas del rezago empiezan a ser controlados, es necesario disponer de nuevas armas capaces de asegurar el éxito ante los problemas emergentes. Debido a eso es que sólo cuando las acciones en salud afectan directamente los factores de riesgo asociados a las enfermedades del corazón, a los tumores y a las lesiones accidentales e intencionales, se pueden obtener éxitos similares a los del pasado.

Transición de la mortalidad en México. Análisis de la probabilidad de morir, por entidad federativa y en las áreas rural y urbana³

Una de las principales preocupaciones en el campo de la salud pública en México, es establecer las regiones prioritarias en las que se deben concentrar ciertas acciones o aumentar los recursos asignados. Para este, fin se han desarrollado diferentes procedimientos empleando múltiples indicadores; nuestra propuesta de estratificación estatal de la mortalidad en México se basa en la relación que existía en 1994 entre la probabilidad de morir de los menores de cinco años ($0 < 5$) y la probabilidad de morir de los adultos de 15 a 59 años ($15 > 45$). La razón por la que usamos estos indicadores es su sensibilidad simultánea al rezago epidemiológico (mortalidad en la infancia) y a los cambios emergentes (mortalidad en adultos).

Empleando la probabilidad de morir de los menores de cinco años y de los adultos, se formulan cinco regiones:

- A. **Región de Transición Avanzada.** Presenta una mortalidad en la infancia por abajo del percentil 25 (278 por mil menores de cinco años) y una mortalidad en adultos menor al promedio nacional (105 por mil adultos de 15 a 59 años). Está integrada por el Distrito Federal y cinco entidades federativas más, de las cuales cuatro se ubican en el norte del país (Nuevo León, Tamaulipas, Coahuila y Baja California Sur). Estos estados suman 19% de la población (11% rural y 89% urbano) y su mortalidad promedio es de 278 por mil menores de cinco años y 105 por mil adultos de 15 a 59 años.
- B. **Región de Transición Intermedia.** Se compone de siete estados que presentan un nivel intermedio de mortalidad en la infancia, entre el percentil 25 y la media (334 por mil menores de cinco años) y baja mortalidad en adultos (112 por mil adultos). Uno de ellos está en el norte del país (Sinaloa), cinco en el centro (Aguascalientes, Colima, Jalisco, Nayarit y Veracruz) y dos en el sur (Morelos y Quintana Roo). Representan 21% de la población nacional (49% rural y 51%

³ Para fines de este trabajo se definió área rural a todas las localidades con menos de 15 mil habitantes y urbana a todas las localidades de 15 mil habitantes y más.

urbano).

- C. **Región de Transición Incipiente.** Está compuesta por siete estados que presentan una mortalidad en la infancia por abajo del promedio nacional (328 por mil menores de cinco años) y una mortalidad en adultos por arriba del promedio (118 por mil adultos, esto es 1.2 veces más elevada que las regiones A y B). Se ubican en el norte (Chihuahua, Sonora, Baja California, Durango), en el centro (Estado de México, Querétaro) y el sur (Tabasco). En ellos habita 25% de la población (34% rural y 66% urbana).
- D. **Región de Rezago Infantil.** Esta región se caracteriza porque su mortalidad en la infancia está por arriba del promedio nacional (417 por mil menores de cinco años, 1.5 veces más elevada que la región A) y su mortalidad en adultos está por abajo del promedio (108 por mil). Este perfil es mucho más marcado en el medio rural que en el urbano de los estados involucrados, en donde, de hecho, ambos medios presentan el mayor contraste. Las seis entidades que componen esta región están localizadas en el centro (Guanajuato, Zacatecas, San Luis Potosí y Tlaxcala) y en el sur del país (Campeche y Yucatán). Representa 12% de la población nacional (55% rural y 45% urbano).
- E. **Región con Rezago Extremo.** Presenta una mortalidad infantil (523 por mil, 1.9 veces más elevada que la de la región A) y de adultos (139 por mil) por arriba del promedio nacional. Los estados que forman esta región son los más pobres y se ubican en el centro del país (Hidalgo, Puebla y Michoacán) y en el sur (Guerrero, Chiapas y Oaxaca). En esta región habita 23% de la población (68% en el medio rural y 32% en el medio urbano).

Para explicar mejor aún la estratificación de la mortalidad, habría que analizar la mortalidad en niños y adultos de las zonas rurales y urbanas de cada una de las entidades federativas manteniendo los promedios nacionales para observar la composición de los diferentes estratos. En el medio rural los estados tienden a concentrarse en los cuadrantes del lado derecho, lo que significa un rezago en la mortalidad en la infancia. Destacan la zona rural de los estados de Querétaro, México y Tabasco por su elevada mortalidad en niños y adultos, así como la zona rural de Jalisco, Nuevo León, Durango y Sinaloa, por elevada mortalidad en la infancia. Lo anterior no excluye entidades cuya área rural tiene una mortalidad en la infancia por debajo del promedio nacional, como Tamaulipas, Baja California, Chihuahua, Aguascalientes y Nayarit. De hecho, en el medio rural sólo se presenta Tabasco con mortalidad superior al promedio nacional en adultos e inferior en niños.

En contraste, la distribución de la mortalidad en el componente urbano de los estados es diferente: tiende a concentrarse en los cuadrantes del lado izquierdo, lo que significa baja mortalidad en la infancia. Destaca que, a pesar de analizar solamente las zonas urbanas, en el cuadrante de rezago extremo aparezcan los estados de

Tlaxcala y Zacatecas y salgan de este cuadrante las zonas urbanas de Michoacán y Guerrero; es decir, también en las áreas urbanas del país se registra cierto componente de rezago infantil. Llama la atención que, con respecto al promedio nacional, ninguna zona urbana se ubique en el cuadrante inferior derecho y que el patrón dominante sea de elevada mortalidad en adultos, al concentrarse en el cuadrante superior izquierdo. También en las zonas urbanas hay entidades con baja mortalidad en niños, pero dada su mortalidad en adultos tienden a concentrarse más cerca del promedio nacional.

Con el fin mejorar la ubicación de los niveles de mortalidad en México, en esta sección se analiza la probabilidad de morir que tienen los adultos de 15 a 59 años (15>45), por tres distintos grupos de causas de muerte;⁴ además, se comparan entre sí los datos respectivos para ocho regiones a nivel mundial⁵ y cinco entidades federativas (Chiapas, Guerrero, Baja California y Nuevo León; en el caso de los adultos se sustituye Guerrero por Oaxaca). El criterio para seleccionar las entidades federativas se basa en la magnitud de la mortalidad general: Chiapas, Guerrero y Oaxaca presentan la más alta, mientras que Baja California y Nuevo León presentan la más baja. Además, se incluyen cifras referentes a las áreas rural y urbana, así como el promedio nacional.

La probabilidad de morir de la población adulta en México es muy variable en los varones y más o menos homogénea en las mujeres. La mortalidad en los adultos varones en México presenta cifras como las de Nuevo León, ligeramente mayores que las de los PEMC, y como las de Oaxaca, en donde la mortalidad es parecida a la de la India. En este grupo, el principal contraste entre las causas de mortalidad se da en las enfermedades transmisibles y las lesiones. Por ejemplo, el índice de mortalidad por diarreas en adultos varones del medio rural de Oaxaca está por encima del de la India y de algunos de los países que se ubican al sur del Sahara. En cambio, la mortalidad en Nuevo León por esa misma causa se parece a la de los PEAS y China. En contraste, la mortalidad por tuberculosis o por infecciones respiratorias en México presenta menor variación, ubicándose por abajo de la estimada para América Latina y por arriba de la de los PEAS.

Por lo que se refiere a la mortalidad por enfermedades no transmisibles, no se

4 Las causas de muerte se presentan en tres grandes grupos: Grupo I.- Enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción; Grupo II.- Enfermedades no transmisibles; Grupo III.- Lesiones accidentales e intencionales. El Grupo I representa el rezago epidemiológico, mientras los dos restantes comprenden los problemas emergentes.

5 Estas regiones son propuestas por el Banco Mundial en el Informe sobre Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud. Las regiones son: África al sur del Sahara (ASS), India, China, Otros países asiáticos e insulares (OPAI), América Latina y el Caribe (ALC), Arco del Oriente Medio (AOM), Países Europeos antes Socialistas (PEAS), Países con Economía de Mercado Consolidada (PECM). En el mismo informe presenatan una segunda agrupación de Países en transición demográfica en el que unen a todas las regiones a excepción de PEAS y PEMC.

detectan variaciones significativas entre las distintas regiones analizadas. La probabilidad de morir en México por esa causa es ligeramente mayor a la que presentan los PEMC; se exceptúan la mortalidad por diabetes y por cirrosis hepática, que en México alcanza cifras muy elevadas. El riesgo de morir por diabetes en Nuevo León, por ejemplo, es cinco veces mayor que en los PEMC. Por su parte, el riesgo de morir por cirrosis en Oaxaca es cuatro veces más alto que en estos mismos países. En México la probabilidad de morir por lesiones accidentales e intencionales es mayor que en cualquier región del mundo.

Por su parte, el riesgo de las mujeres en México de morir por enfermedades no transmisibles presenta menos variabilidad que en los varones. En Oaxaca, en las mujeres adultas, tal riesgo es dos veces mayor que en los PEMC, mientras que en Nuevo León el exceso de riesgo es tan solo de 1.2. Con respecto a las enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción (grupo I), el riesgo de morir de la mujeres en México, en el área rural y en Oaxaca, es mayor que en China. Destacan, por su importancia, la mortalidad por diarreas y las muertes maternas. Las cifras respectivas por estas causas se ubican por arriba de las de China, y, en Oaxaca específicamente, por encima del promedio de América Latina.

En relación con las defunciones por enfermedades no transmisibles, el riesgo de morir de las mujeres en México es similar al promedio de América Latina. En este grupo de causas destaca la mortalidad por diabetes: el riesgo de morir de una mujer adulta es nueve veces mayor en México que en los PEMC. Por otra parte, las mujeres mexicanas que habitan en el medio rural enfrentan un riesgo de morir por cirrosis cuatro veces mayor que las mujeres de los PEMC. Finalmente, la tasa de mortalidad por lesiones intencionales y no intencionales de las mujeres en México es baja y se ubica alrededor de las tasas para América Latina y los PEMC. No obstante, la mortalidad por homicidios de las mujeres adultas en México es muy variable. En Oaxaca es tres veces mayor que en los PEMC; en cambio, en Nuevo León es dos veces menor que en estos países. La comparación internacional vuelve a poner de manifiesto los marcados contrastes entre las diferentes regiones del país.

Estudio de la discapacidad como un elemento fundamental en la evaluación de las necesidades de salud de la población.

En diferentes estudios se ha mostrado el promedio de vida en México y en particular en los adultos mayores en México ha aumentado en presente siglo pero el límite de vida no aumenta. El mejoramiento de la tecnología y los cambios en los estilos de vida afectan la edad de aparición de las enfermedades crónicas y con ello la modificación del peso de la enfermedad. Fries presentó la hipótesis de la compresión de la morbilidad, la cual señala que en la medida en que disminuye la mortalidad en las poblaciones ancianas, disminuye la discapacidad. Alrededor de esta hipótesis

se ha generado una polémica en la cual se muestran evidencias a favor y en contra. Lo más interesante es que mediante los resultados del peso de la enfermedad se abre una buena oportunidad para examinar la relación entre la esperanza de vida y la presencia de discapacidad. A nivel internacional se demostró que las poblaciones con mayor mortalidad tenían una mayor prevalencia de discapacidad. Mientras que en los países al Sur del Sahara los hombres pasarán el 53% del remanente de vida con problemas de discapacidad, en los países desarrollados es el 22%. Estos resultados se limitan a un corte transversal y debieran ser confirmados en estudios de tendencia. En México se mostró que los lugares con una Eo mas baja existe menor carga de la enfermedad en los adultos mayores. Pero tambien hacen falta análisis de tendencia.

Dadas las limitaciones de la información existente, no es posible probar seguramente esta relación se modificaría en un análisis de tendencia pues la variación de la tecnología y de la cobertura de los servicios de salud tendría un efecto.

Los resultados muestran que las poblaciones con alta mortalidad tienen una mayor prevalencia de discapacidad al agrupar a todas las edades y en particular en los adultos mayores esto se repite al desagregar por causas de muerte. En aquellos padecimientos en los que la discapacidad no excede 20% del peso de la enfermedad. La proporción de tiempo vivido con discapacidad disminuye con el incremento en la esperanza de vida.

El estudio de la discapacidad esta enmarcado en la metodología del Peso de la Enfermedad el cual fue diseñado en parte para dirigirse a tres de las principales limitaciones de la información disponible sobre la magnitud de los problemas de salud. En primer lugar, frecuentemente la información en salud es provista a los tomadores de decisiones por personas implicadas con las enfermedades. El hecho de que estas mismas personas lleven a cabo las estimaciones epidemiológicas puede aumentar las dudas sobre la objetividad de las conclusiones. En particular, los intereses específicos por el control de ciertas enfermedades, les hace sobrestimar la magnitud de las enfermedades en forma no intencionada. La separación de la "defensa" de las enfermedades del proceso de generación de mediciones epidemiológicas es un paso esencial para conseguir estimaciones más plausibles y útiles.

En segundo lugar, los datos internacionales que están basados en diagnósticos y en procedimientos similares reportados están casi exclusivamente enfocados a mortalidad y carecen de información comparable sobre resultados no fatales. La ausencia de información de buena calidad sobre discapacidad y otros resultados no fatales ha contribuido al continuo abandono de esos problemas en el debate nacional e internacional. A pesar de la enorme brecha en el conocimiento acerca de la epidemiología de muchos de los resultados no fatales, una segunda meta del

estudio de la CGE fue generar estimaciones creíbles de incidencia, prevalencia y duración de un número importante de estos resultados no fatales.

En tercer lugar, una métrica común, los años de vida ajustados por discapacidad o AVISA, han sido usados para agregar y resumir los datos y la información en mortalidad y resultados no fatales y entonces permitir las comparaciones del impacto de varias condiciones de salud. Los AVISA también pueden ser usados en el análisis de costo-efectividad, ellos en gran medida facilitan las mediciones conjuntas de la magnitud de los problemas de salud con el orden y los costos de las intervenciones disponibles para estos problemas. Con una métrica común, la combinación de los resultados de la carga de la enfermedad y del análisis de costo-efectividad de las intervenciones disponibles ha sido y puede ser utilizada para identificar un conjunto de intervenciones prioritarias en forma de paquetes esenciales de salud.

Los principales resultados de esta aproximación metodológica en México son: En México, durante 1994, se perdieron alrededor de 13 millones de AVISA, es decir, 145 por cada 1 000 habitantes. De ellos, 57% fueron años perdidos por muertes prematuras (APMP) y 43% fueron años vividos con discapacidad (AVD). Ciertamente, estas cifras cambian según la entidad federativa o los niveles de desarrollo económico. Por ejemplo, en el medio rural, los AVISA perdidos ascienden a 6.2 millones, 60% de ellos por muertes prematuras; en cambio, en el medio urbano las pérdidas equivalen a 6.8 millones de AVISA, de los cuales 55% se deben a muertes prematuras. Este patrón resulta interesante pues en México 43% de la población habita en el medio rural y 57% en el medio, urbano aunque el riesgo de perder un año de vida saludable es 1.3 veces más alto en el área rural.

En 1994, la mayor pérdida de AVISA se presentó en el sexo masculino, independientemente del lugar de residencia y grupo de edad. Durante ese año los hombres perdieron 7.6 millones de AVISA y las mujeres 5.4 millones, que expresados per capita representan un riesgo 1.5 veces mayor para los hombres. El exceso de AVISA perdidos por los hombres con respecto a las mujeres varía entre 30 y 70%, según la entidad federativa o región. Aunque en los estados más pobres tiende a existir una menor diferencia, no existe una correlación negativa entre la razón de masculinidad y el nivel de ingresos de los estados.

La diferencia por género aumenta sensiblemente en la población de 15 a 44 años, ya que se duplica el exceso de AVISA perdidos en los varones. En contraste, tal diferencia disminuye de manera importante en los niños y adultos mayores de 60 años. En los hombres, existe una distribución más o menos homogénea entre los tres grandes grupos de causas, aunque predominan las pérdidas por enfermedades no transmisibles; en cambio, para las mujeres más de la tercera parte corresponde a las enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción (grupo I), 55% a las enfermedades no transmisibles (grupo II) y sólo 10% a lesiones

accidentales e intencionales (grupo III). La diferencia en la distribución por género se da sobre todo en el grupo de las lesiones: por cada AVISA que pierde una mujer a causa de lesión, los varones pierden cuatro (en Oaxaca y Morelos la relación es 5 a 1). En cambio, para los grupos de enfermedades I y II, la pérdida de AVISA en los varones es sólo 15% mayor que en las mujeres.

Por otra parte, la distribución del peso de la enfermedad por grupos de edad en el medio rural es diferente a la que se presenta en el medio urbano. En el primer caso la mayor cantidad los AVISA perdidos per capita es entre los menores de cinco años; desciende en el grupo de 5 a 14 años e inicia un incremento paulatino a partir de esa edad. En cambio, en el medio urbano las pérdidas son más elevadas en los adultos mayores que en los menores de edad.

La distribución de AVISA perdidos por grupos de edad se modifica si se analiza según causas de enfermedad. En las enfermedades transmisibles, de la nutrición y reproducción, el mayor peso (70%) recae en los menores de cinco años. Esta desventaja es palpable sobre todo en el medio rural; de hecho, la carga de enfermedad que los tres grupos de causas imponen a los niños del medio urbano es inferior a la que el grupo I genera sobre los menores de cinco años del medio rural.

Las enfermedades no transmisibles afectan de manera parecida a todos los grupos de edad, aunque en términos absolutos la mayor parte de la carga se concentra en la población mayor de 45 años. Con respecto a las lesiones, la distribución es diferente a las de los otros dos grupos de causas ya que las pérdidas aumentan conforme avanza la edad hasta llegar al grupo de 15 a 44 años, y después descienden.

Las necesidades de salud prioritarias en México comparando tres indicadores, la mortalidad ajustada por edad, los años de vida potencialmente perdidos (usando como límite de vida 70 años) y los AVISA. Cabe aclarar que la lista de enfermedades no incluye agrupaciones de padecimientos para los cuales no hay intervenciones de salud específicas, por ejemplo, enfermedades del corazón o tumores malignos, sino que estos aparecen en un nivel de desagregación en el cual sí es posible definir intervenciones en salud específicas. En el cuadro 2 se presentan en la primera columna las doce principales causas de muerte que reflejan el patrón de transición epidemiológica que caracteriza al país: enfermedades no transmisibles que se presentan en edades avanzadas con excepción de la neumonía, las enfermedades diarreicas y la desnutrición, las demás representan problemas emergentes.

La segunda columna presenta un indicador que dimensiona las necesidades de salud considerando el tiempo como la unidad de medida por lo que controla el efecto de la edad. Por esa razón, las enfermedades propias de la infancia o del rezago epidemiológico recuperan importancia y ascienden de lugar. La neumonía avanza al primer lugar, la diarrea al tercero y la desnutrición al sexto; en contraposición las enfermedades de los adultos mayores descienden de lugar llegando incluso a

desaparecer de las 12 principales necesidades de salud, tal es el caso de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o de la cardiopatía hipertensiva. Empleando este indicador de necesidades se incluirían dentro de las principales los atropellamientos y los ahogamientos.

La tercera columna además de controlar el efecto de la edad añade el componente de discapacidad a la evaluación de las necesidades de la población y nuevamente modifica el orden de las prioridades. En este caso avanzan a los primeros lugares los homicidios y las lesiones a terceros al segundo lugar los accidentes por vehículo de motor con lesiones en los ocupantes y los atropellamientos en el quinto lugar. Usando este indicador la diabetes mellitus y la cardiopatía isquémica recuperan importancia dentro de los primeros lugares y se incluyen las muertes y discapacidades ocasionadas por la dependencia al alcohol.

Cuadro No 2

Necesidades de Salud prioritarias empleando tres indicadores, México 1994.

Causas	Mortalidad Ajustada por edad	Años de Vida Potencialmente Perdidos	Años de Vida Saludable Perdidos
Cardiopatía Isquémica	1	9	6
Diabetes Mellitus	2	8	4
Neumonía	3	1	3
Enfermedad Cerebrovascular	4	11	11
Cirrosis Hepática	5	4	8
Homicidio y Lesiones a Terceros	6	2	1
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	7	17	19
Diarrea Aguda	8	3	7
Desnutrición Proteínico-catónica	9	6	9
Nefritis y Nefrosis	10	12	14
Accidentes de Vehículo de Motor (ocupantes)	11	5	2
Cardiopatía Hipertensiva	12	27	21

Conclusiones.

Definitivamente una organización prestadora de servicios de salud que ha funcionado más 50 años debe seguir de cerca y estar muy pendiente de la dinámica de la población para irse transformando y adaptando a las necesidades cambiantes de esa población. Afortunadamente esta dinámica es lenta y predecible, aunque con respecto a otros países no lo es tanto, y eso permite planear los cambios estructurales así como encontrar los momentos más propicios para desarrollarlos.

Se ha mostrado el panorama epidemiológico y sociodemográfico en el que se demuestra que la población mexicana ha protagonizado grandes transformaciones

en el presente siglo. Después del periodo revolucionario de principio de siglo, se inicia una etapa de crecimiento poblacional que lleva al país a una tasa de crecimiento impresionante. A partir de entonces, el crecimiento natural empieza a descender, inaugurándose con esto una nueva etapa demográfica que los especialistas estiman que continuará hasta bien entrado el siglo XXI. Uno de los efectos más espectaculares del cambio demográfico mencionado es la modificación de la estructura por edad de la población y en consecuencia las necesidades de salud de dichas poblaciones.

El desafío para la seguridad social consiste en ser sensible a este cambio pues para el sistema de salud en su conjunto implica un doble reto: atender los problemas propios del rezago y simultáneamente contender con los problemas emergentes.

Uno de sus efectos que ha logrado la seguridad social es homogeneizar, hasta cierto punto, a 34 millones de mexicanos disminuyendo las brechas o las distancias entre ellos; esto se expresa en el aumento de la esperanza de vida de esta población, en la caída de la mortalidad infantil. Sin embargo su función reparadora del daño le esta acumulando una importante carga adversa por enfermedades y accidentes.

Seguramente el IMSS ha logrado disminuir las pérdidas por muertes prematuras por ciertas enfermedades como son las transmisibles y de la nutrición pero aun sigue sin poder disminuir la carga que por muerte prematura originan los padecimientos no transmisibles. Más aun, se espera que suceda lo mismo con respecto a las pérdidas por discapacidad lo cual le aumenta la carga de enfermedad a la institución.

Para el IMSS el desafío consiste en seleccionar tecnologías médicas más costo-efectivas dentro la amplia gama de servicios que proporciona y estudiar las diferentes formas en que estas deberán ser financiadas.



EL COSTO DE NO REFORMAR: LA NECESIDAD DE UN MODELO INNOVADOR PARA LA REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMERICA LATINA

Por: Julio Frenk* y Juan Luis Londoño**

** Se graduó como médico cirujano en la Universidad Nacional Autónoma de México y en la Universidad de Michigan obtuvo tres grados avanzados: Maestría en Salud Pública, Maestría en Sociología y Doctorado Conjunto en Organización de la Atención Médica y Sociología. Fue director fundador del Centro de Investigaciones en Salud Pública y Director General fundador del Instituto Nacional de Salud Pública. Actualmente es Vicepresidente Ejecutivo y Director del Centro de Economía y Salud de la Fundación Mexicana de Salud.*

*** Ex-ministro de Salud de Colombia. Actualmente es Economista Principal de la Oficina del Economista en Jefe del Banco Interamericano de Desarrollo.*

*A la memoria de José Luis Bobadilla,
visionario y constructor de un mejor futuro para
la salud en América Latina y en el resto del mundo.*

Introducción

Los sistemas de salud se encuentran en una encrucijada. En el mundo entero se da una búsqueda por mejores formas de regular, financiar y prestar los servicios de salud. Existe un sentido de innovación inminente, por el cual una diversidad de países de todos los niveles de desarrollo económico y con todos los tipos de sistemas políticos se han embarcado en procesos de reforma. Si bien el resultado final es todavía incierto, es muy posible que esta búsqueda conduzca a nuevos modelos conceptuales y prácticos para los sistemas de salud.

El presente trabajo busca desarrollar opciones para reestructurar los sistemas de salud. En particular, intenta examinar las deficiencias de los modelos actuales y ofrecer una alternativa. Nuestro enfoque es **sistemático**, en cuanto a que analiza cada elemento dentro de un marco coherente, así como **sistémico**, en el sentido de que considera todo el sistema de salud, otorgando un énfasis particular a las relaciones entre sus principales componentes. En el complejo entorno actual, la mayor parte de los problemas tienden a estar interrelacionados. En consecuencia,

las soluciones no pueden examinarse desde un solo ángulo del sistema de salud, ignorando todos los demás. Por ejemplo, si las reformas se limitan a la descentralización de los servicios sin modificar los mecanismos de financiamiento, los incentivos o los criterios para establecer prioridades, es muy probable que lo único que se consiga sea multiplicar los problemas del sistema previamente centralizado. Los problemas de esta naturaleza requieren enfoques cabales para abordar el sistema de salud en su conjunto. Dado que las fallas actuales son sistémicas, la respuesta de la reforma debe también ser sistémica.

Si bien los tópicos que aquí se abordan son de interés potencial para la mayoría de los países del mundo, nos referiremos básicamente a América Latina. Estamos conscientes de que las generalizaciones pierden su fuerza ante la enorme heterogeneidad de los países que conforman esta región. De hecho, nuestro análisis pondrá especial énfasis en la necesidad de desarrollar políticas que tomen en cuenta las diversas condiciones que coexisten ahí. En gran medida, la desigualdad social y económica explica el multifacético panorama de los retos que enfrenta la salud en América Latina, en donde los problemas de países ricos y pobres se encuentran yuxtapuestos. Esta desigualdad se ve reflejada y reproducida por la heterogeneidad de las instituciones de atención a la salud, las cuales han respondido a las necesidades de los diferentes grupos sociales de manera fragmentada.

El documento inicia con un breve análisis de los principales retos que enfrentan la población y las instituciones de atención a la salud en América Latina. A continuación se identifican y comparan los principales modelos de organización del sistema de salud existentes, así como las opciones para reformarlos. Una vez analizadas las limitaciones de las alternativas extremas, se procede a desarrollar un modelo de **pluralismo estructurado** como un enfoque equilibrado para la reforma de los sistemas de salud. Aquí se examina también lo que parece ser una convergencia hacia este modelo.

El mensaje central es claro: Los retos que enfrentan los sistemas de salud en América Latina son tan amplios que el no reformar encerraría costos enormes para el bienestar social, el desarrollo económico y la estabilidad política. Más aún, la dinámica de las transformaciones es tan intensa que tarde o temprano será necesario emprender la reforma. Mientras más se retarde la decisión de reformar, mayores serán los costos del inevitable cambio. Por eso es necesario apoyar vigorosamente, con propuestas serias, las iniciativas de reforma que, como la del Instituto Mexicano del Seguro Social, abren la perspectiva de un mejor futuro para la salud en América Latina.

El doble reto de la salud

La mayoría de los países latinoamericanos tienen frente a sí múltiples oportunidades producto de los avances en la reforma económica y la democratización. Al mismo

tiempo, sin embargo, estas sociedades tienen que contender con una serie de retos muy complejos, que en gran medida derivan de las rápidas transformaciones que han caracterizado la segunda mitad de siglo. Durante este periodo, muchos países latinoamericanos experimentaron cambios que en los países desarrollados ocurrieron a lo largo de centurias. El ritmo de esta modernización ha sido muy diferente en los diversos segmentos de la sociedad, lo que ha agudizado la desigualdad entre ellos (Morley, 1995; Londoño, 1995a; Altimir, 1996; Deininger y Squire, 1996).

La combinación de un cambio rápido y desigual ha colocado a muchos países latinoamericanos frente a una serie de nuevos retos —característicos de las sociedades desarrolladas—, antes de haber logrado resolver por completo los viejos problemas —afiliados con las sociedades más pobres. Así, el pasado y el futuro chocan en un presente complejo. Esto se refleja en la yuxtaposición de rezagos acumulados y problemas emergentes. Debido a la desigualdad, cada conjunto de retos afecta de manera diferente a los diversos grupos sociales y áreas geográficas.

En el campo de la salud, esta dualidad se manifiesta con claridad. Todo análisis sistemático de la situación de la salud debe considerar dos elementos clave, a saber, las poblaciones y las instituciones. Al respecto, se enumeran, los tipos de retos que se observan en cada caso. La documentación empírica de estos retos rebasa los alcances de este artículo. Aun así, es conveniente señalar algunos de sus aspectos clave.

Retos para la población

Los retos que afectan a la población son un reflejo de la dinámica demográfica y epidemiológica de la región. En un trabajo previo hemos analizado empíricamente las experiencias de diferentes países latinoamericanos en términos de sus patrones de transición demográfica y epidemiológica (Frenk, Bobadilla y Lozano, 1996). Además, existen nuevas proyecciones al año 2020 sobre las principales causas del peso de la enfermedad y las lesiones en la región (Murray y Lopez, 1996). A juzgar por la evidencia, resulta claro que América Latina sigue padeciendo un importante rezago epidemiológico que se manifiesta en la presencia de enfermedades infecciosas comunes, desnutrición y problemas de salud reproductiva.

La persistencia de estos problemas refleja la brecha entre los logros que serían potencialmente *alcanzables* si los sistemas de salud funcionaran bien y los logros que tales sistemas de hecho *alcanzan*. Una forma de medir esta brecha consiste en calcular los niveles de salud que cabría esperar en una región determinada, dado su nivel de desarrollo, y comparar dichos niveles esperados con los observados. Un reciente informe del Banco Interamericano de Desarrollo (Inter-American Development Bank, 1996) ofrece una amplia documentación empírica sobre la existencia de esas brechas en diferentes ámbitos de la política social, incluyendo la salud. Para cuatro indicadores se comparan los niveles observados en América Latina y el Caribe

alrededor de 1995 con los niveles que cabría esperar en función del ingreso per capita de la región. Estos niveles esperados se calculan analizando la relación entre los indicadores de salud y el ingreso per capita en todo el mundo. Como puede verse, América Latina y el Caribe presentan una situación de salud peor de la que podría esperarse. El tono triunfalista de muchos informes oficiales debe matizarse ante la persistencia de esta brecha.

Sin haber resuelto los retos acumulados, la población de América Latina enfrenta ya una serie de presiones emergentes. El "envejecimiento" demográfico provocado por la disminución de la fecundidad, el acelerado proceso de urbanización, la degradación del ambiente y la adopción de estilos de vida poco saludables son responsables de un peso cada vez mayor ocasionado por enfermedades no transmisibles y lesiones. Además, los sistemas de salud se han visto en la necesidad de confrontar los retos de nuevas infecciones, tales como el SIDA, o de enfermedades que están resurgiendo pese a haberse mantenido bajo control por mucho tiempo, tales como la malaria, el dengue, el cólera y la tuberculosis.

Para complicar aún más el panorama, los sistemas de salud se han visto cada vez más en la necesidad de hacerse cargo de las consecuencias de diversas formas de desintegración social, incluyendo la guerra, el desplazamiento de las poblaciones y el creciente tráfico de drogas (Desjarlais *et al.*, 1995). Quizá como un reflejo de estos procesos, América Latina está experimentando un rápido crecimiento de los padecimientos neuropsiquiátricos, cuya prevalencia ha llegado a ser de 10.18 por cada 100,000 personas, nivel que es 56% superior al promedio mundial de 6.53 por 100,000. El lugar predominante que ocupan los padecimientos neuropsiquiátricos es un rasgo distintivo de la transición epidemiológica en la región. Este problema se ve agudizado por una tasa de violencia desproporcionalmente alta. América Latina es la región que padece el peso de homicidios más alto; la tasa correspondiente es de 7.7 homicidios por 1,000 personas, lo cual es más de dos veces mayor que el promedio mundial de 3.5 por 1,000. Algunas estimaciones recientes indican que el número de homicidios por año es mayor a 100,000, en contraste con los 30,000 que se registran en todos los países industrializados (Londoño y Moser, 1996).

La dinámica epidemiológica de la región está teniendo efectos muy complejos en la demanda por servicios de salud. El descenso en la fertilidad se reflejará en una reducción relativa de la demanda por servicios materno-infantiles, si bien este efecto tomará algunos años para desarrollarse plenamente en razón del fenómeno de "inercia demográfica", por el cual el descenso en el número absoluto de nacimientos sufre un retraso respecto de la reducción en la tasa de fecundidad, ya que hay un gran número de mujeres en edad fértil que nacieron en las condiciones previas de alta fecundidad (Bobadilla *et al.*, 1993). De manera similar, el incremento en la demanda debido al envejecimiento de la población tomará algún tiempo para expresarse plenamente. Lo que parece definitivo es que, en la próxima década, la región

experimentará un incremento generalizado de la demanda de servicios de salud, si bien este proceso estará marcado por la profunda heterogeneidad existente al interior de los países y entre ellos mismos.

Otra presión emergente para la población es la expansión de la democracia en todo el continente, misma que probablemente conducirá a crecientes presiones políticas por mejores y más diversificados servicios (Londoño, 1995), en la medida en que las sociedades incorporen la atención a la salud como parte de sus derechos ciudadanos (Fuenzalida-Puelma y Scholle-Connor, 1989).

Retos institucionales

Como puede apreciarse, América Latina experimenta una alineación de fuerzas que apuntan al surgimiento de presiones crecientes sobre los sistemas de salud. Las instituciones que conforman dichos sistemas, de hecho, también se encuentran sujetas a la dualidad de retos acumulados y retos emergentes. Así, la mayoría de los países de la región no han terminado de resolver los viejos problemas característicos de los sistemas menos desarrollados, tales como cobertura insuficiente, pobre calidad técnica, ineficiencia en la asignación de recursos, inadecuado funcionamiento de la referencia de pacientes, baja capacidad resolutive, sistemas de información limitados y administración deficiente de organizaciones específicas. Sin embargo, estos mismos países enfrenta ya muchos de los problemas que aquejan a los sistemas más desarrollados, tales como la escalada de costos, la existencia de incentivos inadecuados, la inseguridad financiera, la insatisfacción de los consumidores, la expansión tecnológica y, en general, los muchos problemas asociados con la gerencia del sistema en su conjunto por encima de sus organizaciones específicas, incluyendo los retos que plantea el pluralismo creciente.

La fragmentación institucional existente, junto con el desequilibrio resultante en los gastos, está provocando una carga financiera excesiva en toda la población y, en especial, en los grupos más pobres. En efecto, como porcentaje del ingreso familiar, los hogares pobres incurren en mayores gastos directos que los ricos. Por ejemplo, en 1992 el 10% más pobre de las familias mexicanas urbanas destinó 5.2% de su ingreso a la atención de la salud, mientras que el 10% más rico asignó sólo 2.8% (Frenk, Lozano y González-Block, 1994). Colombia y Ecuador son dos casos extremos. En 1994, el desembolso personal en atención a la salud entre la población ubicada en el decil más pobre de la distribución del ingreso alcanzó el 12% del ingreso por hogar en Colombia, y 17% en Ecuador.

Las causas de esta yuxtaposición de retos en los sistemas de salud en América Latina son diversas. Sus raíces pueden localizarse en los procesos históricos particulares por los que las fuerzas económicas, políticas y culturales han dado forma a las instituciones actuales. La revisión detallada de tales factores históricos rebasa los propósitos de este artículo, pero puede afirmarse que el resultado neto

ha sido la coexistencia en la región de diversos modelos de organización para el financiamiento y la prestación de servicios de salud, todos los cuales enfrentan serios obstáculos para su desempeño óptimo. Estos modelos se describirán y compararán en la siguiente sección.

De hecho, los retos a los que se enfrentan la población y las instituciones acentúan las limitaciones intrínsecas de los arreglos actuales para otorgar atención a la salud. En la mayoría de los países, tales arreglos han regido por varias décadas y es posible que en su momento hayan constituido una respuesta aceptable a las entonces condiciones vigentes de salud. Sin embargo, esos mismos arreglos han tenido un crecimiento insospechado, han alcanzado un nivel de complejidad enorme y no han cambiado al ritmo que hubiera requerido la rápida transformación del contexto epidemiológico, demográfico, económico, político, tecnológico y cultural.

En resumen, los retos poblacionales y las limitaciones organizacionales de las instituciones que conforman a los sistemas de salud de la región nos obligan a proponer y discutir alternativas innovadoras que ofrezcan una mejor respuesta a nuestras necesidades. Esta oferta de propuestas y su discusión, sin embargo, deben alejarse del terreno ideológico y evitar las descalificaciones que en nada contribuyen a la construcción del nuevo modelo de atención que los tiempos demandan. La discusión de estas alternativas debe empezar por desechar el falso conflicto que supuestamente existe entre los servicios públicos y los servicios privados de salud. El reto más bien consiste en encontrar la mezcla público-privada que mejor responda a las necesidades de salud de la población y a las exigencias organizacionales de nuestras instituciones.

Modelos actuales de sistemas de salud

En función de toda una compleja red de fuerzas económicas, políticas y culturales, cada uno de los países latinoamericanos ha ido desarrollando su propio sistema de salud. Sin pretender negar esta especificidad, resulta válido tratar de identificar los patrones comunes que se observan en el conjunto de los países. Un ejercicio así sólo puede llevarse a cabo si se centra en los componentes esenciales de los sistemas de salud, sustrayéndose de la infinidad de detalles que convierten cada situación nacional en algo único.

Como resultado del proceso histórico de la mayor parte de los países latinoamericanos, el aspecto crucial que los sistemas de salud han tenido que resolver es la cuestión de la *integración*. Tanto en la literatura académica como en los documentos oficiales, este término ha sido usado de múltiples formas, algunas de ellas incluso equívocas. Por lo tanto, es necesario especificar su significado. La integración se refiere a cada uno de los dos componentes esenciales de los sistemas de salud, a saber, las poblaciones y las instituciones.

Respecto de las poblaciones, la integración significa el grado en que los diferentes grupos tienen acceso a cada una de las instituciones del sistema de salud. Si bien dicho acceso constituye una variable continua, resulta útil establecer una dicotomía. Uno de los extremos de la dicotomía es la segregación. Como reflejo de las profundas desigualdades que afectan a la región, los sistemas de salud de muchos países segregan a los diferentes segmentos de la población en diferentes instituciones de atención a la salud. Por lo general, las posibilidades financieras e incluso legales de moverse de un segmento a otro son limitadas.¹ El otro extremo de la dicotomía es lo que podría llamarse "integración horizontal",² en la que todos los grupos de la población tienen acceso a las mismas instituciones. Esta situación puede presentarse en uno de dos escenarios opuestos: o bien porque existe libertad de elección, o porque existe una única institución en el país.

Respecto de las instituciones, la integración se refiere a los arreglos para llevar a cabo las funciones esenciales de los sistemas de salud. Como veremos después con mayor detalle, las dos funciones tradicionales son el financiamiento y la prestación de los servicios. Una vez más, el establecimiento de una dicotomía facilita las cosas. En uno de los extremos se encuentra la "integración vertical", lo que significa que la misma institución se encarga tanto de financiar como de prestar los servicios. En el otro extremo, las funciones se encuentran separadas en diferentes instituciones.

Cuando se relacionan las dos dimensiones de la integración se produce una tipología de los principales modelos de sistemas de salud que han prevalecido en América Latina hasta antes de la más reciente oleada de reformas. Cabe señalar que no hay país que constituya una expresión pura de cualquiera de estos modelos. Los modelos representan tipos ideales que sirven para comparar las principales soluciones organizacionales existentes hasta ahora. Dicha comparación pondrá de manifiesto las limitaciones de los arreglos actuales, permitiendo así la visualización de nuevas opciones. Para fines analíticos, examinaremos primero los casos polares representados por el modelo público unificado y el modelo privado atomizado.

1 Estrictamente hablando, la segregación siempre es parcial, pues en todos los países los servicios del ministerio de salud se encuentran, en un principio, abiertos a la población entera y las barreras financieras suelen ser las más bajas del sistema. En contraste, otros segmentos del sistema de salud sí excluyen a ciertos grupos de la población en función ya sea de disposiciones legales - como en muchas instituciones de seguridad social- o de barreras financieras -como en el sector privado-. En consecuencia, el grado de segregación depende de qué tan importante sea el ministerio de salud como prestador de servicios.

2 Estamos conscientes del hecho de que otros autores usan el término "integración horizontal" para significar la consolidación, dentro de una organización, de unidades que tienen el mismo nivel de complejidad o desempeñan las mismas funciones. De acuerdo con nuestro uso, "integración horizontal" no es un proceso que ocurra en el lado de la oferta (o institucional) del sistema de salud, sino en el lado de la demanda (o de la población).

El modelo público unificado

En este caso, el Estado financia y suministra servicios directamente a través de un sistema único integrado verticalmente. En su variante extrema, que actualmente se presenta solamente en Cuba, este modelo logra la integración horizontal de la población a costa de la libertad de elección, pues resulta ilegal ofrecer servicios fuera del monopolio gubernamental. De acuerdo con la tradición burocrática latinoamericana, este modelo excluye las opciones de prestación bajo el control del consumidor, y limita la representación efectiva de los usuarios en la organización de los servicios. Así, los usuarios no pueden elegir porque, en la conocida formulación de Hirschman (1970), no tienen ni voz ni opciones de salida. A su vez, los proveedores no pueden competir entre sí para suministrar un mejor servicio, ya que no existen alternativas posibles.

Una variante menos extrema de este modelo se da en Costa Rica, donde el sistema público es casi universal, pero no existen limitaciones legales para elegir otras opciones de servicio. En este tipo de casos, el virtual monopolio público se debe, más que nada, a la capacidad del Estado para ofrecer servicios de calidad razonable, al tiempo que compite con el sector privado sobre la base de los precios (Musgrove, 1996). En efecto, como el Estado no financia a otros proveedores, éstos deben cobrar lo que los servicios cuestan, o bien obtener algún subsidio privado. En cambio, los servicios públicos rara vez cobran a los usuarios el costo real. Esta ausencia de subsidio público a los servicios privados distingue al modelo público unificado del modelo de contrato público (Organisation for Economic Co-Operation and Development, 1992). Por su parte, la diferencia con el modelo segmentado radica en el hecho de que existe un solo presupuesto público, en vez de que se le divida entre el ministerio de salud y la seguridad social.

El modelo privado atomizado

En este modelo, la función de financiamiento se lleva a cabo ya sea mediante desembolsos del bolsillo de los consumidores, o a través de múltiples agencias de seguros privados, las cuales reembolsan a los diversos prestadores de servicios sin que exista una integración vertical de estas dos funciones. Si bien ningún país latinoamericano presenta este modelo extremo en su forma pura, existen dos variantes importantes que se acercan al mismo.

La primera es una modalidad de mercado libre, que se observa en países en los que la abrumadora mayoría del gasto es privado y ocurre dentro de un entorno de prestación de servicios altamente desregulado con niveles muy bajos de aseguramiento o prepago. Un ejemplo de ello es Paraguay, en donde 87.5% del gasto en salud es privado (Govindaraj, Murray y Chellaraj, 1994). Aunque formalmente existe libertad de elección, las enormes diferencias en los grados de acceso financiero generan un mercado privado segmentado que excluye a la gran mayoría de la

población de su nivel superior. A la luz de las conocidas imperfecciones del mercado de servicios de salud, la diversidad de financiamiento y de entidades de prestación no necesariamente se traduce en competencia. De hecho, no existe un mecanismo disponible para agregar la demanda, de forma que los consumidores pueden quedar desprotegidos por las asimetrías en la información. Aun cuando exista la competencia, con frecuencia ésta tiene lugar a través de la selección de riesgos más que de los precios. En suma, al excluir a grandes grupos de personas y al segmentar la prestación de servicios, este modelo magnifica las fallas de mercado, que generan ineficiencias globales en el sistema de salud.

La segunda variante del modelo privado atomizado puede denominarse modalidad "corporatista". Esta se caracteriza por la segregación de diferentes grupos ocupacionales en fondos de enfermedad exclusivos, no competitivos. Aunque en ocasiones algunos fondos cuentan con sus propias instalaciones para la prestación de servicios, el arreglo más común implica una separación entre el financiamiento y la prestación, de forma que el fondo de enfermedad cubre la atención que se recibe en instituciones públicas o privadas. Esta variante es muy poco frecuente en América Latina. El caso más ilustrativo lo representa el sistema de "obras sociales" en Argentina. En contraste con la experiencia de casi todos los países restantes de América Latina, estos fondos atomizados no han llegado a unirse en un instituto único de seguridad social. Asimismo, a pesar de que existen en gran número, no existe competencia entre ellos, ya que la afiliación es obligatoria en función, casi siempre, de criterios ocupacionales.

El modelo de contrato público

En algunos cuantos casos, el financiamiento público se ha combinado con una creciente participación privada en la prestación de servicios. Esta separación de funciones se consigue mediante la contratación de servicios. Cuando el financiamiento público tiene una cobertura universal, entonces se habla de una integración horizontal de la población. En contraste con los modelos polares, la población tiene mayores opciones, y los proveedores encuentran más oportunidades para la autonomía y la competencia. A menudo existe un presupuesto público global, igual que en el modelo público unificado. Pero a diferencia de éste, dicho presupuesto no se asigna por adelantado a prestadores públicos, independientemente de su desempeño, sino que se dirige a un conjunto plural de prestadores en función de ciertos criterios de productividad y, en el mejor de los casos, también de calidad.

A pesar de las anteriores ventajas, uno de los problemas más serios es la fragmentación de la prestación, lo cual complica enormemente el control de la calidad y los costos. Aunque este modelo se asemeja a la experiencia canadiense, lo cierto es que no ha logrado los niveles de regulación que se observan en Canadá. Por lo tanto, en la versión latinoamericana ha resultado imposible alcanzar los mismos

niveles de igualdad y eficiencia. En América Latina, Brasil ha sido ejemplo de este modelo durante la última década.

El modelo segmentado

Este es el modelo más común en América Latina, por lo que requiere de una explicación detallada.

Con respecto a la primera dimensión de la matriz, todo sistema de salud debe desarrollar cuatro funciones esenciales: la modulación, el financiamiento, la articulación y la prestación.³ Como se mencionó antes, las funciones de financiamiento y prestación son las mejor conocidas. En sentido estricto, el financiamiento se refiere a la movilización de dinero de fuentes primarias (hogares y empresas) y de fuentes secundarias (el gobierno en todos los niveles y los organismos internacionales), y a su acumulación en fondos reales o virtuales (por ejemplo, fondos de seguridad social, presupuestos públicos para la atención a la salud, ahorros familiares), que pueden entonces ser asignados a través de diversos arreglos institucionales para la producción de servicios. A su vez, la función de prestación se refiere a la combinación de insumos dentro de un proceso de producción, la cual ocurre en una estructura organizacional particular y conduce a una serie de productos (*i.e.*, servicios de salud) que generan un resultado (*i.e.*, cambios en el estado de salud del usuario).

Al lado de estas dos funciones tradicionales, todo sistema de salud tiene que desempeñar una serie de funciones cruciales que pueden agruparse bajo el término "modulación".⁴ Este es un concepto más amplio que el de regulación. Implica establecer, implantar y monitorear las reglas del juego para el sistema de salud, así como imprimir en el mismo una dirección estratégica. El establecimiento de las reglas del juego es un proceso delicado en el que es necesario equilibrar los intereses de los diversos actores. Con demasiada frecuencia, esta función se ha descuidado, particularmente en aquellos sistemas de salud en los que el ministerio de salud dedica la mayor parte de sus recursos humanos, financieros y políticos a la prestación directa de servicios. Más adelante, cuando se proponga un nuevo modelo para los sistemas de salud, plantearémos que la modulación debe fortalecerse.

La última función del sistema de salud puede denominarse "articulación". Esta función se encuentra en un punto intermedio entre el financiamiento y la prestación. En la mayor parte de los sistemas de salud actuales, ésta ha sido absorbida por cualquiera de las otras dos funciones, por lo que se ha mantenido como una función implícita.

3 Aunque estamos conscientes de la importancia de los servicios de salud pública, nuestro análisis se centrará en la producción de servicios de salud personales, los cuales absorben la gran mayoría de los recursos en todos los países de América Latina.

4 Agradecemos al Profesor Avedis Donabedian, de la Universidad de Michigan, el haber sugerido este término.

Una de las innovaciones importantes en muchas de las propuestas de reforma ha sido la de explicitarla y asignar la responsabilidad de llevarla a cabo a entidades diferenciadas. Así, "articulación" corresponde a lo que Chernichovsky (1995) llama "organización y gerencia del consumo de la atención". Esta función abarca también las funciones de agregación de demanda y representación de consumidores que se asignan a lo que se conoce como el "patrocinador" en los modelos de competencia administrada (Enthoven, 1988; Starr, 1994).

Lo que se quiere significar con el término "articulación" es la noción de que esta función reúne y da coherencia a diversos componentes de la atención a la salud. Así, la articulación abarca actividades clave que permiten que los recursos financieros fluyan a la producción y el consumo de la atención a la salud. Algunos ejemplos de sus funciones incluyen la afiliación de grupos a planes de salud, la especificación de paquetes explícitos de beneficios o intervenciones, la organización de redes de proveedores de forma que se estructuren las posibilidades de elección por parte del consumidor, el diseño y la instrumentación de incentivos a los proveedores a través de mecanismos de pago y la gestión de la calidad de la atención.

Especialmente en los sistemas integrados verticalmente, como el modelo segmentado, las funciones de modulación y de articulación pueden estarse desempeñando sólo de manera implícita, o bien, pueden encontrarse ausentes porque de otra manera entrarían en conflicto con las funciones restantes.

Pasando a la segunda dimensión, el modelo segmentado en América Latina tradicionalmente ha organizado los servicios dividiendo a la población en tres grupos sociales. Para empezar, se ha hecho una distinción fundamental entre los pobres y la población con capacidad de pago. A su vez, esta última abarca a dos grupos. El primero está formado por todos aquellos que trabajan en el sector formal de la economía (y con frecuencia sus familiares también), mismos que quedan cubiertos por una o varias instituciones de seguridad social.

El segundo grupo está constituido por las clases medias y altas, en su mayoría urbanas, que no están cubiertas por la seguridad social.⁵ Las necesidades de salud de este grupo casi siempre son atendidas por el sector privado, mediante un financiamiento que proviene fundamentalmente de desembolsos del propio bolsillo. Cada vez más, algunas familias de este grupo empiezan a cubrirse mediante la contratación de seguros o planes de prepago privados, ya sean comprados directamente u ofrecidos por los empleadores. Si bien se trata de una opción minoritaria en el panorama global de la región, en muchos países registra ya un

5 Estrictamente hablando, muchos miembros de estas clases, en especial aquellos con ingresos elevados, pagan contribuciones a la seguridad social, pero nunca utilizan sus servicios. En la práctica, ven sus contribuciones a la seguridad social como un impuesto más, y no como una prima de aseguramiento.

rápido crecimiento. De cualquier manera, las diversas formas de aseguramiento privado se ajustan al modelo general como una modalidad más de participación privada.

Finalmente, se encuentran los pobres, tanto rurales como urbanos, los cuales quedan excluidos de la seguridad social porque no están formalmente empleados. En el diseño del modelo segmentado, los ministerios de salud se encargan de suministrar servicios personales a los pobres (además, por supuesto, de realizar programas de salud pública que benefician a toda la población).

En promedio, aproximadamente una tercera parte de la población en América Latina se encuentra afiliada a algún instituto de seguridad social, otra tercera parte recibe casi toda la atención en las instalaciones del sector público y la tercera parte restante acude casi siempre al sector privado.⁶

El modelo segmentado segrega a los diferentes grupos sociales en sus nichos institucionales respectivos. De hecho, este modelo puede describirse como un sistema de integración vertical con segregación horizontal. Cada segmento institucional —el ministerio de salud, las instituciones de seguridad social y el sector privado— desempeña las funciones de modulación, financiamiento, articulación (cuando existe) y prestación de servicios, pero cada uno lo hace para un grupo específico.

Tal configuración del sistema de salud presenta muchos problemas. Primero, genera duplicación de funciones y desperdicio de recursos, especialmente en los servicios de alta tecnología. Segundo, generalmente conduce a diferenciales importantes de calidad entre los diversos segmentos. En particular, los servicios que se encuentran reservados para los pobres adolecen de una escasez crónica de recursos (Musgrove, 1996). Tercero, la segmentación implica de hecho la coexistencia de los dos modelos polares, por lo que se combinan las desventajas de ambos. Así, el ministerio de salud integrado presenta todas las desventajas del modelo público unificado, pero sin las ventajas de la cobertura universal. De manera similar, cada institución de seguridad social ejerce un monopolio sobre su clientela respectiva. Y el sector privado presenta las limitaciones que se examinaron antes en el caso del modelo privado atomizado.

El problema más importante que presenta el diseño del modelo segmentado es que no refleja el comportamiento real de la población. De hecho, la gente no necesariamente respeta las divisiones artificiales entre los tres segmentos. En efecto, existe un traslape considerable de la demanda, en el que una elevada proporción de los beneficiarios de la seguridad social utiliza los servicios que ofrecen el sector privado o el ministerio de salud (González-Block, 1994). El problema es que la

6 Estos cálculos derivan de estimaciones a nivel nacional elaboradas por la Organización Panamericana de la Salud (1994).

carga de tal decisión recae sobre el consumidor, ya que se ve obligado a pagar por la atención que recibe en otra parte, a pesar de que ya antes pagó una prima de aseguramiento. Esto conduce a una importante fuente de inequidad que consiste en la realización de múltiples pagos que imponen en muchas familias y empresas una carga financiera desproporcionada.

Otra fuente de inequidad es que el traslape de la demanda es unilateral, ya que las familias no aseguradas no pueden hacer uso de las instalaciones de la seguridad social (excepto en casos de urgencias y de algunos cuantos servicios de alta prioridad). Más aún, muchos ministerios de salud han fracasado en el intento de focalizar sus servicios en los pobres. La noción de que los servicios privados están reservados para las clases medias y altas, liberando así recursos públicos para la atención de los pobres, no se ve respaldada por los datos existentes sobre utilización de servicios. En la mayoría de los países que cuentan con tales datos, lo cierto es que el sector privado es una fuente importante de atención para los hogares pobres, mismos que, como ya se vio, destinan una proporción mucho mayor de sus ingresos en pagos directos para la salud que los hogares de mayores ingresos.

La búsqueda de opciones

Las deficiencias de los cuatro modelos analizados hasta ahora han suscitado una búsqueda intensiva de otras soluciones que ha inspirado al movimiento de reforma del sistema de salud en América Latina y en otras partes del mundo.

En particular, el modelo segmentado, el arreglo actual más común, ha sido objeto de un escrutinio creciente. Dado que este modelo segrega a los grupos de población en función de su capacidad de pago y organización social, su sustentabilidad depende de la dualidad de los mercados de trabajo y de la existencia de políticas estatales de exclusión. La modernización económica y la expansión de la democracia han provocado que cada vez resulte más difícil sostener los privilegios que este modelo acarrea para grupos relativamente pequeños. Por lo tanto, son varios los esfuerzos que se han realizado para corregir las fallas de los sistemas segmentados. Hasta ahora, dichos esfuerzos se han orientado en dos direcciones; lo interesante es que ambas apuntan hacia los modelos polares.

Algunos países han intentado romper con la segmentación de la población nacionalizando los servicios de salud y unificando todas las instituciones en un sistema público único. Esta fue probablemente la estrategia de reforma más popular hasta la década de los ochenta y aún cuenta con muchos defensores. La búsqueda de equidad al amparo de esta estrategia ha dado pruebas de ser incompatible con los requerimientos de eficiencia y de una respuesta sensible frente a las necesidades y preferencias de las poblaciones.

Ya sea por cuestiones de preferencias ideológicas o por restricciones en el

financiamiento público, algunos otros países han buscado entregar la organización de los servicios de salud a instancias diferentes del gobierno central. En América Latina se han desarrollado dos variantes de este tipo de reforma. La primera ha sido la estrategia de privatización, en particular respecto de la seguridad social. Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) chilenas constituyen el mejor ejemplo de esta estrategia. La segunda variante ha sido la estrategia de descentralización, con la devolución de responsabilidades previamente centralizadas a las autoridades locales. En este caso, Brasil y Bolivia son ejemplos que cabe destacar. Uno de los principales problemas que han presentado ambas variantes ha sido la debilidad del esfuerzo modulatorio requerido para establecer reglas del juego claras en la transferencia de responsabilidades. En lugar de ello, los tomadores de decisiones centrales han actuado bajo la suposición implícita de que la iniciativa local o privada sabrá resolver de alguna manera las limitaciones importantes en la atención a la salud. En estas condiciones, muchas iniciativas de privatización y de descentralización han resultado ser incompatibles con los requerimientos de equidad y, paradójicamente, tampoco han podido producir las ganancias esperadas en términos de eficiencia.

Como puede apreciarse, las estrategias de reforma que simplemente se han movido dentro de las opciones limitadas que ofrecen los cuatro modelos convencionales siguen presentando serias deficiencias. En razón de ello, un creciente número de países ha comenzado a buscar alternativas realmente innovadoras. En efecto, ha llegado el momento de visualizar y poner a prueba nuevos modelos para orientar el futuro de los sistemas de salud.

En este contexto de innovación, son varias las iniciativas de reforma que se han propuesto o se están llevando a la práctica como una opción que busca minimizar las desventajas y optimizar las ventajas de los otros modelos, de forma que se alcance un equilibrio óptimo entre equidad, eficiencia y calidad. Si bien las propuestas y experiencias en marcha presentan diferencias importantes entre sí, el término “pluralismo estructurado” capta bien el espíritu de este modelo emergente. A continuación se describirá esta prometedora alternativa.

Pluralismo estructurado: Un nuevo modelo

El concepto de “pluralismo estructurado” intenta expresar la búsqueda de un punto medio entre los arreglos polares que tanto han dañado el funcionamiento de los sistemas de salud. “Pluralismo” evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado. “Estructurado” evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado. En este sentido, es interesante señalar que los extremos opuestos pueden terminar teniendo el mismo efecto nocivo. Por ejemplo, la subordinación de los consumidores es un resultado

común tanto del modelo público unificado —a través de la ausencia de elección— como del modelo privado atomizado —a través de la asimetría de la información—. En ambos casos, los consumidores quedan subordinados, ya sea a los prestadores de servicios o a los aseguradores. Con frecuencia, el dilema real no radica en el hecho de que los servicios sean públicos o privados, sino en quién tenga la soberanía, el proveedor, el asegurador o el consumidor. El pluralismo estructurado alienta una distribución más equilibrada de poder que cualquiera de los modelos polares.

Hacia la innovación como futuro

Así como el modelo segmentado combina las desventajas de estos modelos polares, de la misma manera el pluralismo estructurado las compensa. La propuesta consiste en invertir el sentido de la matriz. En lugar de la actual integración vertical con segregación de los grupos sociales, la población estaría integrada de manera horizontal y la asignación de funciones sería explícita y especializada. En otras palabras, el sistema de salud ya no estaría organizado por grupos sociales, sino por funciones (Frenk *et al.*, 1994). De hecho, un rasgo clave de este modelo es que identifica de manera explícita cada una de las cuatro funciones. De esta manera, fomenta la especialización de los actores en el sistema de salud. Esta es la razón por la que el pluralismo estructurado requiere una nueva configuración institucional del sistema de salud.

En este esquema, la modulación se convierte en la misión principal del ministerio de salud en su carácter de entidad responsable de imprimir una dirección estratégica al sistema en su conjunto. En lugar de ser un proveedor más de servicios —por lo general el más débil—, el ministerio de salud aseguraría una interacción equilibrada, eficiente y equitativa entre todos los actores mediante la estructuración de reglas e incentivos adecuados. Este énfasis en la modulación no debe dar lugar a la concentración burocrática de poder. Por el contrario, al establecer reglas del juego transparentes y justas, los ministerios de salud podrán delegar cada vez más la operación real de muchas de las funciones modulatorias a organizaciones participantes de la sociedad civil que no estén ligadas a intereses especiales.

La siguiente función, el financiamiento, se convertiría en la responsabilidad central de la seguridad social, y se ampliaría gradualmente a fin de alcanzar una protección universal guiada por principios de finanzas públicas. En comparación con los arreglos financieros actuales, los subsidios estarían orientados a la demanda, más que a la oferta. En lugar de asignar un presupuesto histórico a cada unidad de servicios independientemente de su desempeño, cada persona asegurada representaría un pago potencial dependiente de la elección del prestador por el consumidor.

El manejo de ese pago se convertiría en un elemento clave de la función de articulación, que ahora sí se volvería explícita y sería responsabilidad de instituciones especializadas. Éstas podrían recibir el nombre genérico de “organizaciones

administradoras de servicios integrales de salud" (OASIS). Existen varias opciones para el desarrollo específico de estas organizaciones dependiendo de las condiciones de cada país. En las áreas urbanas estas organizaciones competirían entre sí para afiliarse a individuos y familias. En las áreas rurales, rara vez se reúnen las condiciones para tal competencia. No obstante, aun ahí es posible fomentar un pluralismo que responda a las necesidades de la población. En efecto, a fin de estimular la elección y la eficiencia no es necesario tener todas las condiciones para una competencia plena. Una alternativa es la licitación pública a organizaciones que se responsabilicen, durante un tiempo determinado, por la salud de una población definida. Algunas innovaciones ya apuntan hacia tales posibilidades, como es el caso de las cooperativas organizadas en Colombia bajo la designación de "empresas solidarias de salud" y del tipo de franquicias propuesto para México (Frenk et al., 1994).

Por último, como consecuencia de la existencia de mayores opciones en la función de articulación, la prestación directa de servicios quedaría abierta a todo un conjunto plural de instituciones, tanto públicas como privadas.

En suma, el reto del pluralismo estructurado es incrementar las opciones para los consumidores y los proveedores, y contar al mismo tiempo con reglas del juego explícitas que minimicen los conflictos potenciales entre equidad y eficiencia. El aumento de las opciones para los consumidores se vería acompañado por una extensión del prepago dentro de un contexto de finanzas públicas para poder asegurar y redistribuir los recursos. El aumento de las opciones para los proveedores se vería acompañado por su integración en redes eficientes que estarían claramente articuladas y moduladas.

En términos de nuestra tipología original de los modelos de sistemas de salud en América Latina, el pluralismo estructurado incorpora los aspectos positivos del modelo de contrato público, al tiempo que supera sus limitaciones. Se preserva la movilidad de la población mediante la integración horizontal, así como la separación de funciones. La principal diferencia con el modelo de contrato público es que las funciones de modulación y de articulación se vuelven explícitas y se fortalecen considerablemente. Al lado de las funciones tradicionales de financiamiento y prestación, es el énfasis en la modulación y la articulación el que confiere el carácter "estructurado" a este tipo de pluralismo.

Hacia la convergencia institucional en América Latina

La expansión de experiencias innovadoras en América Latina empieza a colocar algunos de los cimientos del pluralismo estructurado. Más aún, muchas de las propuestas actuales de reforma apuntan en la misma dirección. Una característica interesante del pluralismo estructurado es que resulta posible llegar a él por diferentes rutas. Los modelos de sistemas de salud varían en términos de la forma en que han solucionado la vinculación entre modulación (o sólo regulación), financiamiento,

articulación y prestación. Las barras múltiples en los modelos segmentado y privado atomizado representan el hecho de que hay diferentes grupos de población que se encuentran segregados en diferentes arreglos institucionales. Los diferentes tipos de letras para la modulación/regulación y la articulación ilustran el hecho de que esas funciones se vuelven más explícitas e importantes conforme uno se mueve hacia el modelo del pluralismo estructurado.

En el caso del modelo público unificado, sería necesario convertir a la regulación burocrática en auténtica modulación, separar el financiamiento de la prestación y volver explícita la función de articulación. En el otro modelo polar (privado atomizado), también sería necesario modular la operación de los mercados de seguros y servicios, así como establecer entidades articuladoras, las cuales competirían a fin de que la libertad de elección fuera una realidad para toda la población. El aumento de la movilidad de la población también sería una prioridad en el modelo segmentado, y ello podría lograrse separando funciones y abriendo cada segmento de manera competitiva. El modelo de contrato público requeriría que la función de articulación se hiciera explícita y competitiva mediante su separación del financiamiento. Además, como se dijo antes, todos los modelos existentes requerirían un fortalecimiento de la modulación.

El mensaje clave es que el pluralismo estructurado no ofrece un camino único para la reforma. Lo que ofrece es una opción "centrista" que evita los extremos y, al mismo tiempo, permite una convergencia dinámica desde todos los puntos de partida. Al hacerlo, el pluralismo estructurado otorga una atención cuidadosa al establecimiento del equilibrio de fuerzas necesario entre los diversos actores en el sistema. Así, las OASIS tienen que alcanzar un delicado balance entre los incentivos para la contención de costos, implícito en los pagos por capitación, y el imperativo de satisfacer a los consumidores, alentado por la libertad de elección. La equidad se practica aplicando los principios de finanzas públicas, eliminando las barreras de segregación y desalentando la competencia con base en la selección de riesgos. Al mismo tiempo, la justicia en la remuneración se promueve mediante el ajuste por riesgo en los pagos capitados y el reconocimiento del buen desempeño. Es precisamente esta búsqueda equilibrada de equidad, calidad y eficiencia la que no se ha logrado en los modelos existentes, y la que el pluralismo estructurado intenta alcanzar en forma explícita.

Las experiencias innovadoras en marcha y los elementos convergentes presentes en la mayoría de las propuestas de reforma proporcionan tierra firme para avanzar con optimismo. Aun así, a excepción del caso notable de la reforma reciente en Colombia, que está desarrollando un enfoque integral y universal hacia el pluralismo estructurado, y de los interesantes esfuerzos en Argentina y Brasil, la mayor parte de las acciones innovadoras en América Latina se han restringido a grupos particulares de la población, especialmente a las clases medias urbanas. Con ello

corren el riesgo de convertirse en un segmento más del sistema de salud. Aun cuando muchas de sus piezas se encuentran ya colocadas, es mucho lo que queda todavía por hacerse para que el pluralismo estructurado arraigue como un modelo integral. Para que esto suceda, las iniciativas de reforma deben sacar al pluralismo estructurado del mero ámbito de las innovaciones limitadas para convertirlo en una pieza central de la política pública. Esto implicaría la adopción de una estrategia para que este modelo se extendiera gradualmente a toda la población. Para lograrlo será necesario tomar en cuenta la heterogeneidad de las poblaciones en cada uno de los países de América Latina.

Una respuesta a la heterogeneidad de la población

Así como el pluralismo estructurado no ofrece un camino único para los diferentes países, de igual manera tampoco presenta un enfoque único para los diversos grupos de población en cada país. Por el contrario, este modelo es sensible a las enormes diferencias sociales existentes en la mayoría de los países latinoamericanos. Lo que el pluralismo estructurado propone no es una solución única, sino más bien un *continuo* de soluciones, que dependerán, en cada caso, de la situación general de desarrollo.

El reto consiste en ofrecer soluciones que resulten adecuadas para cada grupo, sin que por ello se caiga de nueva cuenta en la segregación del modelo segmentado. El pluralismo estructurado resuelve este reto en dos formas. Primero, aplica los mismos valores y principios a todos los grupos de población, por ejemplo, la búsqueda de respuestas equilibradas que eviten los extremos, el énfasis simultáneo en la equidad, la eficiencia y la calidad, la elaboración de reglas del juego transparentes con base en una modulación justa, el carácter explícito de la articulación, la importancia de la información, la pluralidad de opciones, la búsqueda del mayor grado de libertad posible en cada circunstancia, el equilibrio de poder entre los actores y el enfoque sistémico. Segundo, el pluralismo estructurado evita la segregación fortaleciendo deliberadamente la movilidad de todos los grupos sociales entre las diversas soluciones institucionales.

Con el fin de entender la forma específica en que el modelo pluralista responde a las necesidades de las diferentes poblaciones, resulta útil considerar que existen tres grupos sociales básicos en América Latina: a) el núcleo de extrema pobreza, ubicado en su mayoría en áreas rurales dispersas y zonas periurbanas marginadas; b) los sectores informales que viven en la pobreza y que se ubican principalmente en áreas urbanas y periurbanas; c) los sectores formales, concentrados en las áreas urbanas. La proporción de estos grupos varía enormemente entre los diferentes países latinoamericanos. Por lo tanto, cada país tendrá que adoptar las prescripciones de política que mejor se ajusten a sus niveles de heterogeneidad. Consideremos brevemente las respuestas clave que ofrece el pluralismo estructurado a cada una

de estos tres grupos de población.

En el caso del grupo en extrema pobreza, el acceso actual a los servicios de salud formales es inexistente o mínimo (con frecuencia limitado a campañas esporádicas de salud pública). Para corregir esta situación se requiere la formulación de un paquete de intervenciones *esenciales* como un instrumento de política central (Banco Mundial, 1993). La palabra “esenciales” es clave, y debe diferenciarse en forma tajante de los adjetivos “mínimas” o “básicas”. El paquete esencial no se basa en el principio de “lo mínimo para los pobres”, sino más bien en el de “lo mejor para todos”. De hecho, este paquete está integrado por aquellas intervenciones que los análisis de costo-efectividad han destacado como las mejores inversiones para la salud (Jamison *et al.*, 1993). Por lo tanto, constituyen el núcleo de la universalidad, es decir, el conjunto de intervenciones a las que toda persona debe tener acceso, independientemente de su capacidad financiera o situación laboral. Este nuevo tipo de universalidad, orientada por análisis explícitos de costo, efectividad y aceptabilidad social, evita las trampas de la universalidad clásica, cuya promesa de “todo para todos” ha dado pruebas de ser insostenible incluso en los países más ricos. En este sentido, el análisis de costo-efectividad es mucho más que una herramienta tecnocrática, ya que representa un medio, científicamente fundamentado, éticamente sólido y socialmente aceptado, de lograr la asignación óptima de los recursos para la salud. Por lo tanto, un paquete esencial promueve la equidad tanto como la eficiencia de asignación de recursos. Dado que representa un compromiso social basado en los principios de ciudadanía, el financiamiento debe ser fundamentalmente público. El pluralismo estructurado convierte la definición de paquete esencial en un elemento clave de la modulación participativa. Al mismo tiempo, introduce innovaciones organizacionales que permiten que la función de articulación pueda desempeñarse dentro de un marco pluralista que incorpore la participación activa de la comunidad.

El segundo grupo social está integrado por aquellas personas que tienen ya un acceso parcial a los servicios de salud, pero que no cuentan con una protección financiera porque pertenecen al sector informal de la economía y han quedado, por lo tanto, excluidos de la seguridad social. En este caso, la prescripción fundamental de política sería la ampliación de la seguridad social con un paquete explícito de beneficios, mismos que serían financiados mediante esquemas de prepago y subsidios orientados a la demanda según el ingreso de los hogares. Con el fin de evitar los escollos del aseguramiento social tradicional, el pluralismo estructurado propone que, desde un principio, este tipo de programa se base en una modulación clara, una articulación explícita y la libertad de elección de los proveedores de primer nivel, de forma que las fuerzas competitivas empiecen a estimularse.

El tercer grupo está integrado por la población ubicada en la economía formal, que tiene acceso a servicios integrales con una protección financiera (en su mayoría a

través de la seguridad social), si bien con todos los problemas de equidad, eficiencia y calidad que ya se examinaron antes. En este caso, el análisis de costo-efectividad entra en escena como una herramienta de evaluación tecnológica que permitiría identificar las fuentes potenciales de desperdicio y restringirlas mediante la acción moduladora y el diseño de incentivos. Además de esta preocupación por la eficiencia en la asignación, las políticas deben encargarse también de los aspectos de equidad, eficiencia técnica y calidad (incluyendo la satisfacción del paciente). En este grupo de población, las condiciones son ya propicias para poder instrumentar de lleno la competencia estructurada. Esta es la variante más desarrollada de pluralismo estructurado; en ella sería posible alcanzar una especialización plena de funciones entre los agentes, y las poblaciones integradas horizontalmente podrían guiar la competencia entre las entidades articuladoras y los proveedores a base de ejercer su libertad de elección. Las condiciones para el avance de esta forma de competencia se reúnen ya en la mayoría de las ciudades latinoamericanas, donde la oferta de proveedores es abundante, hay una presencia de consumidores relativamente bien informados y existen los niveles necesarios de desarrollo institucional.

En el caso de los tres grupos de población, el carácter público del financiamiento constituye un rasgo central del pluralismo estructurado. En el grupo más pobre, éste adopta la forma de subsidios; en los otros dos grupos, adopta la forma de contribuciones obligatorias que anticipan episodios de enfermedad. La aplicación de los principios de finanzas públicas diferencia nuestro modelo de propuestas de reforma simplistas que giran alrededor de la recuperación de costos. Asimismo, introduce una importante diferencia respecto de las propuestas de competencia actuales, ya que en nuestro modelo, el pluralismo está concentrado en las funciones de articulación y prestación, y no en el financiamiento.

En suma, el pluralismo estructurado ofrece una respuesta que puede adaptarse a las diversas condiciones prevalecientes en un país determinado, al tiempo que mantiene la movilidad de todos los grupos a medida que éstos convergen hacia una cobertura integral acompañada de protección financiera y libertad de elección.

Conclusiones

Las condiciones actuales de salud en América Latina y las tendencias que empiezan ya a definir su futuro apuntan todas en una dirección muy clara: la necesidad de una reforma cabal. En este esfuerzo, será importante preservar los elementos de progreso obtenidos durante el último medio siglo. Al mismo tiempo, será necesario identificar y superar los obstáculos que se oponen a un mayor avance.

La reforma debe ser guiada por un enfoque sistémico que incorpore a las poblaciones e instituciones. De esta forma, estará en mejor posición para abordar el doble reto al que se enfrentan los sistemas de salud en América Latina, a saber, eliminar la carga de problemas acumulados y, al mismo tiempo, hacer frente a las condiciones

emergentes.

Los arreglos actuales han dado pruebas de ser incapaces de resolver ese doble reto de forma que se fomente la equidad, la calidad y la eficiencia. Por lo tanto, hemos propuesto un nuevo modelo de pluralismo estructurado. Se trata de un enfoque pragmático y “centrista” que evita las trampas de los arreglos extremos, al tiempo que intenta encontrar un equilibrio justo entre los intereses legítimos de todos los actores. Este modelo busca una integración horizontal progresiva de las poblaciones heterogéneas en un sistema pluralista organizado por funciones. El modelo propone innovaciones específicas para cada una de estas funciones. La modulación se convierte en la responsabilidad pública medular, centrada en el desarrollo de reglas del juego justas. El financiamiento se vuelve la misión central de una seguridad social renovada que se encuentra mejor adaptada a las nuevas condiciones económicas, sociales y políticas de América Latina. La articulación se convierte en una oportunidad para el mejoramiento creativo basado en instrumentos simples para mediar las transacciones. La prestación de servicios pasa a ser un espacio para introducir el pluralismo con los incentivos correctos.

Así, nuestra propuesta se aleja de la actual integración vertical de las funciones en una sola organización y de los conflictos de intereses resultantes. Sin embargo, no proponemos una adopción automática de la noción simple de separación entre financiamiento y prestación, tan común en el debate sobre la reforma. En el pluralismo estructurado, la separación de funciones va más allá de una prescripción simplista e incluye diversas modalidades. Primero, la modulación es diferenciada del financiamiento y la prestación, lo que evita los conflictos de intereses en los ministerios de salud, tradicionalmente integrados de manera vertical. Segundo, existe una distinción entre la compra y la producción de servicios, lo cual abre la posibilidad de introducir organizaciones innovadoras para la articulación de los servicios de salud. Tercero, mientras que la separación entre financiamiento y prestación se mantiene en el nivel del sistema de salud, las OASIS específicas pueden desarrollar diversas formas para combinar las funciones de aseguramiento con la participación directa en el mercado de servicios de salud.

El aprendizaje cuidadoso de las experiencias en otras partes del mundo puede ayudar a los países latinoamericanos a dar un salto para desarrollar efectivamente el pluralismo estructurado. Resultaría improductivo limitarse a copiar modelos como los contratos públicos europeos, la autonomía de los proveedores canadienses o la competencia gerenciada norteamericana. Todas éstas han probado ser estrategias válidas para sus circunstancias respectivas. El modelo de pluralismo estructurado aprende las lecciones derivadas de esas experiencias, incorporando sus elementos positivos y corrigiendo sus deficiencias, pero sobre todo adaptándose a la situación particular de América Latina. Es claro que cada país tendrá que llevar este proceso de aprendizaje y adaptación a sus propias circunstancias.

Ante todo, el curso de la reforma determinará el sentido profundo del esfuerzo social para cuidar de la salud. El sistema de salud puede seguir reproduciendo las desigualdades o puede asumir su papel central de ofrecer a todos los habitantes las condiciones para enfrentar los retos de la vida en igualdad de oportunidades. Vivimos tiempos de exploración y renovación. A través del esfuerzo por imaginar e implantar un estado de cosas más deseable que el actual, están surgiendo nuevas formas de pensamiento y de acción en torno a los sistemas de salud que deben analizarse y debatirse. Las reformas implican opciones que deben discutirse desde una perspectiva lo menos prejuiciada y lo más informada posible, que busque además consensos razonables, no descalificaciones estériles. Los tiempos exigen cambios que de postergarse profundizarán y ampliarán los problemas ya existentes, lo que además podría poner en mayor peligro la estabilidad que requiere la atención de nuestras necesidades de salud. Aunque las sociedades latinoamericanas corren muchos riesgos al innovar, tienen, también, el privilegio de inventar un mejor futuro para sí mismas.

Reconocimientos

Este trabajo está basado en los siguientes artículos:

Londoño JL, Frenk J. 1997. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. En: Frenk J (ed). Observatorio de la Salud: Necesidades, Servicios, Políticas. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud: en prensa.

Frenk J, Bobadilla JL. 1991. Los futuros de la salud. Nexos: Sociedad, Ciencia, Literatura, no. 157 (enero): 59-68.

Frenk J. 1994. Dimensions of health system reform. Health Policy 27: 19-34.

Frenk J. 1995. Comprehensive policy analysis for health system reform. Health Policy 32: 257-277.

Por lo que respecta al primero de estos artículos, agradecemos los valiosos comentarios de Phillip Musgrove, Alain Enthoven, Miguel Angel González Block, Enrique Ruelas y Javier Bonilla.

La responsabilidad por el contenido del presente trabajo es exclusiva de los autores y no refleja la posición oficial de sus respectivas instituciones de trabajo.

Referencias

Aguilar Camín H. 1990. Después del Milagro. México, D.F., Cal y Arena: 15.

Altimir O. 1996. Economic development and social equity: A Latin American perspective. Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Banco Mundial. 1993. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud.

Nueva York, Oxford University Press para el Banco Mundial.

Bobadilla JL, Frenk J, Lozano R, Frejka T, Stern C. 1993. The epidemiologic transition and health priorities. En: Jamison DT, Mosley WH, Measham AR, Bobadilla JL (eds). Disease Control Priorities in Developing Countries. Nueva York, Oxford University Press para el Banco Mundial: 51-63.

Chernichovsky D. 1995. Health system reform in industrialized democracies: An emerging paradigm. *Milbank Quarterly* 73: 339-372.

Deininger K, Squire L. 1996. Measuring income inequality: A new data base. Washington, D.C., Banco Mundial.

Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. 1995. World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries. Nueva York, Oxford University Press.

Enthoven A. 1988. Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance. Amsterdam, North Holland.

Frenk J, Bobadilla JL, Lozano R. 1996. The epidemiologic transition in Latin America. En: Timaeus IM, Chackiel J, Ruzicka L (eds). Adult Mortality in Latin America. Nueva York, Clarendon Press-Oxford: 123-139.

Frenk J, Lozano R, González-Block MA et al. 1994. Economía y Salud: Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México. Informe Final. México, D.F., Fundación Mexicana para la Salud.

Fuenzalida-Puelma HL, Scholle-Connor S (eds). 1989. The Right to Health in the Americas: A Comparative Constitutional Study. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud.

González-Block MA. 1994. Health care access policy and service utilization. The case of prenatal care and child delivery in Mexico. *Health Policy and Planning* 9: 204-212.

Govindaraj R, Murray CJL, Chellaraj G. 1994. Health expenditures in Latin America. Documento preparado para el Departamento Técnico para América Latina y el Caribe del Banco Mundial, Washington, D.C.

Hirschman AO. 1970. Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and Stâtes. Cambridge, Mass., Harvard University Press.

Inter-American Development Bank. 1996. Economic and Social Progress in Latin America. 1996 Report. Special Section on "Making Social Services Work." Washington, D.C., Johns Hopkins University Press para el Banco Interamericano de Desarrollo.

Jamison DT, Mosley WH, Measham AR, Bobadilla JL (eds). 1993. Disease Control

Priorities in Developing Countries. Nueva York, Oxford University Press para el Banco Mundial.

Londoño JL. 1995a. Poverty, inequality and democracy in Latin America. Trabajo presentado en la Primera Conferencia Anual del Banco Mundial sobre Economía del Desarrollo en América Latina, Río de Janeiro.

Londoño JL. 1995b. La estructuración social hacia el nuevo siglo y el rol del Estado. Documento preparado para el Departamento Técnico para América Latina y el Caribe del Banco Mundial, Washington, D.C.

Londoño JL, Moser C. 1996. Violencia urbana en América Latina. Trabajo presentado en la Segunda Conferencia Anual del Banco Mundial sobre Economía del Desarrollo en América Latina, Bogotá.

Morley S. 1995. Poverty and Inequality in Latin America. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.

Murray CJL, Lopez AD. 1996. Annex 1: Global patterns of cause of death and burden of disease in 1990, with projections to 2020. En: Investing in Health Research and Development: Report of the Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. Ginebra: Organización Mundial de la Salud: 133-185.

Musgrove P. 1996. Public and private roles in health: theory and financing patterns. World Bank Discussion Paper No. 339. Washington, D.C., Banco Mundial.

Organisation for Economic Co-Operation and Development. 1992. The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries. Health Policy Studies No. 2. Paris, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

Organización Panamericana de la Salud. 1994. Condiciones de Salud en las Américas. Washington, D.C., OPS.

Schmitter PC. 1979. Still the century of corporatism? En: Schmitter PC, Lehmbruch G (eds). Trends toward Corporatist Intermediation. Beverly Hills y Londres, SAGE Publications: 7-52.

Starr P. 1994. The Logic of Health Care Reform. Nueva York, Whittle Books.



LA PARTICIPACION PUBLICA Y PRIVADA EN EL FINANCIAMIENTO Y EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Por: **Carlos Cruz Rivero**

Estudió la Licenciatura en Economía en la Universidad Nacional Autónoma de México y la Maestría en Ciencias de la Planeación y Financiamiento de la Salud en la Universidad de Londres. Se ha desempeñado en diversos cargos dentro de la Secretaría de Salud y actualmente es Jefe de la División de Estudios en Economía de la Salud, del Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social, A.C.

Introducción

En esta ocasión abordaré algunos de los factores que deben tomarse en cuenta para la estructuración de un “Nuevo Modelo de Interacción Pública y Privada”. En una primera parte, presentaré en forma breve los principios en que se basó la reforma de la seguridad social del IMSS y describiré los efectos del contexto demográfico y epidemiológico sobre la demanda de servicios del sector salud. A continuación, haré referencia al esquema conceptual que está detrás de la Reforma de la Seguridad Social en relación con el financiamiento y la prestación de servicios de salud. Finalmente, de manera sucinta, abordaré los retos que deben cumplir los nuevos esquemas de interacción pública y privada para lograr la eficiencia, la equidad y la calidad en la prestación de servicios.

1. El Contexto de la Reforma de la Seguridad Social

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha emprendido un proceso de reforma sin precedentes en la historia reciente de la seguridad social del país.

Los principios básicos de esta reforma se pueden resumir en los siguientes 5 postulados:

- 1) El sistema de seguridad social no se privatizará,
- 2) La reforma no implicará nuevos incrementos a las contribuciones obreras y patronales,
- 3) El desarrollo de la seguridad social debe fundamentarse en un esquema

financiero sano,

- 4) Se debe ampliar la cobertura y;
- 5) Se requiere promover el empleo y la productividad nacional.

La reforma del IMSS no sólo va a implicar la modificación de los esquemas financieros de las cuatro ramas de aseguramiento, sino también el cambio estructural en la forma en que se prestarán los servicios de salud con la consecuente transformación y reordenamiento de los diferentes componentes. Este cambio tiene como objetivo alcanzar mayores niveles de eficiencia y equidad a partir de la generación de nuevos esquemas de participación competitiva entre el sector público y el privado.

Como primer punto para contextualizar el cambio, retomaré algunos aspectos tratados en la ponencia del Dr. Rafael Lozano, en relación a las modificaciones en las demandas de atención como resultado de la transición demográfica y epidemiológica.

2. El Proceso Transicional y su Efecto sobre el Financiamiento y la Prestación de los Servicios

El cambio en la atención a la salud, se ve afectado por la interacción de procesos transicionales a nivel: demográfico, epidemiológico, económico, cultural y social.

México está pasando por un proceso de transición demográfica que implica, entre otras cosas, un cambio en los patrones de natalidad, mortalidad y migración, con las consecuentes modificaciones en la estructura de edades de la población, observándose un envejecimiento de la misma, un acelerado proceso de urbanización y nuevos retos para resolver las demandas de atención de los adultos y de la tercera edad.

Al mismo tiempo, el país esta inmerso en un fenómeno denominado "transición epidemiológica", en el cual no ha sido resuelto el "rezago" epidemiológico y sigue siendo importante la atención a padecimientos infecciosos. Han reemergido padecimientos anteriormente controlados como el cólera y el dengue, ha cobrado nueva fuerza la incidencia y prevalencia de padecimientos como la tuberculosis y la problemática de la resistencia bacteriana, y el surgimiento de nuevas enfermedades como el SIDA han ocasionado que se incremente y haga mas complejo el tratamiento de diversos padecimientos. Aunado a esto, se han incrementado las demandas de atención de padecimientos crónico degenerativos y lesiones, lo que ocasiona que el mosaico epidemiológico de necesidades en salud, al que hay que dar respuesta en las instituciones, se deba resolver con mayores niveles de eficiencia y calidad.

Como resultado de la transición demográfica y epidemiológica, se observa un cambio significativo en las demandas de atención y por lo tanto en los medios para hacerle frente. A estos cambios se les deben incluir los avances en la tecnología médica, por lo que surgen presiones para modernizar la planta física.

En resumen, la transición demográfica y epidemiológica deriva en la transformación de las demandas de atención y con ella en el replanteamiento integral de la estructura, el equipamiento, la conformación de las plantillas de recursos humanos y los perfiles de puesto en las unidades de atención a la salud. Asimismo, conlleva a modificaciones en el manejo de caso, en donde se busquen alternativas más costo efectivas para responder a las nuevas demandas.

Por otro lado, el incremento en la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas tiene otro tipo de impactos significativos dentro de la población en general, ya que ante padecimientos de atención permanente y costosa, el usuario, esté o no esté dentro de la seguridad social, ve en el IMSS una de las pocas alternativas para resolver sus demandas. Esta situación, muchas veces ocasiona que un enfermo crónico, ante la disyuntiva de ser atendido y no contar con recursos propios, encuentre caminos para convertirse en derechohabiente, por lo que en los estadios críticos de estas enfermedades una alta proporción de pacientes crónicos, sean diabéticos, con SIDA, o con problemas cardíacos, renales o de otro tipo, son gestionados finalmente por el IMSS, con las repercusiones financieras derivadas de los altos costos de la atención de estos padecimientos.

A las transiciones demográficas y epidemiológicas, se le deben sumar las transiciones económica, cultural y social que ha vivido la población mexicana. En donde por un lado, a nivel económico, es importante destacar el crecimiento del gasto en salud dentro del PIB, el aumento del llamado "Complejo Médico Industrial" y la necesidad de una mayor canalización de recursos hacia el capital humano enmarcados en un contexto de escasez de recursos y eliminación de subsidios cruzados entre ramas de aseguramiento; y por el otro lado, en relación con la transición cultural y social, se cuenta con una población mas educada, mejor informada y más exigente de sus derechos.

Las transiciones se manifiestan entonces, en un cambio en el tipo de demandas de atención, tanto cualitativo como cuantitativo, un cambio en la forma de prestar servicios de salud, mayores necesidades de ser eficiente y mayores exigencias por parte de los derechohabientes. Todo esto ocasiona que surjan presiones para modernizar la forma de otorgar los servicios, optimizar la utilización de recursos, bajar y controlar los costos de atención,

y fomentar nuevos esquemas de participación entre el sector público y privado para resolver estas nuevas demandas a partir de la competencia explícita en términos de calidad y costos.

Para lograr la eficiencia, la adecuada utilización de los fondos de seguridad social y desarrollar esquemas costo efectivos de atención, el IMSS requiere abrirse y fomentar una mezcla pública y privada que garantice niveles óptimos de atención a la salud, dada una cuantía de recursos a utilizar.

3. La Mezcla Pública y Privada en el IMSS

Si se quisiera esquematizar los mecanismos con los que cuenta el IMSS para prestar servicios costo efectivos, se podrían detectar cuatro combinaciones para desarrollar un esquema de gestión de servicios de salud eficientes, equitativos y de calidad.

Estas combinaciones se podrían clasificar dependiendo del carácter público o privado, tanto del financiamiento como de la prestación de servicios.

Se observa que en términos de financiamiento, las contribuciones a la seguridad social obreras, patronales y gubernamentales de las diferentes ramas de aseguramiento, tendrán un carácter público por ser gravámenes obligatorios sobre la nómina con características de tipo fiscal, por lo que se considerarán en este esquema como un financiamiento público.

El primer cuadrante estaría constituido por el sector propiamente público, dentro del cual con fondos públicos, se prestan servicios dentro de instalaciones públicas. Para el caso del IMSS, esta situación queda expresada en el llamado "Régimen Obligatorio" en el cual se gestiona más del 95% de los derechohabientes. Dado el peso de este cuadrante, este Régimen constituye el centro de la Reforma del IMSS y es sin duda el más importante, por lo que más adelante se tratarán aspectos relacionados con la eficiencia de este esquema.

En el segundo cuadrante encontramos un esquema de mezcla pública y privada en el cual con fondos públicos, resultantes de las cotizaciones de las distintas ramas de aseguramiento, se pueden prestar servicios en instalaciones privadas. En términos operativos esta situación se puede dar a través de dos vertientes: la demanda de servicios subrogados del IMSS al sector privado, por ejemplo cuando por razones geográficas, económicas u organizacionales es más costo efectivo demandar un servicio subrogado que otorgarlo directamente; y el esquema de Subrogación de Servicios con Reversión de Cuotas.

Si bien, a la fecha la subrogación y la Reversión de Cuotas representan menos del 4% de la forma de prestar servicios de salud a derechohabientes,

su importancia radica en que son instrumentos que, si se utilizan adecuadamente, pueden repercutir en una mayor eficiencia, equidad y calidad en la prestación de servicios; al basar las decisiones de subrogar o revertir sobre parámetros explícitos de calidad y costos que sean transparentes y permitan una utilización adecuada de los recursos con posibilidades de elección por parte de los derechohabientes.

El tercer cuadrante estaría dado por otra forma que asume la mezcla pública y privada, en la cual con fondos privados se puedan otorgar servicios en instalaciones públicas. Para el caso del IMSS, esta situación se expresa operativamente en la oferta de servicios a subrogar al sector privado, ya que a lo largo de más de 50 años esta institución ha logrado construir la infraestructura más grande de servicios de salud de América Latina y en algunas áreas cuenta con capacidad para ofertar servicios a población en general, sin descuidar la atención integral a sus derechohabientes. Esta situación es muy importante en ciudades del interior de la República Mexicana, en donde los hospitales del IMSS son la única opción para atender demandas de mediana y alta complejidad.

Un esquema en donde participan financiamiento público y privado y se prestan los servicios en instalaciones públicas, es el denominado dentro de la Reforma de la Seguridad Social como el Seguro de Salud para la Familia, dentro del cual una familia carente de los beneficios de la seguridad social, puede adscribirse voluntariamente a un sistema prepagado subsidiado y con ello garantizar una atención integral que elimine el riesgo de gastos catastróficos a los que permanentemente se ve expuesta la población no asegurada.

Como último, tenemos el cuarto cuadrante en donde se gestiona el sector eminentemente privado. Lo importante de considerar en este ámbito, es que el IMSS se convierte en el agente fundamental para regular el mercado privado, ya que debido al peso que pueden tener las interacciones entre el sector privado y el IMSS derivadas de la subrogación y la reversión de cuotas; el mercado privado deberá controlar sus costos en relación a los parámetros de costos impuestos por el Régimen Obligatorio del IMSS y sus estándares de calidad supeditarse a la normativa que en la materia el IMSS emita.

Como conclusión de este cuadro se observa que una mayor interacción pública y privada, siempre y cuando este bien regulada y se asiente sobre parámetros explícitos de calidad y costos, puede ser un detonador para lograr servicios más eficientes y equitativos.

Por otro lado, bajo la lógica de la mezcla pública y privada se integran conceptual y operativamente el Régimen Obligatorio, la Subrogación de Servicios (ya sea en cuanto a demanda u oferta), la Reversión de Cuotas y

el Seguro de Salud para la Familia, teniendo que estandarizarse para todos y cada uno de estos esquemas los parámetros de evaluación en términos de costo y calidad; así como sus impactos en salud.

A través de estos conceptos se pueden delimitar los espacios públicos y privados, queda claro que la Seguridad Social siempre se mantendrá bajo un esquema de financiamiento público con facultades no delegables en relación a la regulación de la prestación de servicios a sus derechohabientes, ya sea en sus instalaciones o en instalaciones privadas. Por lo tanto, es conceptual, técnica y operativamente equivocado hablar de privatización ya que lo correcto es hablar de coparticipación pública y privada, en donde el Estado, a través de sus instituciones de seguridad social, se reserva aspectos fundamentales como el financiamiento, la regulación y la supervisión de la calidad y costos de los servicios ofrecidos a sus derechohabientes.

4. Retos para la eficiencia

El Régimen obligatorio requiere seguir avanzando en la modernización y en la eficiencia de sus procesos, hacer tangible el cambio y ofrecer parámetros explícitos de calidad y costos que medien la interacción con otras instituciones y con el sector privado.

Para avanzar en la eficiencia y en la modernización, se deberá mejorar la integración orgánica y funcional entre las áreas de Prestaciones Sociales, Salud Comunitaria, Medicina de Familia y hospitalización y constituir un nuevo "Sistema Integral de Atención a la Salud".

Este Sistema Integral de Atención a la Salud, deberá contar con nuevos instrumentos que detecten las necesidades de atención de los derechohabientes y que monitoreen el impacto de las intervenciones realizadas, para lo cual el IMSS deberá contar con un sistema de información que mida el "Peso Institucional de la Enfermedad", las necesidades de atención y los Años de Vida Saludables que se pierden por las condiciones de salud que imperan entre la población derechohabiente.

Asimismo, se deberá desarrollar un nuevo modelo de atención, a partir del cual en el área de Prestaciones Sociales se actúe sobre los determinantes de la salud y sobre estilos de vida saludables, se anticipe al daño, se generen grupos de autoayuda y se fomente el autocuidado; en el área de Salud Comunitaria, se atiendan en la comunidad, no sólo los programas tradicionales de salud pública como la vacunación, sino que se resuelvan en gran medida en éste ámbito, problemas que tienen que ver con padecimientos crónico degenerativos y lesiones; en relación a la Medicina de Familia, se expanda la capacidad resolutoria del médico de familia y se consolide su papel como el gestor individual por excelencia del

derechohabiente y su familiar y finalmente, en relación con la atención hospitalaria, ésta se desarrolle bajo esquemas operativos mas eficientes en donde se combata el diferimiento, se eleve la calidad de la atención y la productividad de los servicios.

Se observa que en mayor o menor medida, todas estas acciones están siendo objeto de trabajo dentro de la modernización que actualmente esta llevando el Instituto.

La estructuración de un nuevo modelo de atención, basada en la conformación de un Sistema Integral de Atención a la Salud, permitirá ganar eficiencia en la asignación de recursos, al canalizarlos racionalmente en función de las necesidades explícitas de atención y el costo efectividad de las intervenciones, para hacerles frente y propiciar así la reducción de costos al evitar complicaciones innecesarias, la actuación en estadios tempranos de la enfermedad, mejorando la eficiencia técnica en la prestación de servicios.

Como reto el Régimen Obligatorio deberá hacer tangible el cambio y hacer explícitos sus costos y condiciones de eficiencia en términos de calidad técnica e interpersonal, parámetros que deberán ser tomados en cuenta para fundamentar decisiones de continuar con la prestación directa de servicios o subrogarlos.

En relación con la Subrogación, ésta deberá desarrollarse siempre y cuando cumpla con la condición de ser la alternativa mas costo efectiva para la solución de un grupo de demandas de atención específicas bien contextualizadas. La Subrogación deberá ser evaluada permanentemente en función de la calidad de la atención y los costos; en relación con las variaciones que estos parámetros muestren dentro de otras alternativas y tener como opción permanente el regresar a la provisión directa o subrogar hacia una mejor opción cuando sea pertinente.

En la subrogación deberán mantenerse los principios de legalidad, solidaridad, equidad, calidad, universalidad, transparencia, no discrecionalidad y viabilidad financiera.

Sobre la subrogación integral de servicios, es necesario considerar que los servicios sean homogéneos y equivalentes en naturaleza y cuantía a los proporcionados por el IMSS, que los convenios de subrogación integral sean homólogos, que exista universalidad en el acceso sin discriminación, que el monto capitado de la subrogación sea ajustado por riesgo y por el costo promedio de atención del Régimen Obligatorio, que se controle la calidad y los costos de los servicios subrogados, que se cuente con un sistema de información y evaluación completo y obligatorio, que se tengan reglas claras

de entrada y salida al esquema y que se presente un gradualismo en el desarrollo de esta opción, dado el estado que guardan los hospitales privados y la necesidad de no violentar ni poner en riesgo el desarrollo institucional.

En relación al sector estrictamente privado, se observa que para su desarrollo vigoroso debe cambiar su forma de financiamiento y transitar de un financiamiento caracterizado por el pago del bolsillo y la permanente existencia de gastos catastróficos para el usuario, hacia un esquema de financiamiento basado en contribuciones pre pagadas, en el que los sistemas de seguros, voluntarios y obligatorios tienen un papel fundamental. Este tránsito implica el desarrollo de un mercado privado regulado, en donde se cumplan los parámetros de calidad y costos impuestos por las principales instituciones de atención a la salud, incluyendo al IMSS.

Como punto final se observa que el IMSS, requiere desarrollar esquemas de colaboración pública y privada para aumentar la eficiencia en el financiamiento y en la prestación de servicios de salud. Un primer paso para desarrollar este esquema deberá centrarse en la generación de nuevos instrumentos que permitan dimensionar las necesidades de atención, nuevos enfoques que sustenten científicamente la definición de prioridades de intervención en salud mas costo efectivas, nuevas metodología que permitan conocer los costos unitarios de los servicios y sus variaciones entre unidades, y nuevos sistemas de información que permitan evaluar aspectos de calidad tanto en su dimensión técnica como interpersonal.

La inteligencia institucional se deberá constituir como el fundamento del Régimen Obligatorio, con el fomento a la "Investigación por Misión", la formación y capacitación de recursos humanos, el desarrollo de sistemas de información y evaluación, y la valoración de la tecnología.

El reto para dar respuesta a las nuevas necesidades que demanda el contexto transicional es mayúsculo y solo podrá ser resuelto con una decidida colaboración entre el sector público y el sector privado, de la que salga venturoso el derechohabiente y con ello se consolide la seguridad social como uno de los pilares que garantizan un acceso equitativo a un México mejor y mas justo para todos los ciudadanos.



EL MODELO DE SALUD EN LATINOAMERICA

Por: Kevin Armstrong

Es originario de Estados Unidos. Cuenta con una maestría en salud pública y administración de la Universidad de John Hopkins y es consultor permanente de la Agencia para el Desarrollo Internacional en su país. Ha participado como consultor en varios países de Latinoamérica, incluyendo a México.

Las reformas en el sector de salud han implicado muchos cambios en los años recientes. Las políticas económicas del sector público han impactado mucho en la reducción de la cobertura y restricción de la prestación de beneficios. El régimen de salud es una de las áreas donde los recortes presupuestarios nacionales han sido más fuertes. Este recorte ha afectado mucho a los gobiernos Latinoamericanos; además, estos no pueden contar tan fácilmente como antes con donantes bilaterales o instituciones multilaterales para seguir invirtiendo en el sector. No hay duda que los días de prestamos blandos para extender la red de servicios a través de los bancos multilaterales parecen estar en el pasado.

Ahora, los gobiernos buscan otras formas de disminuir costos y mayor eficiencia en sus sistemas de salud. Una manera de lograrlo es a través de socios estratégicos en el sector privado. La participación del sector privado puede contener ciertos centros de costos que se tienden a amplificar con el tiempo. El sector privado tiene sus propios recursos y puede compartir los riesgos asociados con ciertos servicios o áreas de salud.

Esta ponencia trata de informar sobre el ambiente en la cual se están desarrollando reformas en la área Latinoamericana y trata de explicar cómo el sector privado podría ayudar en la administración y provisión de los servicios de salud.

Durante las últimas etapas de las reformas estructurales, los gobiernos han tenido que prestar más servicios pero con menos recursos. La implicación es que los gobiernos enfrentan la decadencia del poder del Estado. Su papel de omnisciente tenía que sufrir cambios. Una de las mejores consecuencias, sin embargo, es que el papel del sector privado se amplificó un poco. Ahora los gobiernos se están preguntando, ¿hasta donde debe llegar el sector privado? complementarí al sector de salud, ¿pero en qué grado?

Ahora, sin embargo, la idea de efectuar alianzas estratégicas emerge como otra respuesta. El sector de seguridad social podría actuar como socio con el sector

privado. Si buscamos eficiencia en el sistema, posiblemente necesitamos inversiones privadas para compensar los costos de expansión en otras áreas de salud. Para estos fines son necesarios socios en el proceso de desarrollo institucional.

Asia, una de las áreas geográficas económicamente más activas en el mundo es manejada por el sector privado. En cambio, Latinoamérica muestra que el sector público es responsable por 60% de los gastos en salud. Si analizamos los datos, vemos que los mercados de libre comercio están influenciados por el sistema socialista de salud como Suecia o España donde el impuesto sobre la renta es muy rígido. Concluimos que Latinoamérica posee un sector privado con un fuerte gasto en salud (casi 40%).

Si desagregamos los datos, encontramos que países dentro de una región geográfica pueden tener diferencias entre ellos.

Obviamente los países de Europa son consistentes en los porcentajes de gastos en salud del sector privado, por que el sector privado es más dinámico en este hemisferio. En Venezuela el 50% de sus gastos médicos corresponden al sector privado, donde las fuentes privadas de servicio son muy fuertes.

Los gastos en el sector podrían ser más altos pero faltan estudios de la demanda para analizar los patrones de conducta para la consulta externa e interna en los países del hemisferio. En algunos estudios de demanda que se han realizado en la República Dominicana, El Salvador, Perú y otros países se ha demostrado que hay abusos en el sistema de salud porque ciertas personas que tienen la capacidad de pago utilizan los servicios gratuitos. Un ejemplo es el uso de hospitales públicos, ya que los mismos médicos están operando en ellos por la mañana y en sus clínicas privadas por la tarde. El hospital público absorbe el gasto de un paciente que debe acudir el sector privado ocupando espacios que pertenecen a un paciente que no tiene los medios para pagar.

Vamos a medir el impacto del sector privado en Argentina, por ejemplo. El sector privado en término de camas ha crecido enormemente en los últimos años. El sector casi triplicó sus servicios de camas en las últimas dos décadas desde 25 mil en 1969 a 90 mil en 1990.

Al mismo tiempo podemos ver que el sector público no creció durante el periodo en favor de regular la prestación de estos servicios a través del sector privado.

Tengo entendido que los proveedores de estos servicios son una red de hospitales que pertenecen a grupos con y sin fines de lucro.

Equidad es un **“sine qua non”** para un sistema de salud. Los miembros o pacientes como quieren llamarse a nuestros clientes, necesitan acceso y disponibilidad de servicios. Tenemos que responder con un sistema que pueda dar las mismas

posibilidades de tratamiento para la misma necesidad. El sector privado puede responder como socio, tanto en el sector hospitalario como en el preventivo. ONGs y grupos privados pueden velar para extender coberturas según las circunstancias que la situación demanda.

Aquí se menciona Perú, pero otros estudios de demanda que se ha concluido en la República Dominicana, El Salvador y otros países demuestran que hay abusos en el sistema de salud. Aquí citamos el ejemplo del uso de hospitales públicos. El hospital público no debe absorber un gasto de un paciente que puede pagar por su servicios en el sector privado.

Rápidamente, los sistemas que merecen nuestro análisis y alguna experimentación son los modelos de atención administrados por grupos privados como los innovadores HMOs (sistemas de pre-pago), los sistemas ONGs abriendo campo y extendiendo la red de servicio publico. Y finalmente, vemos como la colaboración privada puede ayudar en la racionalización de los servicios de Seguridad Social en el régimen de salud.

La otra área que merece estudio o proyectos pilotos, son proveeduría y servicios que intercambian pacientes. Un centro de referencia para ciertos servicios, es a veces deseable en países con tecnología cara. Podría ser preferible comprar el servicio en vez de comprar la tecnología. Por otro lado, referencias hacia el sur podrían emerger en el mercado de salud especialmente en cirugías electivas. Es menos costoso enviar pacientes a un centro de excelencia en un país vecino en vez de pagar los costos en los Estados Unidos.

La área de proveduría es un caso muy especial. Hay grandes corporaciones transnacionales que pueden ofrecer servicios de proveeduría general o específica que cobran tan poco, que pueden ahorrar desde 20 hasta 50% de los costos involucrados en la compra de productos, equipos e insumos médicos por parte del seguro social.

Los modelos que merecen exploración y posible expansión en la búsqueda de nuevos socios con los sistemas de seguro social, son los planes pre-pagados y los planes de igualas medicas. Tengo entendido que el sistema de igualas medicas existe como una excepción del sistema del IMSS. Posiblemente el IMSS quiere explorar la expansión de este sistema de cubrir los gastos médicos con sistemas de prepagos. Otro idea es la de usar los mismos médicos del IMSS y formar su propio HMO o PPO.

Finalmente, nos preguntamos si vale la pena abrir oportunidades a planes médicos que podrían proveer servicios, como es un seguro médico privado pero que comparte los riesgos con los médicos, la industria y los clientes.

Si creen que vale la pena, puede resultar positivo en la reducción de costos, porque

el énfasis en este sistema es la medicina preventiva.

El futuro para el sector público es buscar socios, tanto en el propio sector público como en el sector privado. Una de las políticas que acelera este proceso es la descentralización. Obviamente cuando uno está más cerca de las necesidades de la comunidad, como es el municipio, uno está más dispuesto a resolverlas usando todos los recursos que las comunidades puedan movilizar. A través de transferencias directas y tarifas para servicios públicos de la comunidad, los municipios pueden tomar un papel más activo en la contratación de servicios locales o la regulación de los servicios.

Las ONGs con conexiones internacionales, tienen la ventaja de traer su inversión al país, causando impactos en el sistema de salud preventivo rural. ¿Debe la seguridad social velar por la salud rural? ¿Debemos pensar en socios para esta inversión?

Otro modelo interesante pero a veces poco redituable es la utilización de los sistemas de escuelas de medicina, que actúan en varios niveles para facilitar el bienestar de la comunidad, ofreciendo salud preventiva en las comunidades a través de convenios con autoridades regionales y luego proveyendo salud terciaria en su hospital-escuela, que debe representar un centro de excelencia.

Los servicios que actualmente se proveen al público pueden ser parciales o completamente privatizados, usando métodos de contratación que sean mas convenientes para la institución. Este modo de racionalización de funciones puede enfocar las energías de la institución hacia la regulación de servicios y no a la provisión de estos servicios. Con el Tratado de Libre Comercio en efecto, las tarifas bajas permiten que la proveeduría sea un área atractiva para la contratación. También puede imaginarse que ciertas áreas de servicios podrían ser contratadas, como servicios de hospitalización o servicios de consulta externa dentro de las mismas instalaciones de la institución.

La colaboración en el sector privado se cultiva a través de varios contratos de servicio, si la situación lo amerita. No nos sorprende que inversiones en los HMOs, contratos de mantenimiento o de proveduría de fuentes que puedan comprar productos en grandes escalas, pueden ser atractivos para contener costos, que amenacen la expansión institucional para cubrir las necesidades de los clientes.

Para concluir, sugiero algunos cambios de dirección, dadas las tendencias en el sector y la economía mundial hacia el libre mercado:

- Extender servicios usando inversión proveniente, especialmente, del sector privado.
- Determinar en qué grado se deben seguir prestando los servicios de salud y en qué grado es preferible la participación del sector privado en la provisión de estos servicios.

Si se ahorra en un área, se pueden ubicar inversiones en otras áreas, tenemos que preguntarnos cómo podemos maximizar los servicios usando recursos del sector privado.

Esta presentación parte de la filosofía de incrementar la participación privada tanto nacional como internacional. Este filosofía podría facilitar un sistema más balanceado, plural y mas flexibe, que responda a las demandas del mercado global de salud.



SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EL MODELO DE COLOMBIA

Por: **Alfonso Roa S.**

De origen Colombiano, es Contador Público especialista en finanzas. Ocupó el cargo de director general de Entidades Promotoras de Salud y Prepago de la Superintendencia de Salud y es el actual Vicepresidente de EPS del Seguro Social en Colombia.

Introducción

El sistema de salud en Colombia al igual que en otros países de Latinoamérica, ha sido objeto de múltiples cambios y adecuaciones. Este documento muestra como la evolución social en el país acompaña la mayoría de los cambios efectuados en el pasado reciente en el sistema de salud.

Los modelos adoptados responden a las necesidades en salud de sus habitantes y se implementan, de acuerdo con los recursos disponibles, en los que tiene particular importancia el recurso humano calificado para esa labor y el conocimiento de las necesidades mismas, así como los avances técnicos.

La reforma que establece el modelo de Seguridad Social *INTEGRAL* en Colombia tiene varios componentes que son: Salud, Riesgos Laborales y Pensiones.

La reforma sanitaria actual en Colombia inicia su evolución aproximadamente 5 años antes de la expedición de la Ley 100 de 1993.

Antecedentes Históricos

El siguiente es un breve comentario a los modelos seguidos en Colombia durante el presente siglo en la búsqueda del mejor equilibrio en la seguridad social en salud.

El Modelo Higienista de la Salud

Este proceso se desarrolla a finales del siglo pasado en ocasión a la expedición de la constitución política de 1886.

Las características del recién nacido estado hacían que la mayor cantidad de esfuerzos se centraran en temas como la seguridad nacional, las relaciones internacionales y la justicia. Los temas de carácter social como la educación¹, y la salud eran tangencialmente tocados por los gobiernos en turno.

La concepción de la salud se refiere fundamentalmente a la enfermedad “como consecuencia de la exposición a unas condiciones ambientales inadecuadas que pueden ser corregidas por medidas de higiene,¹ como el suministro de agua en condiciones microbiológicas aceptables, y la adecuación de la población a condiciones climáticas extremas, etc.

Este modelo de salud se enriqueció con el surgimiento de la teoría microbiana y el descubrimiento del papel de un agente externo en la producción de la enfermedad. El problema central era atacar los agentes externos que producían estas enfermedades.

Hacia 1886 se inicia la organización estatal de la salud con la creación de la Junta Central de Higiene, la cual se ocupó de las “enfermedades epidémicas, del saneamiento ambiental y en particular con el control de los puertos,² como garantía internacional para que se aceptaran sin ningún problema los productos agrícolas que se exportaban (café, quina, tabaco).

La reactivación económica en la década de los años veinte generó una nueva dinámica social y demográfica en el país. La dependencia del sector agrario exportador dio un viraje y se iniciaron los primeros intentos de industrialización de productos como el vidrio, el hierro, la construcción de vías, la producción de cerveza, etc.

En el año de 1913 se creó el Consejo Superior de Sanidad, como instancia del Ministerio de Gobierno y en el año de 1918 se establece la Junta en Dirección de Higiene dependiente del Ministerio de Instrucción Pública, para finalmente trasladarla en 1920 al Ministerio de Agricultura y Comercio. Se considera que la “higiene es ante todo un problema de educación y como tal se necesita penetrar profundamente en las colectividades para que lo asimilen³.

Las orientaciones conceptuales del modelo higienista estuvieron influenciadas por los lineamientos planteados en la Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas celebrada en México en el año de 1901.

Las primeras acciones adelantadas en materia de salubridad pública fueron impulsadas por la Junta Internacional de Sanidad de la Fundación y por entidades de caridad de comunidades religiosas.

El concepto de higiene se relaciona más con la labor “profiláctica y preventiva del descubrimiento de agentes y vectores de las diferentes enfermedades así como de

1 Francisco José Yepes. La Salud en Colombia. Análisis Socio-Histórico. Estudio Sectorial de Salud. Ministerio de Salud - Departamento Nacional de Planeación. Bogotá, 1990, Pág. 24.

2 Ibidem Pág. 24.

3 Ibidem Pág. 25.

4 Ibidem Pág. 30.

los factores que propician el desarrollo de las mismas”.⁴

El Modelo de Salud Pública en Colombia

La década de los años 30's implicó en Colombia un giro radical en la estructura demográfica, económica y el ascenso de una nueva clase política. Bajo las influencias del “New Deal” se logró la concertación con el Congreso de la República de un paquete de reformas políticas, económicas, sociales, agraria, de salud y trabajo y que se conocieron como la revolución en marcha, nombre ambicioso para una estructura social que demostraba requerir cambios estructurales en materia social.

La constitución política se reformó en materia de derechos sociales al contemplar que “La asistencia pública es función del Estado y se deberá prestar a quienes careciendo de medios de subsistencia y derecho para exigirla de otras personas, estén físicamente incapacitados para trabajar”.⁵ Se cambió el esquema de que la Salud era un deber del Estado pudiendo o no, de acuerdo con sus recursos, ofrecer salud a sus habitantes.

En el año de 1931 se dió vida jurídica y se abrieron las oficinas del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública, establecimiento con identidad propia que a diferencia de las anteriores organizaciones no dependía de ministerio alguno y el cual tenía acceso directo al Presidente de la República como máximo orientador de la salud en Colombia.

Los primeros intentos del “Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública” para analizar la problemática regional sobre la enfermedad se adelantaron en temas como :

1. Lepra
2. Tuberculosis
3. Protección Infantil y Maternidad
4. Enfermedades Venéreas
5. Enfermedades Tropicales e Higiene Oral
6. Epidemiología y Profilaxis
7. Asistencia Social y Organización Hospitalaria
8. Cáncer
9. Alcoholismo y Toxicomanías
10. Enseñanza de la Higiene⁶

5 Constitución Política de Colombia. Ediciones Imprenta Nacional. Bogotá, 1936.

6 Francisco José Yepes. Pág. 32.

Se detectaron carencias de presupuesto para adelantar campañas focalizadas sobre las anteriores patologías y que tienen que ver fundamentalmente con las condiciones de vida o que atacaban aspectos de calidad de vida de la población, por lo que en 1938 se creó el Ministerio de Trabajo, Higiene y Seguridad Social.

En el año de 1942 el presidente del máximo organismo de salud como lo era la Junta Internacional de Sanidad visitó el país y se fortalecieron acciones en materia de:

- 1- Nutrición
- 2- Paludismo
- 3- Rickettiais
- 4- Bartonellosis
- 5- Saneamiento de puertos.⁷

Como consecuencia de esta visita se establecería en Colombia el “Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública”, organismo que dirigiría durante más de una década la salud pública en Colombia, especialmente por la carencia de personal capacitado en materia de políticas públicas de salud que orientara las acciones del estado.

El movimiento popular y sindical tuvo un gran auge durante finales de la década de los años 30 y principios de los cuarenta, con un fuerte liderazgo político. La reglamentación laboral y los derechos sociales a los trabajadores, se hicieron cada vez más fuertes y la necesidad de la creación de una entidad que manejará la seguridad social tenía cada vez más presión. En el año de 1946 se aprueba en el Congreso de la República la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales ICSS, frente a una muy fuerte oposición del gremio médico que consideraba de mayor prioridad la creación como órgano autónomo del Ministerio de Higiene que fue aprobado meses después.

El ICSS manejaría los seguros de enfermedad no profesional y maternidad, la invalidez y vejez, los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y un seguro por muerte.

El modelo de salud que imperaba entonces tenía una fuerte tendencia higienista, a pesar de que “las facultades de medicina existentes para la época continuaban orientadas hacia la formación de médicos para la atención privada, dentro de la perspectiva francesa y con predominio de la corriente anátomo - clínica, aunque

7 Ibidem Pág. 34.

8 Ibidem Pág. 35.

enriquecidas por algunos elementos nuevos de las mentalidades fisiopatológicas y etiopatológica de la nueva medicina norteamericana”⁸

Nuevas tendencias en el modelo de salud

El desarrollo de la medicina en el mundo no fue ajeno a las orientaciones de la incipiente estructura de salud en Colombia. Las tendencias “anatómo-clínica (enfermedad como lesión), la fisiopatológica (la enfermedad como alteración funcional) y la etiopatológica (la enfermedad causada por un agente externo vivo o químico), iniciaron su desarrollo con un predominio de la tendencia de la medicina hospitalaria que ganó mayores adeptos y acciones del recién iniciado Ministerio de Higiene.

En la década de los 40s se cambia la perspectiva de la política higienista por una de salud pública entendida está como salud del pueblo en general. La creación de la OMS en 1946 y de la OPS en 1947, dan una mayor importancia a las políticas de salud pública de interés general. De otra parte la formación de los higienistas se enriquece con la especialización de líneas de la medicina en aspectos como el área preventiva, el saneamiento ambiental, le necesidad de mejorar las condiciones sanitarias, tratamiento de aguas servidas y en general medicina preventiva.

Las principales acciones que se adelantaron por parte del Ministerio de Higiene se encaminaron a:

1. La educación de los individuos en los principios de la higiene personal y pública
2. Sanidad del medio ambiente
3. Control de las enfermedades previsibles
4. Organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y tratamiento preventivo del individuo.⁹
5. Organización de los servicios departamentales de salud.

La cooperación en salud recibida de agencias internacionales en materia de tecnología y capacitación en el quinquenio 1945 - 1950 no tuvo continuidad. La prioridad del plan Marshall de reconstrucción de Europa y Latinoamérica se dejó a un lado.

Las propuestas del Ministerio de Higiene ante el Congreso de la República, OPS y la OMS fueron numerosas y se logró contemplar en el primer Plan Nacional de Desarrollo de Colombia, “la salud es el principal componente de vida de la población

9 Miranda Canal, N. La Medicina Colombiana de la Regeneración a los años de las Segunda Guerra Mundial. En: Nueva Historia de Colombia. Tomo IV, Bogotá: Planeta Colombiana Editorial

10 Saavedra Pedro Nel. La Higiene Nacional y el Plan Currie. En: Revista Higiene. Bogotá, oct. 1950, pág. 289.

colombiana”.¹⁰ **

En el Plan “la influencia internacional se evidencia en dos campos fundamentales: la política sanitaria y la educación médica”¹¹

El Ministerio de Higiene tenía dos concepciones en su manejo: uno orientado por los escasos recursos del estado hacia planes preventivos y el otro por el sector curativo y hospitalario encargada al sector de la caridad manejado por religiosos y agencias internacionales de ayuda en materia de laboratorios y farmacia.

El área de formación de médicos que era exclusiva de la Universidad Nacional (1927) se suman las recientes facultades de Popayán (1950), Cali (1951) y Manizales (1952), paralelo se crean los primeros hospitales universitarios con las orientaciones técnicas de la American Medical Association.

La necesidad de formación de personal en esos momentos era muy apremiante. Se reglamenta la apertura de facultades de medicina y se establecen requisitos mínimos en términos de calidad de los contenidos académicos que deben cumplir y de las actividades o prácticas que deben realizar en el área hospitalaria.

Por otra parte los organismos encargados del manejo de la salud se duplicaron en igual proporción: La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME, los Comités de Acreditación de las Escuelas de Medicina, El Consejo General de Especialidades Médicas y la Asociación de Hospitales, además de las asesoría de la OPS, la OMS y fundaciones norteamericanas.

Una de las premisas fundamentales de esta ponencia es demostrar como el desarrollo de los diferentes modelos de salud en Colombia siempre ha estado ligado a las reformas políticas, constitucionales y sociales. En la década que venimos analizando, dos acontecimientos de especial importancia para el país dan un giro al cambio en la política del modelo de salud pública que se hereda de los años 50s. En primer lugar, me refiero al plan de Alianza para el Progreso presentado a finales de 1960. En segundo lugar la reforma constitucional de 1968 influenciada por teorías cepalinas y considerada como una de las más avanzadas en materia de organización pública estatal en Colombia.

La Alianza para el Progreso tuvo la particularidad de plantear los lineamientos generales del Segundo Plan de Desarrollo en Colombia y que se enriqueció con las teorías económicas sobre las condiciones mínimas que debían existir para que el desarrollo se diera especialmente en Latinoamérica. Uno de los pilares básico, del modelo de desarrollo era alcanzar niveles más altos de vida, de ingreso y de consumo. Dentro del primer criterio se enmarcan los aspectos de trabajo, salud y educación que arrojaban unos de los más bajos índices en Latinoamérica. De otra parte se

¹¹ Ibídem, pág. 291

consideraba que estos elementos mínimos era fundamental, para el despegue de un sector manufacturero y dejar así la dependencia del sector monoexportador primario como era el café.

La salud en esta década pasa a tener un peso más representativo dentro de las acciones del Estado y los índices mejoran. "La expectativa de vida pasa de los 48 años a los 58 años, la mortalidad de menores de un año se reduce de 120 por 1,000 a 70 por 1,000; el gasto per cápita en educación y salud, medido en moneda constante, crece al 12% anual promedio, para multiplicarse por 3.8 en el periodo"¹². De otra parte las ciudades multiplican su población, las tasas de natalidad crece y la fuerza laboral que se incorpora como asalariados igualmente. Se desarrollan 7 grandes núcleos urbanos como los son Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Manizales y se amplía la frontera económica oriental hacia la amazonia con epicentro en Villavicencio.

El dilema de la salud en este momento era en dos sentidos: la consolidación de un aparato estatal fuerte con ramificaciones a nivel departamental y local o la unificación central que debía garantizar la salud como un derecho de todo habitante en Colombia.

La Reforma Constitucional presentada al Congreso de la República en el año de 1967 buscaba ampliar y especializar las actividades que venía desarrollando el Estado Colombiano. En este sentido el Ministerio de Salud se fortaleció en su estructura interna y se crearon importantes instituciones como el Instituto Nacional de Salud, entidad encargada de la investigación científica; el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Instituto de Cancerología. La autonomía administrativa y el fortalecimiento financiero de estos institutos amplían el área de prestación de servicios de salud.

Estructura del Ministerio de Salud según Reforma de 1968

La salud se presenta ahora como un fenómeno estrechamente ligado a las condiciones generales de vida de la población, resistiéndose a ser abordada desde teorías gestadas en condiciones históricas y sociales diferentes. Esto conduce a la búsqueda de la explicación de la enfermedad desde una perspectiva mucho más amplia que permita la intervención sobre los elementos sociales que pudiesen estar comprometidos en la etiología. "La epidemiología se ve abocada a modificar sus concepciones de la enfermedad por la posibilidad de abarcar, con el reducido enfoque unicausal, la compleja trama de problemas, cuya relación con el enfoque de la salud y la enfermedad fue intuyéndose en el proceso de desarrollo de nuevas políticas. Así, los límites de la medicina curativa quedaron reducidos a la práctica privada y al nivel hospitalario, pero las nuevas políticas y su intervención a nivel social exigían un nuevo modelo acerca de la enfermedad y la salud"¹³

12Francisco Yepes, Pág. 53

13Breilh, J. Granada. E. Epidemiología: Economía, medicina y política. México: Fontamara, 1986. Pág.

Se introduce de esta forma la concepción de la medicina social y el ministerio redefine sus planes más hacia el alcance de lo social que de lo puramente científico. Posteriormente se asimilaría al término medicina preventiva.

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En 1970 asume un nuevo gobierno que establece en sus políticas que la salud es la integración sectorial de aspectos como el trabajo, la vivienda, la educación y el desarrollo del sector agropecuario. Para hacer operativa esta nueva concepción de la salud, era necesaria una organización multifuncional a nivel nacional y territorial que asumiera directamente la prestación de los servicios básicos de salud y fortaleciera la consolidación de puntos de atención de primer nivel en cada municipio especialmente en las zonas rurales. El objetivo era puntal: lograr la ampliación de la cobertura en prestación de servicios de salud a nivel nacional.

Las principales características en la creación del Sistema Nacional de Salud fueron:

1. Integrar a todas las instituciones que manejen salud en un sistema, respetando la autonomía de cada una de ellas.
2. Aglutinar en el subsector privado, mixto y públicos los dos grandes actores institucionales de la salud
3. Reorganizar el Ministerio de Salud
4. Establecer el subsistema nacional de información en salud
5. Establecer el subsistema nacional de suministros
6. Organizar del subsector privado de la seguridad social y oficial y mixto.
7. Fortalecer la función directiva y coordinadora del Ministerio de Salud
8. Crear el subsistema nacional de inversión, planeación y manejo de personal.
9. Fortalecimiento de las entidades adscritas y vinculadas al Ministerio de salud¹⁴.

Cuadro del Sistema Nacional de Salud

Al concebir la salud como un sistema lo que se buscaba era unificar los dispersos esfuerzos que se hacían, para lograr manejar de manera más racional los limitados recursos destinados para la salud.

Evolución de la reforma

La reforma actual de salud en Colombia involucra elementos que se han venido consolidado con el estudio permanente de la situación social del país en todos los foros académicos públicos y privados en los cuales se continua en análisis a fin de

¹⁴ Colombia. Ministerio de Salud. Informe al Honorable Congreso de la República de Colombia. 1974.

determinar los posibles aspectos a modificar en beneficio social de los colombianos.

El modelo descentralista

El periodo comprendido entre 1975 y 1982, implicó un cambio en las costumbres, consumo, educación y bienestar de la población colombiana. El desarrollo de aparato productivo amplió el ingreso per cápita de la población colombiana, se miraban otros horizontes. En materia de salud con la creación de una base de instituciones de salud conformadas por puestos de salud, centros de salud, hospitales de primer, segundo y tercer nivel de atención y el surgimiento de la medicina prepagada y las pólizas de vida, etc.; la regionalización epidemiológica y la duplicación de escuelas de formación en salud (medicina, enfermería, farmacias, terapias, odontologías, etc.), el estado contaba con mayores recursos para enfrentar el compromiso de cumplir con el derecho constitucional de salud a la población colombiana.

El gobierno que inició en 1982, analizó la problemática de salud por grupos y consideró que la salud es el factor del desarrollo, con atención especial para la familia.

Este gobierno se había comprometido a dar mayor autonomía a las regiones en cuanto al manejo y asignación de presupuesto, descentralizar las competencias que en materia de salud y saneamiento básico adelantaba el nivel central y ofrecer estabilidad laboral a los trabajadores del sector salud.

La reforma política de mayor impacto en la década de los 80's no dejó de lado al tema de la salud. Por el contrario, con la expedición en el año de 1987 de la reglamentación de la reforma que adoptó la elección popular de alcaldes se le delegaron numerosas funciones en materia administrativa, fiscal, de educación y de salud. Vale la pena mencionar los alcances en materia de saneamiento ambiental, manejo de alcantarillados, acueductos, atención primaria en salud y destinación de presupuesto.

Esquema de descentralización de funciones 1987. Aspecto de Salud

Esta descentralización en salud lo que buscaba era ampliar las coberturas al mínimo costo e integrar los nuevos desarrollos económicos con la necesidad del nuevo proceso de salud-enfermedad. Se crean nuevas escuelas de medicina cuyos planes de estudios están centrados especialmente en la asistencia comunitaria basada en el enfoque biop-social de la enfermedad¹⁵.

Desde el punto de vista del aseguramiento en salud se impulsa la atención de la salud familiar a través de las Cajas de Previsión Departamental, de las Cajas de Compensación Familiar y del ISS.

Uno de los grandes problemas del sistema nacional de salud fue que ahogó la

15 Francisco Yepes. Pág. 83

autonomía administrativa y financiera de los servicios seccionales de salud, presentándose una prolongada crisis que abarcaba desde los grandes hospitales hasta las pequeñas unidades de servicios de primer nivel. Los recursos nunca alcanzaban. Desde los meses de octubre y noviembre empezaba la “procesión” de solicitudes de recursos para que el nivel nacional financiara de manera adecuada a estas unidades locales de salud. Como es de suponer el déficit acumulado en materia salarial, retraso tecnológico y falta de construcción de nuevas camas hospitalarias, hizo que el Ministerio de Salud diseñara un nuevo modelo de salud que se basaba fundamentalmente en el desarrollo y autonomía regional desconcentrando al nivel central de las numerosas funciones que de manera poco eficiente venía desempeñando años atrás.

Es así como nace el modelo de salud descentralista en 1989 que se plasma en la Ley 10 de 1990 la cual transformó los servicios seccionales de salud, los dotó de personería jurídica, de una estructura administrativa y patrimonio propio.

Se desligaba por primera vez el manejo de la salud de los aspectos “politiqueros” al establecer la carrera administrativa, la necesidad de fijar planes sectoriales de salud entre otros aspectos.

Un avance importante fue la integración de la comunidad al manejo de las entidades hospitalarias como partes integrantes de las juntas directivas de los hospitales y redes públicas de salud, la estabilidad laboral para los directores de hospitales, estableciendo un periodo de tres años para el ejercicio de sus funciones y un régimen salarial especial que servía de enganche de personal directivo con altas capacidades técnicas y científicas.

Esquema de los principales aspectos de la reforma de 1990

El aspecto central del nuevo modelo de salud implementado en 1990, fue la distribución de competencias de salud entre la nación, los departamentos y los municipios. El nivel nacional trabajaría exclusivamente las funciones de dirección, asesoría y control y, la parte operativa, de ejecución a los departamentos y municipios. En este orden de ideas, los municipios se responsabilizaron del primer nivel de atención en salud y los departamentos del segundo y tercer nivel.

Este modelo de salud no implicó reforma alguna al sistema de seguridad social planteado desde 1946.

Nuevos recursos para la salud:

La Ley 60 de 1993 es el producto del nuevo ordenamiento financiero ordenado por la Constitución de 1991. El enfoque social de esta nueva Constitución favoreció notablemente las finanzas del sector salud. Una de las grandes críticas de la ley 10 de 1990 fue la limitación de recursos con que se contó para llevar y operativizar el

proceso de descentralización.

A partir de la Constitución de 1991 la salud cuenta con mayores ingresos; estos se deben a que :

- 1- Se estableció que los ingresos del sector serían un porcentaje de los ingresos corrientes de la nación.

El presupuesto asignado para el cuatrenio 1994-1998 se aumentó considerablemente con relación al PIB₁₆:

1994 = 3.24%

1995 = 4.48%

1996 = 5.17%

1997 = 5.21%

1998 = 5.30%

Los puntos primordiales a los cuales va orientado el gasto son:

1. Acceso universal y equitativo a los servicios de salud preventivos y curativos
2. Mejoramiento de la calidad de la oferta de servicios
3. Gestión descentralizada y capacidad técnica del sector
4. Garantía de calidad de los servicios
5. Ciencia y tecnología para la salud.
6. Ley 60 de 1993

La reforma de 1990 fue el resultado de presiones políticas que buscaban darle mayor autonomía regional al manejo de la salud, agobiadas por el excesivo centralismo del modelo implementado en 1975 y denominado Sistema Nacional de Salud.

En materia de descentralización el nuevo modelo implementado por esta ley no modificó lo planteado por la Ley 10 de 1990, especialmente para aquellos municipios con poca capacidad administrativa y con bajos niveles de desarrollo en los cuales los departamentos podrían excepcionalmente ayudarles en la prestación del primer nivel, bajo los principios de subsidiariedad y complementariedad considerado en la ley.

Los principales puntos contenidos en esta ley son:

1. Establece un proceso de planeación en salud para cada municipio y

16 Documento COPNES 2756-Ministerio de Salud-DNP:UDS-DISAL, 1995. Cuadro 1

- departamento de manera integral, concertada y con participación social.
2. En razón a los limitados recursos para la salud se deberán establecer planes y programas teniendo en cuenta el costo-efectividad.
 3. Los municipios para acceder a los recursos de la nación en salud deben adelantar un diagnóstico epidemiológico y organizacional articulado con el desarrollo territorial y la dinámica demográfica particular.
 4. Se debe identificar los grupos de población pobre y vulnerable con el fin de ampliar la cobertura de servicios a los sectores más desprotegidos.
 5. Orientar las acciones en materia de promoción y prevención de la enfermedad.¹⁷

El actual modelo de la seguridad social

Los dos años siguientes a la promulgación de la constitución de 1991 fueron fundamentales ya que el país, en lo político, lo académico y lo científico entró en un complejo debate sobre la forma como se debería reglamentar el art. 49 de la Constitución Política que contempla la seguridad social como un derecho de todos los colombianos y deber del Estado. Se desliga el concepto de asistencia pública o simplemente la salud a un componente más amplio: la Seguridad Social.

La Asistencia por Regiones del Sistema Nacional de Salud y del ISS y Cajanal muestran en el año de 1992 uno de los más bajos indicadores a nivel latinoamericano.

La no asistencia a los sistemas de salud es igualmente grande, bajo estas características.

Las bajas tasas de cobertura, las dificultades en la utilización y los altos costos en principales servicios determinaron una regresividad en la ampliación de aseguramiento de las instituciones, lo cual fue tomado como argumento para orientar la reforma de la Seguridad Social en el año de 1992

Integrar los diferentes actores de la salud en Colombia no era tarea fácil: por un lado el sector privado con las empresas de medicina prepagada, las compañías de pólizas de vida, las clínicas y profesionales particulares y, por otro, el sector público con las ISS, las cajas de previsión social y sector mixto con las cajas de compensación, programas de empresas privadas, etc.

El actual modelo de salud en Colombia es el producto de 3 concepciones clásicas de la seguridad social en el mundo, a saber:

1. De la concepción Bismarkiana clásica de la cual hereda: la integralidad, la

17 Ministerio de Salud. Ley 60 de 1993. Decretos Reglamentariso. Pág. 4 y 5.

solidaridad (equidad), la universalidad (implica obligatoriedad) y la unidad.

2. De la concepción liberal moderna de la cual recoge la eficiencia, la calidad y la libre escogencia, y
3. De la Reforma descentralista: la descentralización administrativa territorial, la autonomía de las instituciones y la participación social.

Cuadro de principios y tendencias.

Principio la Integralidad

Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y, en general, de las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias”¹⁸. La integralidad está garantizada por el plan obligatorio de salud o plan médico básico donde se eliminan las preexistencias y exclusiones propias del régimen privado. Esta integralidad está garantizada por los servicios de salud pública, los cuales están a cargo del Ministerio de Salud y de las Direcciones Departamentales y Municipales de Salud.

Principio de Solidaridad

Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y pobres, estratos ricos y pobres, las comunidades, bajo el principio de que el más fuerte apoya al más débil”¹⁹.

Dentro del régimen contributivo, recauda el 12% pero solo puede gastar el valor autorizado de las unidades de pago por capitación, que es donde radica una de las grandes diferencias con el modelo chileno de seguridad social.

Para el régimen subsidiado todos los cotizantes aportan un punto para aquellas personas identificadas como de mayor vulnerabilidad, pobreza y miseria, comunidades indígenas, negritudes, enfermos de Hansen, etc.

Principio de Universalidad

“Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida”²⁰. El sistema esta diseñado de tal forma que favorece la afiliación familiar, establece la obligatoriedad de la afiliación y por las exigencias de las entidades directivas del sistema.

18 Ley 100 de 1993. Ministerio de Salud. Bogotá, 1994. Pág. 14.

19 Ibídem Pag. 14

20 Ibídem Pag. 14

21 Ibídem Pag. 14

Principio de Unidad

Se define como la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social”²¹ Se ha reglamentado un solo plan de beneficios como es el POS, las mismas prestaciones económicas operan para todos los afiliados. En cuanto a la diversidad de entidades del subsector privado, públicos y mixto se ha venido trabajando para reglamentar un solo esquema y eliminar las más de 900 entidades que existen al respecto.

Principio de Libre Escogencia

El actual modelo permite que las diversas entidades ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará la libre escogencia de entidades promotoras de salud y de institución prestadora de servicios de salud cuando sea posible según las condiciones de oferta. Se eliminó la adscripción obligatoria de los trabajadores públicos o privados y establece la libre afiliación, estimulando la libre elección de profesionales de la salud, se prohíben las asociaciones monopolísticas y se autoriza el traslado de usuarios entre EPS.

Principio de Eficiencia

Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente”²² Se orienta a racionalizar los limitados, al asignar una UPC busca moderar los excesivos costos del sector privado.

Principio de Calidad

Se establecieron mecanismos, de control a los servicios para garantizar la calidad de la atención oportuna personalizada, humanizada, integral y continua de acuerdo con estándares aceptados en la práctica profesional”²³. Esta se ha visto motivada por la competencia entre EPS e IPS, reglamentaciones sobre auditoría médica y movimientos de usuarios.

Principio de Descentralización Administrativa

La organización del Sistema de Seguridad Social será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud”²⁴. Se ordena que las instituciones públicas del orden nacional que sean partícipes del sistema

22 Ibídem Pag. 13

23 Ibídem Pag. 70

24 Ibídem Pag. 70

25 Ibídem Pag. 69

adoptarán una estructura de organizaciones de gestión y decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalezcan su operación descentralizada.

Principio de autonomía de las Instituciones

Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán a partir del tamaño y complejidad que reglamente el gobierno, personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente”²⁵.

Principio de Participación social

Se estimula la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud . Se reconoce la participación de los comités de participación comunitaria en las juntas directivas. Se establecen las veedurías ciudadanas y las alianzas de usuarios.

De forma particular se autorizaron las Empresas Solidarias de Salud como forma de gestión cooperativa de la salud.

Redefinición del aseguramiento: subsidio a la demanda.

A partir de la expedición de la ley se consagró que la acción del Estado sería identificar los beneficiarios potenciales que no contarán con seguridad social y el Estado otorgarle un subsidio cambiando el esquema tradicional con el que venía trabajando el sistema desde sus inicios como era trabajar con la oferta. Esto implicaba racionalizar los recursos en materia de salud y dirigirlos hacia sectores de mayor impacto social.

Se planteó el desmonte gradual del subsidio a la oferta que tradicionalmente se ofrecía por medio de la red de hospitales públicos de primero, segundo y tercer nivel por un esquema en el que las Secretarías de Salud identificaran sus usuarios dentro de los pobladores de su municipio siguiendo los siguientes criterios:

1. Población con necesidades básicas insatisfechas para determinar la población con miseria y pobreza.
2. Estratificación por zonas socioeconómicas para identificar áreas de potenciales del gasto social.
3. Clasificación socioeconómica de hogares, familias o individuos.
4. Asentamientos humanos expuestos a amenazas físicas de tipo natural o derivadas de intervención antrópica.
5. Zonas de población con altas incidencias de mortalidad y morbilidad.
6. Zonas de conflicto social.

Paralelamente, este nuevo marco jurídico de la salud contempla que el Ministerio de

Salud debe contar con un eficiente sistema de información para lo cual se revisa el viejo sistema de información adoptado en 1976 y precisa los datos sistematizados que debe reportar al gobierno central en materia de

- a) Información institucional
- b) Información financiera y de ejecución presupuestal
- c) Información e costos
- d) Registros clínicos
- e) Información del medio ambiente
- f) Información poblacional
- g) Control de gestión
- h) Evaluación de nuevos proyectos

El proceso de planeación se invirtió, ya que el Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación con base en esta cualificada información sobre salud elaborarán los planes descentralizados de salud y no como era tradicional que el nivel central elaborara y destinara los recursos para los departamentos y municipios.

Organización del sistema

Este modelo reorganiza la anterior estructura del sector la cual quedó conformada por organismos directivos, administrativos y financieros.

A nivel directivo se contempla:

1. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
2. El Ministerio de Salud
3. Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud
4. Las Direcciones Seccionales y Territoriales en Salud

A nivel de organización:

1. Las entidades promotoras de salud
2. Las instituciones prestadoras de servicios de salud
3. Las empresas sociales del Estado
4. El Fondo de Solidaridad y Garantía

A nivel de vigilancia y control

1. La Superintendencia Nacional de Salud.

Estructura del actual modelo de salud en Colombia

Fondo de Solidaridad y Garantía

Sobre él recae como instancia única la responsabilidad financiera del aseguramiento, con un esquema de ayuda fiscal y parafiscal demográfica y territorial. El pago de los afiliados al sistema se desliga de la naturaleza del riesgo que se va a asegurar : es igual para todos.

Las Entidades Promotoras de Salud

La nueva reforma parte en dos el esquema monopolístico con que se venía manejando por parte del Subsector Público la seguridad social (ISS y Cajas de Previsión). Al igual que los modelos de Japón, Canadá, Francia y Holanda la financiación para la atención en salud es financiada públicamente a través de los "impuestos a la nómina" con una red de médicos y hospitales privados.

Del monopolio del subsector público se pasó a un esquema de competencia compartida. Hoy en día el subsector privado cuenta con 25 EPS, el subsector público con 32 EPS y el sector solidario con 85 Empresas Solidarias de Salud; las cuales tienen como aspecto fundamental manejar la afiliación , facilitar la afiliación familiar, ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para el recaudo de aportes, garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud, cancelar las licencias de maternidad y las incapacidades por enfermedad general y ofrecer programas de promoción, prevención y fomento de la salud.

La afiliación de las EPS se desagregó en varios grupos poblacionales así:

1. Indigentes
2. Estratos 1 y 2 sin relación laboral
3. Independientes
4. Familiares de independientes
5. Trabajadores cotizantes
6. Beneficiarios de trabajadores cotizantes
7. Pensionados o jubilados
8. Usuarios de programas especiales de afiliación.

Plan obligatorio de salud

Este fue diseñado de forma tal que abarcara las enfermedades de mayor costo-efectividad de la población colombiana. El valor que reconoce per cápita anual fueron los siguientes:

1994 = U\$ 1,000

1995 = U\$ 1,200

1996 = U\$ 1,454

1997 = U\$ 1,742

Estos se reconocen en mesadas de acuerdo con la siguiente estructura poblacional:

0-1

1-4

5-14

15-44 Hombres

15-44 Mujeres

45-59

Mas de 60 años

En Departamentos con alta dispersión demográfica, altos índices de necesidades básicas insatisfechas y limitaciones de personal de salud, infraestructura y tecnología se reconoce un valor adicional del 33%.

Resultados:

El actual modelo en materia de afiliaciones ha contribuido a aumentar el porcentaje de cobertura así:

a- En 1993 = cobertura del 32.8%

b- En 1996 = Cobertura del 48.1%

Es decir, se registran en la actualidad 18'345,231 afiliados a la seguridad social de los cuales 5'835,386 son nuevos afiliados.

La libre competencia incorporó nuevos actores al sistema:

25 EPS privadas

85 ES de Salud

Inversiones:

Según los registros oficiales se ha invertido en el actual modelo por parte del subsector privado y mixto \$ 420 millones de dólares. No se tienen datos del subsector público.

Perspectivas

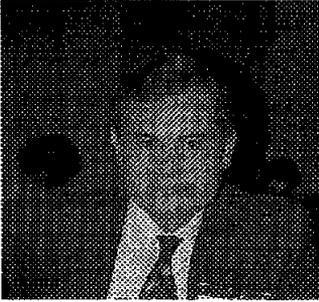
Sin duda el nuevo modelo implica grandes exigencias financieras a las Entidades Promotoras de Salud y a las Instituciones Prestadoras de Servicios tanto públicas como privadas que actúan en él.

Sin embargo, el modelo continua siendo marginal, es decir, la universalidad no se va alcanzar en el año 2001 tal como lo contempla la ley.

La gradualidad en el aumento de la cobertura debe facilitar el aumento de cobertura de forma más agresiva.

A pesar de que las entidades promotoras de salud son negocios de grandes números y bajo margen, las primeras cifras consolidadas por la superintendencia nacional de salud muestran que la recuperación de la inversión va a 4 o 5 años lo que requiere un gran respaldo económico por parte de los accionistas de estas empresas.

El aumento de la cobertura no se ha acompañado en un mejoramiento en la red de prestación de servicios, sin que la capacidad instalada esté dando la adecuada respuesta a los nuevos afiliados. Esta situación se hace más crítica a nivel territorial y pequeños municipios.



LAS REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD EN CANADA

Por: **Gerald Chipeur**

Es originario de Canadá y cuenta con estudios en Derecho. Ha participado activamente en las reformas de salud de su país y actualmente se desempeña como consultor.

El sistema de salud en Canadá se encuentra en un periodo de reforma. Podría usar como ejemplo de los cambios cualquier provincia de Canadá, pero ilustraré el caso con la reforma al sistema de salud de Alberta por que es el que conozco más de cerca al ser esta mi propia provincia.

“La Reforma” es la palabra guía; no hay sistema que no se encuentre en este proceso.

¿Por qué está ocurriendo esto si existe un sistema universal en todo Canadá? La explicación dada por el Premier de Alberta, señor Ralph Klein con respecto a las reformas del sistema de salud en Alberta identifica claramente lo que todos los gobiernos enfrentan. En octubre de 1995, cuando la reestructuración recién comenzaba, él dijo:

“Comenzaré por responder la pregunta más básica: ¿Había que hacer tal reestructuración? La respuesta es un sí absoluto. No exagero cuando digo que había sólo dos posibilidades, o cambiábamos el sistema, o lo perdíamos. Esto está sucediendo en todo el país donde los gobiernos provinciales se enfrentan a los mismos problemas y buscan el mismo tipo de respuestas. Sabíamos que las demandas incontroladas del sistema universal de salud ya se habían tomado demasiado costosas. También sabemos que para nosotros un sistema de salud como el de los Estados Unidos es inaceptable. Por lo tanto, llegamos a la conclusión que una reestructuración hecha en Alberta era inevitable.

El Premier de Alberta, Señor Ralph Klein agregó que el objetivo de la reestructuración del sistema de salud era mantener la calidad de la atención y el acceso garantizado a todos, al mismo tiempo que se ponía un control a los costos. Haya sido declarado o no este es el objetivo de la reestructuración de todos los sistemas de salud de Canadá: el control de los costos pero manteniendo la calidad y el acceso.

El sistema de salud de Canadá es un caso quizás único. El gobierno provincial es responsable de ofrecer tal servicio de acuerdo con la Constitución, pero dicho servicio se encuentra financiado por las provincias y el gobierno federal. El gobierno federal

financia los servicios de atención médica necesarios y de hospital que se incluyen en la cobertura del seguro (mediante la transferencia financiera a las provincias.) También financia los servicios de salud para los indígenas y el personal militar. Las provincias y territorios administran los servicios de hospital y de los médicos y también son responsables de la provisión de otros servicios tales como la atención en hogares, la atención durante períodos largos, la rehabilitación y los programas de medicamentos.

En Alberta, el gobierno provincial inició el proceso de reformas mediante la formación de mesas redondas para la discusión del tema y también estudió los informes preparados para otros gobiernos provinciales. El gobierno quería reunir información y opiniones sobre distintas maneras para crear un sistema más eficaz y asequible. Este proceso culminó con la publicación en diciembre de 1993 de un documento titulado "Puntos de Partida : Recomendaciones para la Creación de un Sistema de Salud más Eficaz y Asequible". El documento contenía veinticinco recomendaciones, dos tercios de las cuales estaban orientadas a la reestructuración del sistema en sí. La mayoría de las restantes recomendaciones estaban relacionadas con la responsabilidad del sistema y cómo financiarlo. Por razones de necesidad, tales recomendaciones fueron redactadas en términos generales y han tenido que ser revisadas y refinadas. No obstante, la base de la reestructuración fue la recomendación de un sistema regional. Proponía la división de la provincia en varias regiones, finalmente fueron 17, con un solo consejo local que administraría cada región y sería responsable de la atención médica dentro de dicha región. Antes de la reestructuración, la provincia tenía un conjunto no muy definido de consejos hospitalarios que administraban uno, o dos o tres hospitales, y además otros consejos que administraban los servicios de salud pública y los servicios de salud mental.

Al mismo tiempo que se reestructuraba el sistema de salud, el gobierno provincial emprendió un plan amplio para lograr el balance del presupuesto. La provincia logró reducir su deuda provincial al pasar el Acta para un Presupuesto y la Cancelación de la Deuda. Dicha acta requiere que el gobierno logre un balance del presupuesto y pague la deuda provincial con los superávit generados de los recortes al presupuesto. Todos los programas sufrieron recortes, pero los efectos de dichos recortes fueron más obvios en las tres áreas que dependen de la mayor parte del financiamiento del gobierno: la salud, la educación y los seguros de bienestar social. Los distritos escolares fueron consolidados y el número de consejos se redujo de 181 a 63 en toda la provincia. Los salarios de todos los empleados públicos fueron reducidos en un 5%. Los recortes se aplicaron no sólo a los servicios al público pero también al ámbito del gobierno. Los ministerios se redujeron en un tercio, los planes de jubilación para los miembros de la Legislatura existente fueron eliminados y los salarios de los miembros de la Legislatura y los ministros fueron recortados en un 5%.

En el ámbito de la salud, la provincia se dividió en 17 regiones y un consejo llamado Autoridad de Salud Regional fue designado para administrar cada región sobre la base de una remuneración per diem y no de salario. Todos los consejos hospitalarios existentes fueron disueltos y la administración de todos los servicios de salud pública pasó a cargo de las Nuevas Autoridades representadas por un Organismo de Salud competente (excluyendo a los médicos y otros profesionales). Cada Organismo de Salud recibió un presupuesto para proveer los servicios dentro de su región y tuvo que tomar decisiones con respecto a la reducción de camas en los hospitales y hasta el cierre de hospitales en algunos casos. La provincia ejerció presión al determinar como objetivo el número de camas que serían financiadas en cada región, aunque permitió que cada organismo regional llevara a cabo la reducción y cierres necesarios. En toda la provincia sólo dos hospitales grandes se han cerrado totalmente. Otros servicios se unieron o se eliminaron camas de tratamiento activo, las que se transformaron en camas para tratamiento a largo plazo. Se redujo drásticamente el número de laboratorios fuera de los hospitales. Los laboratorios eran operados por el sector privado y, antes de la reestructuración, casi cada edificio de consultorios médicos tenía su propio laboratorio. Actualmente la cantidad de laboratorios se encuentra muy reducida. Se han establecido límites sobre la cantidad de ciertos tipos de cirugía permitidos, el número de análisis de diagnóstico que se pueden realizar, el número de consultas con especialistas posibles, y el número de días que el paciente puede permanecer en el hospital por varias enfermedades. Algunos servicios que anteriormente eran provistos por el sistema financiado por el gobierno se concentran ahora de proveedores privados, lo que permite que la eficiencia y competencia del sector privado mantengan los costos bajos.

Los límites en los servicios han traído como resultado declaraciones de que las listas de espera son más largas para ciertos tipos de cirugía, así como también aseveraciones de gente que se moría ya sea a la espera de una cirugía programada, o porque la atención médica apropiada no estaba disponible. En tanto, se empieza a implementar un financiamiento basado en la población para los años 97-98. Para facilitar este proceso, la provincia ha encargado un estudio de aquellos servicios de salud complejos que deben proveerse en los hospitales grandes de las ciudades para toda la provincia (por ejemplo: trasplantes, diálisis, operaciones de corazón abierto y angioplastia). Este estudio encontró que la cantidad de estos servicios complejos se incrementa anualmente así mismo que las listas de espera. Aunque la provincia había podido mantener el tiempo de espera recomendado para procedimientos urgentes de internados en hospitales, el tiempo de espera actual para servicios urgentes externos es de 3 a 4 veces más largo del máximo recomendado. El tiempo de espera promedio para cirugías planificadas que no son urgentes es de 50 días más de lo recomendado, cifra que varía entre 180 y 233 días. La situación en nuestras provincias vecinas no es mejor, y posiblemente sea peor. En Saskatchewan, por ejemplo, los médicos están tomando citas para operaciones

de cataratas con un año de antelación.

Alberta no es la única provincia que ha emprendido la reestructuración del sistema de salud. La Asociación de Salud Canadiense, en su informe anual para el año 1995, dice que cada provincia y territorio enfrentaba un presupuesto reducido para los servicios de salud y varias formas de reestructuración y regionalización. Los presupuestos para la salud provisionales fueron recortados, a veces en forma dramática. Por ejemplo, en Ontario, el financiamiento para los hospitales se reducirá en un 18% en un período de 3 años y Nova Scotia tiene planeado una reducción del 10% durante un período de 4 años.

En 1996, debido a un incremento en las quejas por parte del público con respecto al acceso a la atención médica, y a un año fiscal favorable con un superávit mayor esperado, el gobierno de Alberta convino cancelar otros recortes al sistema y también volver a ofrecer más financiamiento. Sin embargo, el dinero fue reinvertido en el sistema de manera de dirigirlo a "iniciativas determinadas, tal como el mejoramiento de los recursos de las comunidades, la compra de equipos, la reducción de las listas de espera para cirugía, el empleo de más enfermeras y empleados al frente de la atención y el mejoramiento de programas para atraer a los médicos a las zonas rurales. Esto es exactamente lo contrario de uno de los objetivos establecidos para la regionalización y la toma de decisiones a nivel local. En vez, el gobierno provisional está decidiendo la asignación de dinero para la salud a programas específicos, basado en la política y presiones que sufre. Si esta tendencia continúa, podremos ver todo el proceso de reestructuración que se revierte. Los fondos serían asignados a diferentes partes para revivir programas que habían sido eliminados, y las autoridades locales recibirían dinero para ciertos programas, quitándoles la autonomía para tomar decisiones basadas en necesidades locales.

Existe en todo el país una significativa similitud de orientación. Los gobiernos están tratando de enfatizar la medicina preventiva, más que el financiamiento para tratar o curar al paciente. En el ámbito federal, el gobierno está utilizando estrategias para reducir el consumo de tabaco (y, obviamente, debe hacer frente a una resistencia fuerte por parte de la industria del tabaco). También requiere de estrategias para mejorar la salud de los indígenas, para identificar métodos para la atención paliativa debido al porcentaje en aumento de los jubilados en la población, como así también mejorar el nivel de nutrición de todos los canadienses. Las iniciativas en las provincias y territorios se encuentran enfocadas a:

- La distribución electrónica de los datos médicos.
- Alojamientos alternativos para personas mayores y aquellos que necesitan atención a largo plazo.
- Sistemas de intervención temprana para niños y jóvenes en situaciones de

riesgo.

Iniciativas dirigidas a riesgos de salud particulares tales como la diabetes, varias formas de cáncer, lesiones debidas a accidentes, consumo de agua riesgoso y otros riesgos relacionados al medio ambiente, el tabaco y muchos otros.

Es interesante ver que las iniciativas son muy similares en cada provincia y que cada provincia se ha concentrado en los mismos riesgos y está tratando de encontrar la manera de prevenir las enfermedades antes que se necesite tratarlas. Asimismo, cada provincia, de alguna manera, está prestando atención a los niños por un lado, y a las personas de edad por otro, ambos extremos del ciclo.

Parecería que cada provincia, en un período relativamente corto, ha llegado a la misma conclusión que Alberta: la reforma urge. Por lo tanto; cada provincia se embarcó en una reforma, compartiendo información en algunos casos, observando lo que otros hacían, pero en general las provincias se lanzaron a realizar cambios drásticos en la estructura y en el financiamiento, con una aparente poco planificación específica para el futuro. Un resultado de esto es que cada problema del sistema de salud ha sido atribuido a los reportes del presupuesto y a la reestructuración. Si un paciente tiene que esperar en una sala de emergencia por cuatro horas un sábado por la noche para poder ver a un doctor, ese paciente olvida o no sabe que antes de la reestructuración también habría esperado el mismo tiempo. Pero en Alberta, al menos, las listas de espera para operaciones quirúrgicas han crecido y los críticos señalan que no hay planes para incrementar el número de cirugías de corazón o angioplastias, a pesar del número de "baby boomers" que llegan a la edad en que se espera que tengan más problemas del corazón. El Director General del Organismo de Autoridad Regional de Salud de Calgary dice que para algunos tipos de cirugías habrá una demanda mayor del 10% por año debido a este hecho y declara que realizará mas operaciones de pacientes externos para mejorar la eficacia del sistema.

¿Qué otras cosas ocurrirán? En Alberta, el gobierno se encuentra desarrollando una estrategia de administración de información extensa para perfeccionar el uso de la tecnología para el intercambio de la información y la atención de un paciente. Se ha invitado la presentación de propuestas para contratos con una organización del sector privado para establecer una red informática que una todos los sistemas de salud de la provincia. Esto permitirá la concreción de programas para la conexión de los servicios rurales con clínicas de atención terciaria, de manera que los especialistas de los hospitales de atención terciaria puedan asistir a los médicos rurales en el diagnóstico y tratamiento de sus pacientes. Todas las farmacias estarán conectadas para poder controlar el abuso de la prescripción de medicamentos y las múltiples visitas a médicos diferentes.

Se intenta desarrollar un sistema responsable que identifique las responsabilidades de las distintas partes del sistema y mida los resultados del dinero invertido en la

salud...

La telemedicina es también una importante prioridad. Actualmente se están realizando varios proyectos piloto con la compañía Hughes Electronics. Se plantea tener más de 60 sitios en Alberta en un futuro cercano.

Una de las iniciativas de Alberta más controvertidas tiene que ver con la cuestión de la privacidad y el acceso a los registros de salud. En 1997 el Acta de —Privacidad y de Libertad de Información de la Provincia de Alberta entrará en vigor con respecto a los registros de salud. Todos los sectores del sistema de salud están tratando de determinar pautas para permitir a los pacientes así como también a los proveedores de servicios para la salud, de acceder a la información y las historias clínicas, protegiendo la privacidad del individuo al mismo tiempo. En cierto momento el gobierno consideró la posibilidad de una "tarjeta" que todo albertano llevaría consigo en su billetera. La tarjeta tendría la información de la salud del individuo codificado en ella, y los consultorios de los médicos y los hospitales usarían unos decodificadores que permitirían el acceso a alguna o toda la información en la tarjeta. La propuesta fue abandonada eventualmente por ser muy costosa y muy difícil de controlar. No obstante, si se utiliza una red informática que conecta a todos los servicios de salud de la provincia, un sistema similar de intercambio de información se torna inevitable.

El financiamiento siempre ha sido una cuestión controvertida, con respecto al monto y a su distribución... Junto con la división en regiones de la provincia de Alberta han surgido quejas de financiamientos que no son equitativos. Esto es especialmente notable entre las dos ciudades más grandes de la provincia. Se cerraron dos hospitales grandes en Calgary y un tercero tuvo que mudarse junto con otro hospital, mientras que en Edmonton no se cerró ninguno. Además, las dos ciudades más importantes reclaman un incremento en la porción que les corresponde de los fondos para la salud porque dicen que los residentes de zonas rurales requieren tratamiento especializado de los médicos de las ciudades y hospitales, mientras que no existe todavía un sistema para transferir fondos de una región a la otra.

En 1996 el gobierno de Alberta anunció que cambiaría el financiamiento basado en los hospitales a uno basado en la cantidad de población. Para poder lograr un sistema eficiente, dicho programa tendrá que incluir métodos de financiamiento de los servicios complejos mencionados anteriormente que sólo se proveen en los grandes hospitales. También tendrán que tratar el tema de la elección por parte del consumidor. No es raro que una persona que reside en una región use los servicios médicos y de hospitales de otra región, aún en caso de servicios comunes. No se debería forzar a los residentes de un lugar de estar confinados a los servicios de salud de su región donde las relaciones entre los pacientes y los médicos duran a través de los años y, sin embargo, el sistema debe reconocer la situación.

Otros cambios en el financiamiento están relacionados con la remuneración de los

médicos. Una posibilidad del sistema es aquella en que el paciente elige a un doctor y después permanece con tal doctor por un periodo de tiempo. Los médicos recibirán su remuneración de acuerdo con el número de pacientes que atienden, no por la cantidad de visitas, simplemente en base a números generales. Todavía no se sabe cómo funcionaría un financiamiento basado en la cantidad de población. No obstante, el gobierno recientemente ha anunciado seis proyectos piloto en este campo.

La reforma del sistema de salud en Alberta no está terminada. En realidad, se podría decir que se encuentra en su infancia. La Cámara de Comercio de Alberta lo reconoció en su presentación al gobierno de enero de 1997. La Cámara sugirió que en el proceso de la reforma, el gobierno debe estar guiado por ciertos principios y valores, entre ellos :

- Responsabilidad por todo el costo por parte del sector privado y público
- Utilización de servicios del sector para complementar el sistema público
- La incorporación de capital privado dentro del sistema público para evitar el desarrollo de un sistema de salud básico fuera del modelo de pagador público único.
- Reducir los costos de capital y proveer fondos para emprender la innovación en tecnología y la provisión de atención médica
- Eliminar los incentivos que crean una mala asignación de recursos
- Preservar el modelo del único pagador público
- No racionar en absoluto la provisión de servicios de la salud
- Las listas de espera no serán consideradas una técnica aceptable de administración
- Facilitar la contratación directa de proveedores y una provisión integrada de los servicios de salud
- Incorporar clínicas privadas como parte del sistema público en la medida que puedan ofrecer eficiencia y calidad
- Mantener la posibilidad de elección por el paciente sobre la base de la calidad del servicio, no de la capacidad de pago del paciente
- Implementar una red de información y una red de telemedicina.

En su presentación al gobierno, la Cámara de comercio propuso las siguientes

recomendaciones para que estos principios puedan ponerse en práctica :

- Juntar todo el dinero para la salud, el capital como también el dinero en operación dentro de una suma para ser distribuida per capita, dejando que el departamento de obras públicas se encargue de la construcción y de los estándares de seguridad.
- Promover la atención descentralizada donde no existan economías de escala.
- Implementar un acta de atención de la salud que garantice la calidad de la atención dentro de un período de tiempo apropiado.
- Mantener el seguro público de salud para todos los albertanos sin importar dónde recibirán la atención médica.
- Promover el crecimiento del sector privado.
- Implementar el financiamiento basado en la cantidad de población, con una transferencia de fondos cuando sea necesario para reducir las listas de espera y para acceder a procedimientos complejos.

Finalmente, quisiera terminar con un resumen de reformas o cambios que pienso serán buenos dentro de los próximos 12 a 24 meses.

1. Las autoridades de salud regionales o de distrito deben limitarse a la regulación y asignación de recursos, no deben encargarse del funcionamiento. El funcionamiento del sistema debe estar en manos de los que proveen los servicios de salud para evitar la continua politización del sistema.
2. El sistema no debe restringir la elección del paciente de obtener servicios de alta calidad de proveedores privados. Esto no debilita al sistema público, sino que responde mejor a las necesidades de la población al reducir las listas de espera en el sector público para aquellos servicios que pueden ser obtenidos del sector privado. Si no permitimos que esto continúe, los pacientes buscarán los servicios fuera de la provincia o del país y llevarán su dinero con ellos.
3. Un financiamiento básico asignado sobre la base de regiones debe incluir los fondos para todos los servicios básicos para todos los residentes de cada región. El financiamiento para la atención primaria y terciaria deben acompañar al paciente.
4. En los casos en que los residentes busquen servicios fuera de la provincia, su autoridad regional debe pagar por tal servicio. Esto daría a las regiones un incentivo financiero de proveer los servicios localmente cuando las cantidades lo permitan.

5. Las provincias deben insistir en que el gobierno federal acepte que las provincias sean responsables del sistema de salud para evitar los gastos de duplicación de medidas de desarrollo y para poder solucionar los problemas que puedan haber surgido en el pasado.
6. Las provincias deben establecer una red de información de salud que pertenezca y sea controlada por el proveedor, y que haga responsable tanto al sector público como al privado de la administración y acceso de la información sin arriesgar la confidencialidad del paciente.
7. Los miembros del consejo del organismo regional de salud deben ser designados, no elegidos. En Alberta se tiene planeado cambiar a 2/3 de miembros elegidos en las próximas elecciones municipales, al mismo tiempo que el gobierno les ha quitado a las autoridades de salud la posibilidad de requerir fondos localmente. Esto significa una representación sin tener la capacidad de poder controlar los ingresos generados. La autoridad de salud debe ser designada por el mismo grupo que provee el financiamiento, de manera que los Miembros de la Asamblea Legislativa sean responsables ante todos los residentes de Alberta por la cantidad de las personas designadas a ser autoridades de salud como también por la asignación de los fondos para la atención médica.
8. Los médicos deben mantener su status profesional y no continuar en la búsqueda de pautas de empleo. Por ejemplo, los médicos en Ontario ahora quieren tener jubilaciones. Si los médicos quieren trabajar como empleados, podrán perder el control de su práctica y convertirse en sólo meros empleados del gobierno dentro del sistema de salud.

Como conclusión, Canadá y cada una de sus provincias y territorios se encuentran envueltos en grandes cambios sin precedente en su sistema de provisión de atención de la salud. Los cambios han atemorizado a algunos y entusiasmado a otros. Se ha creado el potencial para que el sector privado tenga un papel más extenso, con la eficiencia concomitante de un sistema basado en la competencia. Tales cambios han creado oportunidades para el mejoramiento de la provisión de servicios y la responsabilidad de tal provisión, pero también hay fallas en el sistema que pueden ser perjudiciales para los pacientes. Cualesquiera sea un parecer con respecto a la reforma del sistema de salud, éste es sin duda uno de los campos más emocionantes en el que se puede trabajar al acercarse el año 2000.



PROGRAMAS INNOVADORES PARA MEJORAR LA EFICIENCIA Y LA CALIDAD DE LA ATENCION

Por: **Mario Madrazo Navarro**

Es egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México con posgrado en Cirugía General, mismo que cursó en el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ha ocupado distintos cargos dentro de la Secretaría de la Contraloría General de la Federación, de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes y del Instituto Mexicano del Seguro Social. Es actualmente Director de Prestaciones Médicas del IMSS.

El interés por la calidad de la atención en los sistemas de salud no es reciente, de hecho, ha sido una preocupación prioritaria de la administración en todas las épocas. Sólo que los cambios inéditos que de una manera acelerada se han sucedido en el ámbito de la salud en tiempos recientes, han llevado a un replanteamiento del concepto y principios de la calidad, especialmente por lo que se refiere a su relación con otros factores inherentes al proceso de la atención.

Quizá uno de los hechos más significativos en esta materia, ha sido el efecto cada vez más determinante, de los factores económicos relacionados con la salud. La economía ha ido conquistando espacios, ejerciendo el mando y la dirección y orientando con frecuencia creciente las decisiones relativas a la prestación de los servicios.

La incorporación de la salud al mercado de los bienes y los servicios, como parte precisamente de la actual tendencia totalizadora de la economía, en alguna forma ha relegado a la calidad a una posición marginal, en favor del afán eficientista.

Por tanto, cuando se habla de calidad y de eficiencia, más que temas de una ponencia, deben ser motivo de un ejercicio de reflexión.

La salud es un concepto dinámico que va más allá de una simple definición biológica. Es un concepto que incorpora la acción determinante o condicionante de muy diversos factores, cuyo objetivo final es el disfrute del bienestar y el ejercicio pleno y equilibrado de las facultades y capacidades del hombre, así como de su contribución productiva al progreso social. El substrato de la salud es el individuo humano como un ser social.

De ahí la estrecha relación de la salud con todas las manifestaciones relativas a la condición humana, pero también las enormes diferencias. Afinidades y diferencias que no pueden soslayarse cuando se trata de mejorar la atención a la salud y en esa tarea, se involucran necesariamente, a otras áreas del conocimiento o de la actividad humana.

La salud como concepto dinámico, evoluciona y sufre transformaciones. «La situación de la salud -dice acertadamente Julio Frenk- es hoy más compleja que nunca». Esta complejidad, como es bien sabido, es el resultado de cambios substanciales en los campos social, epidemiológico, demográfico y tecnológico, y también resultado de transformaciones de índole global, particularmente en el terreno de la economía. De ahí que la atención a la salud deba ser congruente con estas nuevas situaciones y, expresarse, necesariamente, como una respuesta satisfactoria a las nuevas demandas que de ellas se derivan.

Para nadie escapa el hecho incontrovertible de que la calidad de la atención, depende en gran medida de factores económicos. En el Cuarto Informe del Comité de Expertos en Administración Sanitaria de la Organización Mundial de la Salud, en 1961, ya se destacaban como uno de los principales problemas de la administración de la salud, el financiamiento y el costo de los servicios. Sin embargo, es a partir de la década de los ochenta y como consecuencia de las dificultades económicas que experimentaron diversos países, cuando los aspectos financieros de la atención a la salud, se convierten en una verdadera preocupación de planificadores y directivos en los sistemas de salud.

Este ha sido un hecho particularmente notable en los países de América Latina donde las sucesivas crisis económicas de las últimas décadas han obligado al establecimiento de políticas de ajuste con reducción absoluta o relativa, del gasto social y en particular del gasto en salud. Las limitaciones económicas y la elevación del costo de la atención, debido al incremento real de los precios de los insumos y servicios, han llevado a los sistemas de salud, a considerar el fortalecimiento de la eficiencia como una estrategia indispensable.

Existe una relación recíproca muy estrecha entre calidad y eficiencia, que diversos autores han analizado extensamente. "El punto medular en este análisis como ha señalado justamente Ruelas Barajas, no son las relaciones existentes entre ambos conceptos, sino las estrategias para mejorar una y otra". En efecto, es en este punto donde puede surgir una cierta confrontación entre los programas dirigidos al mejoramiento de la calidad y aquellos que tienen por objeto fomentar la eficiencia, sobre todo si se aplican medidas restrictivas en favor de ésta última y en detrimento de la primera.

Cuando se tiene solamente una concepción economista y se pierde de vista el verdadero objetivo de la atención a la salud, que es el individuo humano, la calidad

se deteriora irremediamente. Por el contrario, cuando lo prioritario es el individuo, la calidad en la atención a la salud es lo más importante a considerar, y la eficiencia viene a ser sólo una de las estrategias, aunque tal vez una de las más importantes, para alcanzar este objetivo.

Cuando se habla de la calidad y la eficiencia no se deben olvidar las características distintivas de cada uno de estos conceptos en sí mismos. La calidad es un concepto más bien abstracto, en tanto que la eficiencia es un concepto esencialmente concreto. Lo que se entiende por calidad varía dependiendo de quien la perciba, llámese usuario, prestador de servicios o directivo; varía también en razón de las circunstancias de tiempo y de geografía y hasta de factores culturales. La eficiencia por el contrario, tiene expresiones muy concretas y mensurable en cuanto al aprovechamiento de los recursos y la relación costo-producción. En principio es más sencillo establecer programas de mejoría de la eficiencia, que de mejoría de la calidad, y puede ser incluso más atractivo desde el punto de vista político. De ahí el riesgo de privilegiar la eficiencia sobre la calidad por razones completamente ajenas al objetivo real de la atención a la salud.

Cuando se trata de mejorar la calidad y la eficiencia, el gran reto consiste en equilibrar las estrategias de modo de dar a cada uno de estos conceptos su verdadero valor. Lo cual implica reconocer que si bien la salud mantiene una estrecha relación recíproca con la economía, no puede sujetarse de una manera radical y estricta a las leyes del mercado. Esto independientemente de la conveniencia de incorporar al proceso de la atención, muchos de los principios y estrategias de la teoría económica.

El equilibrio entre calidad y eficiencia se alcanzará en la medida en que se mantenga al individuo como el objeto final de todas las acciones y cuando en la aplicación de los criterios de costo-beneficio, propios de la eficiencia, se considere al beneficio no en función del ahorro económico, sino en relación al impacto positivo en la salud individual y colectiva.

Es dentro de este marco conceptual, que el Instituto Mexicano del Seguro Social inscribe sus programas en el área de la salud. Eficiencia operativa y mejoría en la calidad de los servicios es precisamente uno de los lineamientos estratégicos que se ha marcado la institución para dar respuesta a las nuevas necesidades y demandas que se derivan de los cambios ocurridos en el seno y el entorno de la seguridad social.

Estos programas se inscriben también dentro del marco normativo de la política social del Estado mexicano y de las leyes que nos rigen, en virtud de que todo programa de mejora en la calidad y la eficiencia debe ser congruente con los grandes objetivos nacionales, y con las decisiones de la administración pública; y debe promover la necesaria cooperación y coordinación entre sectores e instituciones.

En cuanto a los programas específicos, la Institución considera que los que tienen una relación costo-beneficio más positiva, por su mayor impacto en la salud individual y colectiva, son los relacionados con la atención primaria a la salud. De ahí que establezca como una estrategia prioritaria el fortalecimiento de los programas de educación y fomento a la salud, medicina preventiva y participación comunitaria. Ello incluye el desarrollo de acciones creativas en razón del nuevo perfil epidemiológico y demográfico que muestra la situación de salud de nuestra población derechohabiente.

Considerando el problema relativo a la morbilidad y mortalidad materna y al nuevo papel que representa la mujer en la estructura social, es interés especial de nuestra Institución promover la salud materna y específicamente la salud del binomio madre-hijo, como una estrategia básica de calidad. Destacan en este sentido el programa del Hospital «Amigo del Niño y la Madre», para el rescate de la lactancia materna, el Programa de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal, para enfrentar la morbimortalidad perinatal y el Programa Coordinado de Atención al Adolescente que fomenta el desarrollo de aptitudes, capacidades y habilidades de este grupo poblacional por medio de la orientación, la información y la atención a los problemas de salud.

Tomando en cuenta que el factor de mayor importancia en el desarrollo económico de nuestro país, lo forman sus trabajadores, el Instituto lleva a cabo programas específicos encaminados a modificar favorablemente el perfil de los riesgos de trabajo, así como la incapacidad temporal o permanente y la invalidez por estos motivos. Ello se traduce en una disminución en la demanda de prestaciones médicas y económicas, con el consecuente impacto positivo en la salud de los trabajadores y el equilibrio financiero de la Institución y en una contribución efectiva a la productividad de las empresas.

La atención a los daños a la salud en el Instituto, experimenta cambios sustanciales con miras al mejoramiento de la calidad y la eficiencia. Estos cambios contemplan el objetivo general de brindar atención integral continua, con base en la familia y el establecimiento de prioridades de acuerdo con factores de riesgo y vulnerabilidad, considerando como objetivos intermedios el mejoramiento en la oportunidad y accesibilidad de los servicios, la capacidad técnico-médica y la contención razonable de los costos. Destacan con este propósito los siguientes programas específicos:

El Programa de Unidad Médica en Mejora Continua, que incorpora un movimiento progresivo de transformación de la cultura organizacional con objeto de satisfacer las expectativas y necesidades de usuarios y prestadores de servicios; el Programa de Productividad Hospitalaria que promueve el aprovechamiento racional de los recursos de hospital con objeto de otorgar atención oportuna y a costos razonables; el Programa de Racionalidad y Fortalecimiento del Sistema de Referencia y

Contrareferencia dirigido a mejorar la aplicación de criterios clínicos, paraclínicos y administrativos para el envío de pacientes entre diferentes niveles de operación, con objeto de favorecer el uso adecuado de los recursos y prestar una mejor atención; el Programa de Prescripción Razonada que se dirige a lograr que el usuario reciba los medicamentos y otros insumos terapéuticos necesarios con oportunidad y suficiencia; el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor encaminado al mejoramiento de la calidad de vida de este grupo etéreo a través del fomento y la educación para la salud, la medicina preventiva y las acciones para resolver problemas específicos de salud; y el proyecto de un Nuevo Modelo de Medicina de Familia con base en el incremento de la capacidad resolutoria del médico familiar, la libre elección del médico por el asegurado y la atención integral y continua.

Conjuntamente con los programas anteriores, la Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto desarrolla proyectos especiales para la modernización de los servicios y para la solución de problemas operativos relevantes que afectan la atención de los derechohabientes o la estabilidad financiera de la Institución.

Destacan entre ellos el Programa de Modificación a los Esquemas Dialíticos para el Manejo de los Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Etapa Avanzada que permite incorporar sistemas que mejoran substancialmente la atención de los pacientes con este grave problema y evitan a la Institución importantes gastos de inversión en equipo, mantenimiento y capacitación de personal; el Programa de Cirugía Laparoscópica que reduce días de hospitalización con el consiguiente ahorro económico y significa para el paciente recuperación más rápida y menores complicaciones; y el Programa de Modernización de Laboratorios que incorpora tecnología de punta de gran capacidad para el procesamiento de estudios, concentra laboratorios de baja productividad a los de mayor capacidad y redefine la estructura y funciones de estos servicios con lo que se pretende mejorar su productividad y calidad a menores costos.

No se debe omitir en esta relación de programas encaminados a mejorar la calidad y la eficiencia, los programas institucionales que forman parte de la modernización administrativa. Entre ellos, la reestructuración organizativa y la consecuente desconcentración de facultades y responsabilidades que permite la toma de decisiones en el nivel operativo, con la consiguiente mejoría en la oportunidad, accesibilidad y calidad de los servicios.

Estos son a grandes rasgos, ejemplos ilustrativos de la forma en que nuestra Institución expresa su interés por la calidad y la eficiencia. No son descubrimientos ni inventos recientes, son imaginativos y prácticos para enfrentar nuevas situaciones y necesidades, y continuar de esta manera, la línea ascendente de calidad y eficiencia que siempre ha mantenido la Institución a lo largo de su recorrido histórico.

"El secreto de la calidad, decía Donabedian, está en el corazón y el alma de los

hombres". Efectivamente ningún programa de los aquí citados, ni ningún otro tendrá éxito, si en su diseño y desarrollo no se toman en cuenta la opinión y el compromiso de aquellos que realmente conocen, sienten y ejercen la calidad y la eficiencia: los hombres y mujeres, trabajadores de la salud.



MECANISMOS PARA AMPLIACION DE COBERTURA SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA

Por: José Valdés Durón

Se graduó como médico cirujano en la Universidad Nacional Autónoma de México y cursó la Maestría en Administración de Servicios Médicos. Ha ocupado distintos cargos dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social y actualmente se desempeña como Jefe de la División de Estudios en Salud del Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social, A.C.

Introducción

El tema se refiere, en lo general, a los mecanismos que el Instituto Mexicano del Seguro Social ha utilizado para incrementar su cobertura y, en lo particular, a una figura jurídica que se crea en la nueva ley, para facilitar la incorporación voluntaria de la población no asalariada.

El IMSS ha evolucionado de manera notable en la eficacia de sus servicios de salud, no obstante las dificultades económicas que ha tenido que enfrentar a través de su historia

Testimonio de esa eficacia es el abatimiento de algunos de los indicadores de morbilidad y de mortalidad que en relación con los del país tienen un comportamiento más favorable en la población amparada.

Recientemente el IMSS ha sufrido las consecuencias de la profunda crisis social, política y económica que ha vivido nuestro país y que ha generado importantes reformas del Estado, que en alguna forma traen aparejados cambios en el rol de las instituciones públicas.

Sin embargo, crisis y cambio son ingredientes de oportunidades y circunstancias, mismas que el Instituto aprovechó para reformarse y con ello asegurar su permanencia, a fin de seguir siendo el baluarte y el medio más eficaz de la seguridad social mexicana e incuestionable patrimonio de todos los mexicanos.

Reafirmar esta verdad hoy en día es una necesidad, como también lo es el discutir y clarificar lo puntos mas relevantes de la actual reforma, para entendemos mejor y sobre todo para tener la capacidad y voluntad de comprender y compartir éticamente, los principios y criterios que sustentan la multicitada reforma institucioñal.

Antecedentes

A fin de poner en contexto los mecanismos y acciones que el Instituto ha puesto en práctica para incrementar la población que ampara, permítanme hacer un breve recuerdo histórico de su evolución.

Los estudiosos en la materia coinciden en que en la etapa pre-revolucionaria, no se encuentran indicios que esbocen alguna forma de seguridad social, y es precisamente en los albores del movimiento revolucionario donde empiezan a surgir elementos, que plasmados en las diversas legislaciones laborales de las entidades federativas, sirvieron como antecedente a la Asamblea Constituyente de 1917, para la elaboración de la fracción 29 del artículo 123 de nuestra carta magna, convirtiéndose así en la primera estructura jurídica de la seguridad social en México, que consagró constitucionalmente sus principios.

Es a partir de 1917, que se desencadena una serie de esfuerzos para configurar el seguro social mexicano. Sin embargo, no fue sino hasta enero de 1943 en que el IMSS surge a la vida nacional e institucional, teniendo como sustento jurídico la publicación de su ley original en el diario oficial.

Con el fin de afirmar la organización e infraestructura para el otorgamiento de servicios, se determinó que éstos se iniciaran en el D.F., a principios de 1944 y efectivamente, el 6 de enero de ese año, se proporcionaron las primeras prestaciones médicas a los derechohabientes.

Es curioso observar que también en esa época hubo una oposición aparentemente generalizada a la implantación del seguro social, fomentada por intereses minoritarios que supuestamente se sentían afectados. Sin embargo, la posterior trayectoria exitosa de la institución disipó toda duda y le dió la razón a los visionarios que con plena convicción de su utilidad y de su destino crearon al Instituto Mexicano del Seguro Social

Una visión retrospectiva entre el período de 1943, en que nace el IMSS con personalidad jurídica propia, al de 1997 en que entrará en vigor la nueva ley del Instituto, permite apreciar una dinámica de extensión que se orienta a lograr una cada vez mayor cobertura de población.

Si bien el incremento de los derechohabientes que ampara la Institución, es prácticamente permanente debido al crecimiento natural de la población ya protegida, se pueden identificar algunos hechos que han generado un crecimiento acelerado, gracias a que el Instituto ha instrumentado y aplicado mecanismos que le han permitido expandir su cobertura.

Así, en el período comprendido entre 1943 a 1970, los beneficios del IMSS se extienden a todas las entidades federativas. En ese mismo lapso, la ley original se

modificó en varias ocasiones a fin de avanzar hacia una mayor cobertura tanto de acciones y beneficios, como de población. En las citadas reformas se identifica claramente un doble propósito, primeramente el de mejorar la protección a los asegurados ya incorporados y segundo, el de extender los beneficios del Instituto a grupos no sujetos a relación de trabajo.

En cuanto a la mejor protección de los asegurados y sus familias, a los beneficios que ya estaban recibiendo, se adicionó el servicio de guarderías para los hijos de las aseguradas y una gama de prestaciones sociales tendientes a contribuir a lograr mejores niveles de bienestar para la familia, a través de acciones de educación para la salud y para el mejoramiento familiar, así como la formación de buenos hábitos y la adquisición de conocimientos que permitieran a las familias de los asegurados evitar riesgos y mantener e incrementar sus niveles de salud.

Por lo que se refiere a la extensión de las prestaciones del IMSS a grupos no sujetos a relación de trabajo, en esa etapa se publicaron los decretos para la incorporación de los trabajadores domésticos, profesionales independientes, comerciantes, artesanos etc. Cabe destacar que es en éste período cuando a través de esquemas modificados, se fueron incorporando paulatinamente a grupos de ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios agrícolas, con lo que se dió un fuerte impulso a la seguridad social en el campo.

Asimismo, en este período se incorporó uno de los grupos más importantes de trabajadores del campo, los cañeros, y también se publicaron los decretos para la incorporación de los mineros, los eventuales del campo y los eventuales de la construcción. Puede decirse que el crecimiento de la Institución en el multicitado lapso (1943-1970), fue horizontal, es decir a través de la extensión territorial, incrementándose la población cubierta de 355 mil derechohabientes en 1944 a nueve millones 916 mil derechohabientes al 31 de diciembre de 1970.

En la segunda mitad de la vida institucional, lapso 1971-1997, se continuó la marcha de la seguridad social al campo y se intensificó la incorporación de individuos no sujetos a relación laboral se creó y se puso en operación la infraestructura médica para proporcionar servicios a los henequeneros de Yucatán, a los ejidatarios de La Laguna y del Plan Chontalpa, así como a los tejedores de palma de la región mixteca. Se incorporó a la mayoría de los núcleos mineros y a una buena parte de los mismos se les proporcionaron los servicios mediante el esquema de reversión de cuotas.

Es precisamente en esta segunda mitad de la vida institucional, en que se dibujan con más claridad los signos que enmarcan la transición del seguro social hacia la seguridad social. Uno de ellos fue la incorporación de los estudiantes de nivel medio superior y el otro, de igual trascendencia, fue la reforma de la ley en el año de 1973, por la cual, al tiempo que se extienden los beneficios de la seguridad social a otros grupos no protegidos hasta esa fecha, se incluyen los servicios de solidaridad social,

dirigidos a núcleos de población, que debido al estadio de desarrollo del país constituyen polos de profunda marginación.

Es importante señalar que esa misma ley de 1973, facultó al IMSS para planear, reglamentar y operar los servicios que se proporcionarían a los solidariohabientes.

Es indudable que la apertura la ley hacia al población que menos tiene y más necesita, trasciende a la formas tradicionales de los seguros, ya que al proteger a grupos sin capacidad económica contributiva , se significa como uno de los avances más notables en el tránsito de los simples organismos de previsión hacia una verdadera y plena seguridad social.

En este período se incorporaron 27 millones 412 mil derechohabientes, que sumados a los 9 millones 916 mil de 1970 ascienden a 37 millones 328 mil, que en adición a los 11 millones de solidariohabientes, hacen que cerca de 50 millones de mexicanos sean actualmente atendidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

A grandes rasgos, esta ha sido la evolución del IMSS; veamos ahora los esquemas a través de los cuales se puede incorporar la población, y cuales son los mecanismos que utiliza la institución para incrementar la cobertura.

ESQUEMAS DE INCORPORACIÓN

Para la incorporación de la población existen conforme a la ley, dos regímenes: el obligatorio y el voluntario. Permítanme describir brevemente cada uno de ellos.

Régimen obligatorio

Este régimen es la vía natural para la incorporación de la población asalariada o para la agrupada en organizaciones con capacidad contributiva, e históricamente ha representado para el Instituto, el instrumento básico para el incremento de cobertura.

Los ramos de seguro que comprende el régimen obligatorio en la Nueva Ley son:

- Riesgos de trabajo
- Enfermedades y maternidad.
- Invalidez y vida.
- Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez
- Guarderías y prestaciones sociales

Régimen voluntario

Es una figura legal que fue creada para aplicarse a las personas que no tienen una relación formal de trabajo.

Para asegurarse en este régimen, es necesario que exista el acuerdo de voluntades para celebrar los contratos en las modalidades y condiciones que se establecen en la nueva ley (artículos 240 al 250) y que para tal efecto son el seguro de salud para la familia y los denominados seguros adicionales.

El seguro de salud para la familia que más adelante se describirá con mayor detalle, está previsto como un verdadero contrato de seguro que se formaliza por adhesión, ya que es el IMSS quien señala las condiciones y cuotas de aseguramiento y el particular solo puede aceptarlo en esos términos ó bien rechazarlo si no es de su conveniencia.

Por el contrario, los seguros adicionales, son de aplicación práctica frecuente y se contratan para satisfacer prestaciones económicas que rebasen a las establecidas en el régimen obligatorio. En estos casos y mediante el contrato respectivo, el IMSS asume la obligación de las prestaciones adicionales a cambio de la cuota ó prima especial que para tal efecto se determine.

MECANISMOS PARA LA AMPLIACION DE COBERTURA

En su afán permanente por extender los beneficios de la seguridad social a un mayor número de mexicanos, el IMSS ha buscado nuevas fórmulas para que no sea sólo el simple crecimiento demográfico el que determine el incremento de la población amparada. Entre los principales mecanismos e instrumentos que contempla la nueva ley para incrementar la cobertura de población, se pueden mencionar los siguientes:

- Extensión territorial.
- Continuación voluntaria en el régimen obligatorio
- Incorporación voluntaria al régimen obligatorio
- Seguro de salud para la familia.

Extensión territorial.

Se sustenta en la facultad que tiene el Instituto para extender el régimen y para iniciar servicios en los municipios en que aún no opera la seguridad social. Esta extensión se realizará tomando en cuenta las condiciones socioeconómicas de las diferentes regiones.

Continuación voluntaria en el régimen obligatorio.

Tiene como finalidad propiciar o facilitar que el asegurado que lo haya sido por 52 semanas ó más, al ser dado de baja, puede hacer uso del derecho que le concede la ley para continuar voluntariamente en algunos de los diferentes ramos que integran el régimen obligatorio.

Por tanto, es decisión plena y voluntaria del trabajador que ha sido dado de baja del régimen obligatorio, el recurrir a ésta figura jurídica, la cual es útil para aquellos exasegurados que hubiesen acumulado un buen número de cotizaciones puesto que le representa las siguientes ventajas:

- Derecho a las prestaciones en especie y en dinero inherentes al ramo de enfermedades y maternidad, ó en su caso al de invalidez y vida o al de cesantía en edad avanzada.
- Evitar que se pierdan los derechos en curso de adquisición, sobre todo en lo referente a las prestaciones diferidas.

Incorporación voluntaria a régimen obligatorio.

Esta figura jurídica esta prevista para la incorporación de grupos con determinadas características, entre las que resaltan el tener un cierto grado de organización y en el caso de los trabajadores no asalariados, el contar con capacidad para financiar sus cotizaciones.

En la nueva ley, se establecen las normas específicas para los sujetos potencialmente incorporables por este mecanismo, que como ya se mencionó son los trabajadores domésticos, los de industrias familiares, los patronos personas físicas, los ejidatarios comuneros, etc.,

Seguro de salud para la familia.

Como un paso más en el camino hacia la universalización de la cobertura, en esta nueva ley surge la creación de un seguro de salud para la familia, el cual tendrá como sustento legal el articulado correspondiente de la mencionada ley (240 al 245), y el reglamento respectivo que para tal efecto se expida.

Esta modalidad de aseguramiento sustituye y con ventajas de costo y cobertura al ya en vía de desaparición seguro facultativo, y es un claro testimonio de la solidaridad del IMSS con la población mexicana. Conforme al articulado que sustenta a este mecanismo de incorporación voluntaria, se puede decir que tiene las siguientes características:

- La inscripción sólo será procedente con base en la solicitud del interesado.
- La inscripción debe realizarse conforme a los requisitos que para tal efecto establezcan la ley y en su caso el reglamento correspondiente.
- Aceptada la incorporación serán aplicables las disposiciones del régimen obligatorio en el ramo de enfermedades y maternidad, con las salvedades y excepciones que fije la ley y demás disposiciones reglamentarias
- El aseguramiento sólo concluirá cuando desaparezca la situación jurídica que

le dió origen.

- Es muy posible que al igual que con el seguro facultativo, el IMSS fije tiempos de espera para que el asegurado y sus beneficiarios puedan disfrutar del total de las prestaciones, que para este seguro de salud para la familia, señalen la ley y sus reglamentos, a fin de evitar que se pretenda obtener la inscripción solo para recibir prestaciones inmediatas.

Podrán ser sujetos del seguro de salud para la familia los siguientes:

- Todos los que no estén comprendidos en el artículo 13 de la nueva ley, así como todos aquellos que no estén sujetos al régimen obligatorio en algún sistema de seguridad social.
- Los trabajadores mexicanos que se encuentren laborando en el extranjero en los términos que indica el artículo 243 de la nueva ley y los que se establezcan en el reglamento específico.

En el ramo de enfermedades y maternidad quedan amparados por este seguro:

- El asegurado (titular del contrato)
- El pensionado por incapacidad permanente parcial ó total, por invalidez, orfandad ó ascendencia.
- La esposa del asegurado o su concubina.
- La esposa del pensionado.
- Los hijos menores de 16 años del asegurado.
- Los hijos mayores de 16 años de los pensionados que se encuentren disfrutando de asignaciones familiares, así como los que lo sean de pensionados por incapacidad permanente.
- El padre y la madre del asegurado ó del pensionado, siempre y cuándo demuestren convivencia y dependencia económica.

Además de los sujetos mencionados, resalta como un elemento novedoso en la nueva ley (artículo 241), la introducción de un personaje que también podrá recibir las prestaciones que abarca este seguro y que es el familiar adicional, figura que no tiene precedente en las anteriores versiones de la ley y que representa un punto de congruencia, entre el propósito de ampliar la cobertura e incorporar a núcleos de población, que por otra vía, no tendrían posibilidad de acceso a la seguridad social.

Como ya se mencionó, tanto el asegurado como sus beneficiarios directos y adicionales recibirán las prestaciones comprendidas en el seguro de enfermedades

y maternidad en los términos que indique la reglamentación de este mecanismo de aseguramiento.

Por lo que se refiere a las aportaciones económicas de quien pretenda adquirir un seguro de salud para su familia, pagará una cuota mensual de 135 pesos, a precios de enero de 1997. Económicamente este esquema es muy atractivo, puesto que si una familia típica compuesta por cuatro miembros (dos adultos y dos menores), tratara de recibir los beneficios del ramo de enfermedades y maternidad a través del seguro facultativo, tendrían que desembolsar cuatro veces más que si los disfrutaran vía el ahora seguro de salud para la familia.

Tal y como lo señala la nueva ley, este mecanismo de incorporación voluntaria, está abierto para todas las familias en México, lo que representa un avance para lograr el derecho a la salud de todos los mexicanos, consagrado en el artículo 4 de nuestra Constitución Política; asimismo, es una clara respuesta a uno de los lineamientos del Programa de Reforma del Sector Salud para ampliar la seguridad social, a través de la creación de esquemas financieros atractivos que faciliten y promuevan la afiliación de la población no asalariada, inserta en la economía informal.

Es importante hacer notar que la ley prohíbe al IMSS el proceder al aseguramiento voluntario si este pone en riesgo el equilibrio financiero de la Institución y sobre todo cuando por esta vía puedan comprometerse la eficacia de los servicios que se otorgan a los asegurados y beneficiarios adscritos al régimen obligatorio.

Algunas críticas, antitéticas por cierto, señalan que esta modalidad de aseguramiento puede ser un factor de presión de los servicios y de las finanzas institucionales y por otro lado, se le califica como un "seguro ilusorio"; la realidad es que es difícil predecir con precisión, cual será el comportamiento exacto de este mecanismo de incorporación voluntaria.

Lo que si podemos afirmar, es que tiene más ventajas económicas y en cobertura que el actual Seguro Facultativo, ya que trasciende lo individual y como ya se dijo, a una familia típica de 4 miembros, le cuesta la cuarta parte de lo que erogaría por un seguro facultativo individual para igual número de familiares.

Por otra parte, la incorporación de derechohabientes por esta vía, permitirá utilizar óptimamente la infraestructura institucional ociosa, lo que seguramente hará que la relación ingresos costos marginales sea favorable para la institución.

Consideraciones finales.

Por lo descrito anteriormente, es evidente que el crecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social siguió un patrón muy semejante al que caracteriza la progresión geográfica de la seguridad social en América Latina, que habitualmente transita por las siguientes etapas:

- Se inicia en las capitales.
- Se extiende progresivamente a las ciudades más importantes.
- Se extiende al agro.

Efectivamente, en cuanto a su inicio en México, recordemos que un su primer año de actividades, éstas sólo se circunscribieron al Distrito Federal.

Su extensión progresiva a las principales ciudades (Puebla, Orizaba, Monterrey, Guadalajara, etc.), estaba dispuesta en la misma ley original, que establecía la implantación gradual y paulatina, de acuerdo con las características de las circunscripciones, en las que se debía tomar en cuenta el desarrollo industrial, situación geográfica, densidad de la población asegurable y las posibilidades para el establecimiento de los servicios.

Es indudable que una de las prioridades que es común a cualquier sistema de seguridad social es la de extender sus beneficios a toda la población. Con base en lo anterior el IMSS fue ampliándose paulatinamente, primero abarcando día con día una mayor extensión territorial y posteriormente, incorporando nuevos núcleos de población incluyendo a los campesinos e indígenas.

Es la incorporación de estos últimos grupos lo que constituye la base primordial hacia la universalidad y es lo que le permitió al IMSS, extender su esquema de protección a la zonas y capas sociales mas marginadas y sin capacidad económica contributiva, pero como lo han demostrado plenamente con una gran capacidad participativa.

Es así como el Instituto, en su permanente búsqueda de mejores esquemas para servir mejor a la población, se ha reformado estructural y funcionalmente en varias ocasiones y hoy la vuelve hacer para refrendar su compromiso social y para hacer factible el acceso a los beneficios de la seguridad social a un mayor número de mexicanos.

Como factor de estabilidad política y social, la seguridad social tiene un valor excepcional que no puede traducirse en cifras, no se debe temer al espanto del costo, puede ser importante, pero sus beneficios reflejados en progreso, lo pagarán con creces.

Su consistente empeño por encontrar nuevas fórmulas que permitan servir mejor, traducen un claro esfuerzo institucional de búsqueda y no de dogma doctrinario, lo cual nos hace recordar a José Martí cuando decía **“hay que creer en los que buscan la verdad y dudar de los que dicen que la han encontrado. . .”**.



LA REFORMA AL SISTEMA DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA

Por: **Javier Domínguez del Olmo**

Es especialista en Medicina Familiar, profesor en el Departamento de Medicina Familiar de la UNAM, Coordinador Técnico del Colegio Mexicano de Medicina Familiar, Representante de México ante el Centro Internacional para la Medicina Familiar y actual Oficial de Programas del Fondo de Población a las Naciones Unidas.

Para responder a las necesidades sentidas de la población, deben generarse cambios fundamentales en los sistemas de atención a la salud, en los modelos de práctica médica vigente y en la orientación de la formación de los recursos en las escuelas de medicina. Bajo este contexto, desde el año de 1994 diversas organizaciones de médicos de familia a nivel mundial han venido discutiendo y reflexionando sobre su papel en las actuales transformaciones.

Una de las aportaciones más relevantes de los médicos de familia dentro de este contexto ha sido la conferencia conjunta OMS-WONCA, celebrada en Noviembre de 1994 en London, Ontario, Canadá, y en donde se elaboró un documento de trabajo titulado *"Hacer que la Práctica Médica y la Educación Médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: La contribución del Médico de Familia"*.

El propósito fundamental de dicho documento fue identificar la forma en que los países pudieran responder mejor a las necesidades de la gente, en términos de obtener el mayor beneficio posible de los recursos asignados al campo de la salud y tomando en cuenta la capacitación de los recursos humanos y su distribución geográfica.

Este documento señaló 21 recomendaciones específicas que implican grandes cambios en los sistemas de salud de los diferentes países y que abarcan aspectos de financiamiento y asignación de recursos, capacitación y formación de médicos, y modalidades de prestación de los servicios. Es decir, propone considerar la reforma de los sistemas de salud basada no sólo en aspectos administrativos, sino también en la necesidad de disponer de recursos humanos apropiados para el cambio en la práctica médica.

La provisión de servicios de salud debe estar guiada por las necesidades de la gente y no por su capacidad de pago o reembolso de los mismos. La referencia a la

atención médica o los cuidados médicos costo-efectivos o costo beneficiosos se encuadra en lo que es apropiado para cada persona individualmente, teniendo en cuenta su necesidad, su circunstancia, y la disponibilidad de recursos.

Por último, las recomendaciones señalan las líneas de investigación que se deberían priorizar como son la investigación en servicios de salud, en atención primaria y en la efectividad de las nuevas tecnologías.

Los participantes en dicho foro de acción estratégica, propusieron un Programa de Acción Preparatoria, y determinaron, entre otras tareas, convocar conferencias regionales para llevar adelante sus recomendaciones.

La región de las Américas, gracias a la iniciativa del Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF), y el apoyo de las otras organizaciones internacionales, entre ellas la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se ocupó de realizar la primera conferencia regional de seguimiento del documento OMS-WONCA, el mes de Septiembre de 1996 en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, titulada: *"Medicina Familiar en la Reforma de los Sistemas de Salud" Conferencia de expertos y líderes de salud de las Américas*.

Los países que tuvieron representación en esa reunión fueron: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Uruguay y Venezuela, de la región de las Américas; y España, Irlanda, Portugal y Suecia, del Continente Europeo.

Todos ellos representados por líderes de los sectores público, académico y de la sociedad civil, emitieron como resultado de las reflexiones de la conferencia, diversas recomendaciones contenidas en la *Declaración de Buenos Aires*, documento que a continuación se describe:

"La Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud". Buenos Aires, Argentina, 11 de Septiembre de 1996

Considerando que los países de las Américas deben responder satisfactoriamente a las necesidades integrales de salud de la población con una cobertura universal; que para ello se deben otorgar servicios médicos personales y de salud pública; y que éstos deben ser provistos por una fuerza de trabajo adecuadamente entrenada y geográficamente bien distribuida; el día de hoy 11 de septiembre de 1996, los expertos y líderes de salud, reunidos en la "Conferencia de Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud de las Américas", hacen las siguiente

Declaración de Buenos Aires

1. *La Conferencia reconoce que en la región de las Américas está en marcha una reforma de los sistemas de salud y considera que en ella, la voluntad política de los gobiernos debe ir aparejada a la acción ejecutiva, para asegurar*

una alta calidad en la atención que se brinda a los individuos y a las familias.

- 2. Por la importancia y trascendencia que tiene la reforma para alcanzar el grado máximo de salud de las personas, esta debe cumplir objetivos de universalidad, equidad, accesibilidad, eficiencia, calidad, solidaridad y participación social, con criterios de descentralización e intersectorialidad.*
- 3. La reforma de los sistemas de salud no puede basarse solamente en cambios estructurales, administrativos y financieros, sino que debe también considerar a los recursos humanos que mejor respondan a los propósitos de la misma.*
- 4. Por las características particulares de la práctica de la medicina familiar, los países deben utilizarla como estrategia básica para responder integralmente a los propósitos de la reforma de los sistemas de salud y en particular a las necesidades de la gente.*
- 5. En atención al importante papel que juegan los organismos de cooperación, técnicos, científicos y académicos, tanto nacionales como internacionales, estos deben continuar brindando apoyo al proceso de inserción de la medicina familiar en la reforma de los sistemas de salud.*
- 6. Con base en sus características particulares, cada país debe desarrollar modelos integrales de atención a la salud, que permitan utilizar de manera óptima los principios y las ventajas de la práctica de la medicina familiar, convirtiéndola en la vía de entrada a los servicios de salud.*
- 7. Para garantizar la continuidad en la operación de los modelos integrales de salud, los países deben diseñar y operar sistemas de financiamiento que garanticen un desarrollo económico sostenible, así como adecuados estándares de infraestructura en la atención médica primaria y en los modelos de medicina familiar.*
- 8. Los modelos integrales de atención a la salud, orientados a satisfacer las necesidades de la gente, deben incluir mecanismos integrales de evaluación de los servicios que permitan medir objetivamente el impacto y la calidad de las acciones.*
- 9. Dentro de los procesos de reforma, los sistemas de atención a la salud, deben establecer mecanismos de reconocimiento y remuneración, que permitan satisfacer las necesidades profesionales, académicas y económicas de los trabajadores vinculados a la medicina familiar.*
- 10. En los sistemas de educación médica de cada país, las instituciones formadoras de recursos humanos deben involucrarse en la definición del perfil y en la formación de los profesionales necesarios para la atención médica primaria, bajo el contexto de la reforma de los sistemas de salud.*

11. *Las escuelas y facultades de medicina deben implementar procesos de inserción de la medicina familiar dentro de los planes curriculares del pregrado, que permitan al alumno un contacto temprano, gradual y continuo con los principios universales y las modalidades de práctica de esta disciplina.*
12. *El entrenamiento de los especialistas en medicina familiar requiere indispensablemente de un programa de posgrado residencial de alta calidad, que responda a las necesidades de una fuerza de trabajo equilibrada con las otras especialidades.*
13. *Ante las necesidades inmediatas de algunos países por contar con una masa crítica de médicos de familia a corto plazo, se pueden diseñar y operar programas de reconversión con carácter transicional y temporal.*
14. *Los organismos técnicos, científicos y académicos deben involucrarse en la definición de los estándares mínimos de capacitación de los médicos de familia, que permitan dar respuesta a las necesidades de la gente y de las familias.*
15. *Los sistemas de salud de los países deben implantar estrategias que promuevan y faciliten la educación médica continua y continuada, para mantener niveles satisfactorios de calidad en el recurso humano que brinda la prestación de los servicios de atención médica primaria.*
16. *Para fortalecer los mecanismos de contribución de la medicina familiar a los procesos locales de reforma de los sistemas de salud, se deben instrumentar programas de cooperación técnica entre los diferentes países de la región.*

Estos enunciados resumen el sentir de los médicos de familia de la mayor parte de los países del continente americano y constituyen una importante contribución a los tomadores de decisión, que pretende ser insumo fundamental para los procesos de planeación e instrumentación de la transformación de los sistemas de salud.

Las propuestas se sustentan en la necesidad de reformar sistemas de salud que demandan costos crecientes y cuestionables niveles de calidad de la atención médica y de la satisfacción de las personas usuarias. Plantean el que la reforma debe basarse en un nuevo modelo de prestación médica centrada en las necesidades de las personas y en el que el rol del médico de familia, adecuadamente capacitado, tiene un papel importante.

Las recomendaciones luego señalan la convivencia del apuntalamiento del desarrollo de la Medicina Familiar como especialidad médica en los países en los que no ha alcanzado un grado de establecimiento ideal, a través de la creación de asociaciones científicas que promuevan su crecimiento. Proponen la inclusión de médicos de familia en las facultades de medicina, con el doble objetivo de primero, intentar un

cambio en el paradigma con que se enseña actualmente la medicina y segundo, mostrar modelos atractivos de médicos de familia a los estudiantes en general, incluso los que luego se capaciten en otras especialidades.

El cambio, se dice, está básicamente en la educación médica con un acercamiento a la epidemiología clínica y a la relación salud-enfermedad. Este acercamiento incluye la consideración de la prevalencia de las enfermedades y problemas de salud en la población general, y la influencia de los factores psicológicos y sociales, es decir, la circunstancia individual de cada paciente en un problema de salud determinado. Incluye también un énfasis especial en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, teniendo en cuenta la ubicación estratégica de un médico de familia accesible para cada necesidad de salud de las personas.

Además de la inclusión de la medicina familiar como disciplina en el pregrado, se recomienda también la formación específica de médicos en el posgrado para poder brindar una atención médica primaria de alta calidad. Luego, la educación médica continua permitirá mantener los estándares de calidad necesarios para el correcto funcionamiento de los médicos de familia en el sistema.



EL BIENESTAR SOCIAL

Por: Lilia Martha Archaga Q.

Es originaria de Argentina. Cursó la Carrera de Abogacía en la Universidad de Buenos Aires y cuenta con estudios de especialización en Seguridad Social. Ha ocupado diversos cargos tanto en el sector académico como en la Caja Nacional de Previsión para Trabajadores Autónomos. Actualmente se desempeña como Subsecretaría de Relaciones Internacionales del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

Hace relativamente poco tiempo tuvo lugar la Asamblea del Banco Interamericano de Desarrollo en el Palacio de Convenciones de Barcelona. Durante el transcurso del seminario "América Latina después de una década de reformas. ¿Cuáles son los próximos pasos?", se presentó una encuesta acerca de la opinión de los latinoamericanos sobre el efecto de los planes de ajuste. La principal conclusión a la que se arribó puede resumirse del siguiente modo: "A pesar de la estabilización y las reformas, hay pesimismo en la población pues no se identifica con ningún modelo económico". El 75% de los latinoamericanos considera que durante esta década aumentó la pobreza en la región y un porcentaje similar estima que la distribución de la riqueza es injusta.

Nos parece digno de destacar que en un Foro Internacional de tanta gravitación, se haya reparado en el estado de desánimo de la población. De algún modo se trató de justificar que el grado de descontento de la población frente a las políticas de ajuste no puede ser atribuido al proceso de reformas estructurales emprendido en la mayoría de los países del continente, sino, a la dinámica distributiva de recursos primarios en los últimos 25 años.

Un economista argentino, Eduardo S. Bustelo sostiene que "el problema no es el ajuste, sino qué ajuste y para quién". Bustelo explica, refiriéndose a los procesos de ajuste y política social en América Latina, que tales procesos hacen que la región experimente una suerte de cansancio viendo que los desequilibrios no sólo no se corrigen sino que, por el contrario, se aceleran. Luego de los ajustes necesarios para una política de crecimiento económico, paradójicamente, aparecen "nuevos pobres" congelándose además los mecanismos de movilidad social. Al "Estado de Bienestar", hoy puesto en tela de juicio, Bustelo le opone el "Estado de Malestar". Frente a la crisis del "Estado de Bienestar", con el consiguiente cuestionamiento de la presencia del Estado, se logra desarticular el aparato institucional y otorgar legitimidad social a las políticas de ajuste y de retracción del "Estado de la Economía".

El “Estado de Malestar” que describe, tiene dos dimensiones básicas, una psicosocial donde frente a la ausencia del Estado en los servicios sociales básicos, va construyéndose un discurso de un individualismo dogmático, resintiéndose el tejido social y las redes comunitarias de solidaridad. En los sectores más afectados, los de menores ingresos y en los “nuevos pobres” surge un estado de desesperanza y de descreimiento.

La otra dimensión es la institucional, a través del desarme de los servicios sociales públicos. En el Estado se concentran todas las culpas, es ineficiente, genera déficit y es mal administrador. Así el Estado, poco a poco va transfiriendo los problemas a través de la privatización de los servicios en pos de la eficiencia privada. El autor que comentamos, propone como elemento superador del “Estado de Malestar”, una “Economía Mixta de Bienestar” que supone la construcción de un andamiaje jurídico político con clara definición del sector público, del sector privado, y de los grupos sociales, a partir de un proceso de crecimiento económico sustentable y sobre la base de un acuerdo explícito de bienestar. Es decir, de distribución de los frutos del crecimiento económico y del progreso técnico. Una economía “mixta” de bienestar concebida como un espacio de macroregulación, donde articulaciones estatales-empresarias y de otros sectores sociales, se organicen sobre una lógica “posganancia”.

En septiembre de 1994, en una reunión técnica sobre demografía y seguridad social, realizada en Montevideo, tuvimos la oportunidad de plantear la inquietud acerca de la necesidad que tendrá la sociedad de “renegociar” el contrato social en vista de la falta de respuestas a las nuevas demandas de la sociedad actual, y ante la amenaza del surgimiento de nuevos fenómenos sociales, tales como el envejecimiento poblacional, la precarización del trabajo y el desempleo, que alterarán en las décadas venideras las formas de vida de la sociedad en su conjunto.

No nos sentimos precursores del tema, pero observamos - no sin cierta satisfacción- la recurrencia a esta idea, por parte de algunos pensadores que proponen, a modo de fortalecimiento del vínculo social, “un nuevo contrato social” frente a la inseguridad y el temor al futuro que experimentan las sociedades a raíz de la mundialización de la economía.

La solidaridad y las formas de redistribución que estaban presentes en el contrato social después de la posguerra, parecen haber claudicado frente a las exigencias de competitividad y flexibilización que impone la globalización.

Con relación al estado de descontento que muestra el pueblo francés, Jean Paul Fitoussi, profesor de economía política del Instituto de Estudios Políticos de París y Pierre Rosanvallon, sostienen que el nuevo “malestar” francés halla razón en la existencia de un desempleo masivo cuya persistencia alimenta la doble sensación de una pérdida de identidad y una incertidumbre creciente hacia el futuro. Con la

instalación de la “globalización”, “surgen relaciones inéditas entre economía, política y sociedad”, afirman. “Nos encontramos por eso ante un gran punto de inflexión de la modernidad”.

Es indudable, que el siglo XX ha sido el siglo de consolidación de la protección social y que esta construcción ha sido sacudida por la internacionalización de la economía y por la crisis del Estado Providencia. De allí, el surgimiento de desigualdades que hacen necesario redefinir los elementos del contrato social. “Entre sus cláusulas, en efecto, un contrato social debe definir los dominios en que la sociedad preteride promover la igualdad, lo que legitima al mismo tiempo las diferencias que consiente”.

En los hechos, se están dando nuevas formas contractuales, ejemplo de ello es la Unión Europea, que no es únicamente un contrato comercial según pensaron sus gestores, sino que deberá ir más allá. Del mismo modo podríamos referirnos al MERCOSUR o al NAFTA que a medida que avancen las gestiones, surgirán cuestiones sociales como la de los trabajadores migrantes, sobre las que habrá que acordar necesariamente para trazar las directrices del cambio.

El escenario que nos presenta este final de siglo no es, desde la óptica del bienestar social en la concepción tradicional, nada alentador. Aparentemente a las viejas desigualdades sociales se han agregado otras nuevas. La fragilidad de los lazos comunitarios y la tendencia a la atomización social constituyen hechos sociológicos que enfrentan al individuo a tener que luchar por si mismo. El hombre aparece en cierto modo, separado del conjunto de las relaciones sociales, y cada individuo tiende a vivir las reglas de un nuevo orden como un destino personal, que evidentemente le va creando una crisis de futuro.

El libro de J.Rifkin, de reciente aparición, “El fin del trabajo”, plantea desde su título, una visión apocalíptica. Sin embargo, en el desarrollo de su ensayo, señala la posibilidad de escapar a ese futuro tan sombrío que se vislumbra en el porvenir de las sociedades en la nueva era.

A partir del análisis del concepto del trabajo como fundamento de la estructuración de las sociedades desde los tiempos más remotos, pone el acento en la revolución tecnológica, a la que denomina la tercera revolución industrial, que alterará de tal forma la sociedad llevando a millones de personas a perder su trabajo, por eliminación de los puestos tradicionales. La globalización de la economía y la tercera revolución industrial impone la rápida “reingeniería” que tiene por resultado una disminución del 40% en los empleos de una empresa y la reducción del 75% de su masa laboral, siendo los mandos intermedios los más afectados.

“La idea de una sociedad no basada en el trabajo resulta tan extraña respecto a cualquier idea que podamos tener sobre la forma de organizar a muchas personas

en un todo social armónico, que nos vemos enfrentados con la perspectiva de tener que replantearnos las bases mismas del contrato social comúnmente aceptadas". (sic)

Es difícil, por cierto, situarse en el panorama de una sociedad sin trabajadores. Si bien estamos asistiendo al incremento del desempleo en cifras alarmantes, con el agravante de la precarización del empleo por vía de la disminución del valor del trabajo, no podemos imaginarnos a tal punto la desaparición del concepto bíblico del trabajo ligado a la evolución del hombre.

No obstante, según lo anticipan los nuevos "augures", en la "posmodernidad", legiones de desempleados poblarán el mundo en el siglo XXI con el añadido que, caer en el desempleo significará incorporarse a una masa de "desclasados", que la integrarán aquellos que no tendrán cabida, conforme lo fijan las leyes del mercado. Muchas personas desempleadas formarán parte de una subclase permanente y la desesperación para procurar su subsistencia los llevará a caer en la economía irregular o a aceptar trabajos ocasionales a cambio de comida y alojamiento.

A pesar de todo, el autor que comentamos, vislumbra una opción salvadora para la reconstrucción de un mundo en peligro que puede radicar en la creación de una tercera fuerza que "florezca" independientemente del mercado y del sector público. Este "tercer sector", entre el público y el privado, con cierto arraigo y tradición en la población de los EE.UU. de Norteamérica, basado en la capacidad de organización de la propia comunidad, es el sector de las organizaciones voluntarias. Propone el "tercer sector" como vehículo para la creación de una era "posmercado". Conforme las prácticas que han desarrollado hasta el presente, las actividades de la "comunidad" abarcan aspectos que van desde los servicios sociales a la asistencia sanitaria. Hoy, millones de americanos trabajan en forma voluntaria en diferentes organizaciones que contribuyen con cerca del 6% de la economía y representan el 9% del empleo total.

El "tercer sector", constituiría el elemento cohesionante de una identidad social unida, vista como panacea frente al impacto que habrá de causar en la sociedad, en las décadas venideras, la globalización de la economía y la tercera revolución tecnológica.

Como vemos, en los últimos años han surgido visiones que si bien no alcanzan a conformar una teoría acerca de la cuestión social en el nuevo escenario mundial, conforman una tendencia que desde distintos lugares, trata de explicar el presente y de encarar la búsqueda de soluciones ante la preocupación común por "lo porvenir".

Es evidente, que existe verdadera preocupación en la sociedad frente al desafío del nuevo modelo, pero esta preocupación también está presente en los propios formuladores de las nuevas políticas, y en todos los foros internacionales. Con

relación al flagelo del desempleo, la CEPAL en el "Balance Preliminar de la Economía de América Latina y el Caribe para 1996" observa como positivo el patrón de crecimiento con estabilización de precios que se está llevando a cabo en América Latina a través de las políticas de ajuste, pero advierte que el desempleo se ha convertido en una de las mayores sombras en las transformaciones emprendidas por los países de la región en la década del noventa. La inelasticidad del empleo con relación al producto, constituye una de las causas de la distribución desigual de los beneficios del crecimiento.

Si partimos de la idea de una evolución constante, única forma de admitir el progreso podemos pensar -un tanto utópicamente- que será la propia sociedad, seguramente, la que asumirá compromisos más adecuados para sortear la transición, y a un ciclo de ajustes y restricciones, seguirá el crecimiento real de las economías. El problema, será entonces, cómo resolver la distribución de ese crecimiento que se promete. Tal vez, la fórmula ya no responda al clásico concepto del estado de bienestar, sino al de la "Sociedad del Bienestar".

Unas de las críticas al Estado de Bienestar, puesto en evidencia en medio de la crisis y la recesión económica, ha sido precisamente, que garantiza pretensiones que desincentivan la inversión y el trabajo. Se suele sostener que la crisis del Estado de Bienestar se produjo, entre otros muchos factores, por las expectativas de objetivos máximos de bienestar que no siempre se compatibilizaron con la finalidad esencial de la prevención de la pobreza y la inseguridad de las sociedades. Es posible que lo que haya en definitiva fenecido es el "Bienestar Estatalizado", valga el término.

La privatización, es otro de los fenómenos introducidos por el "nuevo modelo", al haberse puesto en tela de juicio el rol del Estado. Mucho se ha debatido sobre este concepto. Hoy, la oposición entre lo público y lo privado a estar por los datos de la realidad, ha quedado para la discusión meramente doctrinaria o académica. Sin embargo, conviene detenerse en el análisis del concepto para medir los alcances de la tendencia.

La definición del término, en sentido lato, implicaría la reducción de toda la actividad del Estado en materia de regulación, administración y gasto.

El Estado gasta mucho, y mal, además de administrar ineficazmente los recursos. Esta es la opinión que prevalece en los defensores de la privatización como una de las reglas de oro de la economía de mercado.

En general se le atribuye a la iniciativa privada la capacidad de alcanzar niveles de eficiencia superiores a los que ha demostrado el Estado en el manejo de las Empresas, además se le reconoce un mayor rendimiento en la producción de bienes y servicios, y mejores condiciones para lograr alta rentabilidad en las inversiones para acompañar

el crecimiento de las economías.

Pero, también es dable advertir que cuando la privatización se impone en términos cuasi absolutos, produciendo la retracción del Estado hasta límites más allá de lo aconsejable, puede llegar a reproducir los “males” del Estado. David Donnison dice que “privatización” es una palabra que debiera ir siempre entre comillas.

Superada la confrontación ideológica, habría que definir si como instrumento de la política de mercado se aviene a resolver las cuestiones sociales básicas que hacen al bienestar de la familia, al trabajo, al ingreso, a la atención de la salud y a la educación.

A estar por la reconversión llevada a cabo en los sectores “residuales” de algunas Administraciones Estatales, tal vez, lo mejor sería, desmitificar tanto a detractores como a endiosadores, y hallar un justo medio. De allí que algunos economistas como Bustelo propicien una “economía mixta de bienestar”. También, Marc Bendick, Jr., acompaña la idea de una “economía mixta de bienestar”, en la medida en que las necesidades sociales también evolucionan y se torna “...necesario construir nuevos arreglos sociales conformes al estilo de respuesta que una sociedad ha favorecido constantemente”.

Lo cierto es, que el papel regulador del Estado continúa siendo importante, aún más, si el sector privado crece, lo que habrá que definir más acabadamente, es la función estratégica de la privatización en el crecimiento y en el bienestar de la sociedad.

En esta etapa, en la que el desempleo asoma como uno de los peores flagelos, una consecuencia directa, es la precarización del trabajo, que va conduciendo a las sociedades a la “precarización” de las formas de vida. Por ello pensamos que resulta bastante difícil plantear el tema del bienestar social en la presente coyuntura, sin correr el riesgo de caer en frases hechas o en planteos utópicos que en nada ayuden para superar el problema del incremento de las demandas sociales frente a la escasez de los recursos. Debería estudiarse la forma de generar los recursos necesarios para atender las demandas sociales agregadas, a partir de medir el impacto de estos nuevos fenómenos sociales en la economía.

El Bienestar Social se puede abordar bajo diferentes ángulos, como “idea”, como “doctrina”, y como “política instrumental”. A nuestro juicio, deberíamos repensar la idea, construir una nueva doctrina en este final de siglo, para instrumentar los modelos que acompañen el cambio. Cada país implementará la política instrumental que más se avenga con su propia realidad, pero como parte de un mundo cada vez más integrado, muy distinto al de las décadas pasadas.

El planteo que formulamos en la Reunión Técnica Regional de la CAMS, en Montevideo (9/96), desde el punto de vista epistemológico, acerca de la necesidad

de trabajar en la seguridad social, en el diseño de nuevos métodos cognoscitivos para abordar con actitud crítica los desafíos del nuevo orden mundial, tiene como fundamento, precisamente, hallar instrumentos superadores de la crisis que permitan adecuar las estructuras acompañando los cambios económico-sociales.

Por ello, en esta ocasión nos permitimos insistir sobre el punto. Para “aprender” las mutaciones habidas en el objeto de nuestro estudio, deberíamos previamente, revisar el método de conocimiento de nuestra ciencia para interpretar las direcciones del cambio. Es menester asimismo, emprender la más amplia difusión la seguridad social, “culturizando” a la población, única forma de lograr la adhesión y la participación de los actores sociales en el cambio. Nunca se ha impartido instrucción sistemática de la seguridad social, siempre se la ha entendido como una asignatura para especialistas.

La seguridad social “...ha crecido en medio de una espesa niebla de ignorancia pública sobre ella”. Esta afirmación está recogida en la Recomendación 155 de “La seguridad social en la perspectiva del año 2000” (OIT, 1984).

En los umbrales del tercer milenio el futuro aparece condicionado por las definiciones de desarrollo humano que hoy se adopten. Este es, precisamente, el desafío ético que tienen las democracias actuales.

El PNUD considera al “desarrollo humano” como un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de vida de los seres humanos, lo que implica ampliar las oportunidades de los individuos, de acceso al bienestar alcanzado por una sociedad.

En base a estos parámetros, el bienestar social es la posibilidad de las personas de disponer de los recursos materiales necesarios para desarrollarse en la comunidad. Hoy también se ha agregado la preocupación ecológica por el hábitat del hombre, en términos de defender al planeta, incorporándose así, la preservación del medio ambiente como base para el “desarrollo sustentable”.

Brevemente, nos referiremos a la República Argentina, país que no se encuentra al margen de los acontecimientos del resto del mundo. Como nación incorporada al nuevo orden mundial, se halla en plena ejecución de las políticas que rigen la economía de mercado. A partir de los años 90 se han encarado las privatizaciones de grandes áreas que antes estaban reservadas a la gestión del Estado. Hoy no sólo se ha logrado salir de la inflación estabilizando la moneda a través de la ley de convertibilidad, sino que se han emprendido reformas en la estructura económica a efectos de tomarla competitiva. El mercado se halla abierto a las inversiones del capital privado, nacional y extranjero, produciéndose notorias transformaciones tendientes a alcanzar un crecimiento sostenido. En estos momentos se advierte una recuperación de la economía, volviéndose a alcanzar los índices logrados en 1994 en términos reales.

En el campo de la seguridad social, se han llevado a cabo profundas reformas que

abarcan la totalidad de los sistemas. En materia de pensiones, a través de la sanción de la Ley 24.241, se estableció el SIJP, un sistema mixto integrado por regímenes de reparto y de capitalización, el primero administrado por el Estado y el segundo por entidades privadas (AFJPs), con relación a los accidentes y riesgos del trabajo, la legislación avanzó en el mismo sentido, creando las Administradoras Privadas (ARTs), y en cuanto a la salud se han dictado las normas que llevarán a la desregulación y reconversión de las obras sociales, hallándose este proceso actualmente en marcha.

En el orden asistencial, se han diseñado programas tendientes a combatir la pobreza y la desnutrición en amplios sectores de la población carenciada. No obstante, como consecuencia directa de las políticas de ajuste y de flexibilización laboral impuestas por la economía de mercado, existe preocupación por el alto índice de desempleo que actualmente es del orden del 17,3%, según cifras oficiales, además de una marginalización de amplios sectores del trabajo originada por la política de cambios estructurales que como está sucediendo en otros lugares del mundo tienen como contrapartida los procesos de reconversión laboral difíciles de superar en el corto plazo.

Aún no hay acuerdos firmes, entre empresarios, políticos y sindicatos, acerca de las medidas de modernización laboral que concilien con el rumbo de la economía. Además, no se han alcanzado aún políticas efectivas en materia de creación de nuevos empleos. Según estadísticas oficiales recientes, el 80% de los nuevos empleos son precarios. En 1996, sólo el 5,6% de los asalariados se desempeñaban en forma precaria, en febrero de 1997 ese índice ascendió al 14,9%. Esto resiente no sólo las condiciones de vida sino que afecta los recursos de la seguridad social. La Ley de Empleo sancionada en 1991, entre otras modalidades, autorizó a las empresas a emplear personal "a prueba" sin el pago de los aportes jubilatorios y sin derecho a indemnización, durante los tres primeros meses que pueden extenderse a seis. Esto ha llevado a una situación que se va generalizando, en la que ya no existe empleo estable pues las empresas a los tres meses prescindieron del trabajador que es reemplazado por otro también "a prueba", lo que les permite disponer de la ventaja de no pagar las cotizaciones a la seguridad social y un ahorro en materia de indemnizaciones. Cabe acotar, que la mencionada ley tuvo por finalidad introducir medidas de flexibilización para incentivar la creación de nuevos puestos de trabajo, siendo sus consecuencias, muy distintas a lo esperado. No obstante, se estima que de verificarse un crecimiento económico sostenido, según afirmaciones recientes del gobierno nacional, antes del 2005, el índice de desocupación descenderá a un sólo dígito. Los datos recientes (febrero de 1997) señalan una tendencia insinuada en meses anteriores, que confirman un leve crecimiento del nivel de empleo. Los puestos de trabajo en el sector formal subieron un 1%. Si se lo compara con febrero de 1996 llega al 3,2%, pero la modalidad está dada por el empleo a través de

“contratos flexibles”.

La situación de Argentina, como vemos, es bastante similar a la de otros países. El imperativo de la globalización hace que tanto en los países con economías desarrolladas como los que se encuentran en vías de desarrollo, los ciudadanos estén acusando ese grado de malestar al que nos referimos al comienzo, al ver afectadas las fuentes de trabajo, y no contar con respuestas oportunas que mitiguen su situación por lo menos, en el corto plazo.

Las perspectivas en lo económico y lo social ya no logran explicarse, únicamente, en el ámbito de un país, sino en un contexto mucho más amplio. La creación de grandes mercados comunes hace que las cuestiones que afectan a un país repercuta en los demás.

El mundo nos presenta un escenario poblado de amenazas tales como, la restricción del gasto social, la aparición de nuevos fenómenos sociales, el surgimiento de grupos altamente vulnerables y políticas de ajuste como base de una modernización “aparentemente excluyente”.

Las reformas emprendidas en el campo de la seguridad social, principalmente en América Latina, se fueron imponiendo porque las crisis económicas llevaron a la superficie la encrucijada que planteaba el sostenimiento de los antiguos regímenes. Podríamos predecir que las reformas que se impusieron en el continente, luego de una prolongada vigencia de los sistemas, demandará mucho menos tiempo en los años venideros, acelerándose en la próxima década la necesidad de ir adecuando los sistemas, para enfrentar los nuevos desafíos de una sociedad con nuevas y distintas demandas.

Existen ciertos signos que evidencian en toda América un estado de alerta para evitar la caída en la desesperanza y que son muestras claras de la necesidad de la sociedad de recrear condiciones de progreso y de bienestar social, pero esta vez, bajo otros términos, es decir a través de la asignación de otros roles a los actores sociales.

Tal vez, nos encontremos en el punto más álgido de la crisis, pero por ello en la etapa más oportuna para refundar la política social, focalizando la emergencia en la transición, pero promoviendo la inversión social mediante mecanismos más participativos de los propios actores sociales en el marco de un modernizado “estado social”.

Martín Hopenhayn sostiene, refiriéndose a la cuestión social en América Latina, que “El ímpetu racionalizador e instrumental no es necesariamente perverso, pero requiere complementarse con una lectura crítica respecto de los efectos excluyentes que puedan generar nuevos patrones de inserción global desde la región”, y agrega “Es imprescindible resituar la dimensión social del desarrollo en el centro de la

acción y preocupación públicas. La política social no puede funcionar como la ambulancia que va recogiendo los damnificados de un desarrollo concentrador y generador de pobreza múltiples. Tampoco puede reducirse el "Estado Social", a una instancia de compensación o asistencia en casos de urgencia social". La fórmula sería a partir de una reflexión crítica, promover una articulación sinérgica entre el desarrollo social y el desarrollo económico.

Muchos estudiosos de la problemática social sostienen la necesidad de hallar un nuevo equilibrio de responsabilidades entre el Estado, las empresas y los ciudadanos. Dicho de otro modo, estado, mercado y sociedad.

A esta altura de los tiempos parece imposible concebir una sociedad donde impere la ley del más fuerte, o donde existan réprobos y elegidos. Por ello, más que nunca le cabe a la seguridad social interpretar los cambios para recrear sus instituciones. Durante muchas décadas se proclamó a la seguridad social como el mayor estabilizador social y la mejor fórmula para no caer en la "inseguridad social". Desde un enfoque crítico, deberíamos admitir que estas reglas no siempre se cumplieron acabadamente, y alguna vez fueron fuente de inequidades o del mantenimiento de ciertos privilegios. El cambio, quizás, tenga que provenir de los propios actores sociales, quienes revaloricen la seguridad social como un bien social.

Sabemos que no existen fórmulas que puedan convertirse en artículos de fe, pues frente al futuro nadie atesora el monopolio de la verdad absoluta. Pero, sin abdicar de ciertos principios que son parte del ser humano, y que hacen imposible destruir los lazos de solidaridad de una sociedad organizada, ha de tenderse a superar este ciclo a través de políticas instrumentales eficaces para crear el Bienestar Social también, "sustentable".

Cabe pues, a los protagonistas de este capítulo de la historia, poner manos a la obra.

Bibliografía:

- Bustelo, Eduardo S., "La Creación del Estado de Malestar: Políticas de Ajuste y Políticas Sociales en América Latina" - OPS-Serie de Desarrollo de Recursos Humanos N° 95 -Salud Internacional, Un Debate Norte Sur-Washington, 1992.-
- CIEDESS "Estrategias para el Desarrollo de un Modelo Integrado de Seguridad Social" - Primer Seminario Internacional de Seguridad Social, Santiago de Chile, 1992
- De la Combé, Louis, "Seguro Social y Responsabilidad Individual" - Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) - Oficina Regional para las Américas -Estudios de la Seguridad Social N° 80 - Buenos Aires, 1996.- * Trabajo presentado en la Reunión Regional Europea sobre la Responsabilidad de los participantes de la

Seguridad Social, Bruselas, 1995

- Fitoussi, Jean-Paul y Rosanvallon, Pierre, "La Nueva Era de las Desigualdades", Editorial Manantial, Buenos Aires, 1997.-
- Galbraith, John Kenneth, "Una sociedad mejor" - Edit. Crítica, Barcelona, 1996.-
- Hopenhayn, Martín, "Recomposición de Actores en Programas Sociales: Consideraciones desde la Experiencia Latinoamericana" - Revista Reforma y Democracia (CLAD) Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, N° 7, Caracas, Venezuela, Enero 1997.-
- "Informe Argentino sobre Desarrollo Humano", Comisión de Ecología y Desarrollo Humano, Honorable Senado de la Nación, Argentina, 1996.-
- Kamerman, Sheila y Kahn, Alfred J. (Compiladores) "La Privatización y el Estado Benefactor" -Fondo de Cultura Económica, México, 1993.-
- Kerber Palma, Alicia "Medio Ambiente y Desarrollo Sustentable" - CISS - Seguridad Social N° 201, julio-agosto 1996 - Secretaría General
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) - Conferencia Internacional del Trabajo 81ª reunión, Memoria del Director General, Ginebra, 1994.-
- Organización Internacional del Trabajo - "La Seguridad Social en la Perspectiva del año 2000", Ginebra, 1994.-
- Rifkin, Jeremy, "El fin del trabajo", Edit. Paidós, Buenos Aires, 1996.-
- Popper, Karl, "En Busca de un Mundo Mejor", Edit. Paidós, Buenos Aires, 1994.-
- von Maydell Bernd, "El Porvenir de la Seguridad Social" - En Serie Estudios N° 16-La Administración Pública y Privada de los Seguros Sociales en América Latina - CISS- Secretaría General.-
- Archaga Quirós Lilia M. "La Salud en el Fin de Siglo"- Trabajo presentado en la Reunión Técnica Regional "Economía y Salud" CAMS y Subregión III-Cono Sur, Montevideo, sept.-96.-
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) - Año 1995 - Síntesis N° 3.-
- Edit. Diario Clarín, Sección Economía, Bs.As. 2/3/97.-
- Diario Ámbito Financiero, Bs.As. 15/4/97.-
- Diario El Economista, Bs.As. 18/4/97.-

LA PARTICIPACION DE LA MUJER EN EL MERCADO LABORAL: SU IMPORTANCIA EN LA ESTRATEGIA DEL DESARROLLO.

Por: **Lilia Martha Archaga Q.**

Es originaria de Argentina. Cursó la Carrera de Abogacía en la Universidad de Buenos Aires y cuenta con estudios de especialización en Seguridad Social. Ha ocupado diversos cargos tanto en el sector académico como en la Caja Nacional de Previsión para Trabajadores Autónomos. Actualmente se desempeña como Subsecretaria de Relaciones Internacionales del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

Para abordar el tema propuesto, luego de recopilar datos e investigar en algunos documentos que tratan la problemática de la mujer, el primer condicionante con el que nos encontramos fue la imposibilidad de efectuar una lectura lineal y recurrir a parámetros generalizadores, pues la incidencia de la participación de la mujer en el mercado laboral, no puede ser explicada si no se tienen en cuenta factores tan diversos como la educación, el nivel social, el grado de desarrollo económico y cultural de los países, los avances de las estructuras jurídicas y muchos otros aspectos que impiden un enfoque unívoco de este "fenómeno" que sin dudas ha logrado poner en evidencia la capacidad multifacética de las mujeres.

Según datos del Banco Mundial (BM) las mujeres constituyen el 40% de la fuerza mundial del trabajo en la agricultura, la cuarta parte en la industria y la tercera parte en el sector de los servicios. Sin embargo, la productividad de la mujer sigue siendo baja en la generación de los ingresos. De allí que resulte importante poner el acento en la productividad de la mujer para contribuir al crecimiento económico.

Tal vez, la baja productividad esté relacionada con las diferencias de orden salarial que aún se observan en muchos lugares del mundo y en el tipo de actividades que por lo general desempeñan las mujeres.

El principio de "a igual trabajo, igual remuneración" que recogen la mayoría de las legislaciones, en los hechos no se cumple pues se observan notables diferencias del valor del trabajo entre hombres y mujeres.

El BM también destaca los beneficios de "invertir" en la mujer, al afirmar que "La inversión en la mujer es esencial para reducir la pobreza. Acelera el desarrollo económico al aumentar la productividad y fomentar el uso más eficiente de los

recursos, produce una rentabilidad social considerable, pues mejora la supervivencia del niño, reduce la fecundidad y reporta importantes beneficios intergeneracionales" (sic).

Esta afirmación resulta válida para algunas regiones del África o de Asia en los que el subdesarrollo y la pobreza hacen necesario la implementación de programas tendientes a superar estos flagelos y en los que la participación de la mujer en la fuerza del trabajo adquiere mayor relevancia para acelerar los procesos de desarrollo. En el sudeste asiático, también el aumento del empleo femenino cobró enorme importancia aunque justo es reconocer que la incorporación masiva de la mujer al campo laboral y su contribución al desarrollo de las "economías emergentes" se basó en la permanente y sistemática violación del derecho a percibir remuneraciones semejantes a los hombres. En ese contexto, la flexibilización del mercado de trabajo lejos de mejorar la situación de la mujer, aumentó aún más las diferencias en cuanto a los salarios, a la calidad del empleo y a las condiciones de vida.

América Latina también presenta realidades muy diversas donde juegan un papel determinante los factores a que nos hemos referido. Por ello, consideramos que los programas diseñados por los organismos internacionales destinados a integrar a la mujer como parte de la estrategia del desarrollo, apelan a generalizaciones que no siempre coinciden con la conformación social de cada país o de cada región.

La expresión "feminización del trabajo", es de reciente cuño, y se utiliza para indicar el notorio incremento de la fuerza laboral femenina. No se advierte la apelación al término "masculinización" para indicar la incursión de los hombres en el desempeño de determinadas actividades atávicamente ligadas a la mujer, como las que ilustran, en general, las páginas de los libros de texto desde los primeros años escolares.

No obstante la observación, es justo admitir aunque sea entre comillas, que ciertos "estereotipos" se van superando, aunque no del todo. En la actualidad, las actividades que pueden desempeñar las mujeres abarcan un amplio espectro de posibilidades poniendo de manifiesto la capacidad multifacética de la mujer.

En el término de unos pocos años, las mujeres se han incorporado, en número creciente, al campo del trabajo bajo distintas formas, en empleos dependientes y en actividades por cuenta propia.

Existen determinados factores que han sido decisivos para esta irrupción que se define como "feminización del trabajo". Dentro de los factores que han tenido mayor influencia, se destacan el acceso de las mujeres a los niveles superiores de educación; la evolución de las estructuras jurídicas en favor del reconocimiento de derechos, que por ejemplo, en Argentina, van desde el derecho al voto hasta la patria potestad compartida; y por cierto, la aparición de nuevas formas de productividad frente a la crisis económica.

Superada, por lo menos, en las sociedades avanzadas, la «capitis diminutio» que pesaba sobre las mujeres, y reconocida la capacidad para el desempeño de profesiones que antiguamente les estaban vedadas, podríamos pensar que no quedan escollos por sortear. Sin embargo, ésta es todavía una verdad a medias por cuanto el camino de la mujer en materia laboral no se encuentra despejado de obstáculos si nos atenemos a la persistencia de determinadas conductas que reflejan la desigualdad a que se somete el trabajo femenino.

La importancia que actualmente se le asigna al trabajo de la mujer en el diseño de los modelos de modernización, está indicando la relevancia que ha adquirido el trabajo femenino para las políticas de desarrollo. Pero habría que preguntarse a qué costo.

En las sociedades avanzadas las luchas por las reivindicaciones femeninas se consideran hechos pasados, pero son demasiado recientes aún como para convertirse en historia. Corresponden a la crónica de una profunda revolución que ha marcado un nuevo tiempo en la evolución de la mujer en términos de competitividad y productividad que, seguramente, ya no admite retrocesos.

El Banco Mundial, que hoy ve como un beneficio invertir en la mujer, recién en 1977 creó un puesto de asesor para atender la función de la mujer en el proceso de desarrollo, y comenzar a recopilar datos acerca de su condición. Una década después, incorporó la División de la Función de la Mujer en el proceso de desarrollo, dentro del Departamento de Población y Recursos Humanos.

A partir de allí, comenzaron a elaborarse documentos de política e investigación en la temática, destacándose los trabajos acerca de los beneficios económicos y sociales que se derivan de la solución de los problemas de la participación de la mujer en determinadas áreas de la economía, así como las estrategias para aumentar la contribución de la mujer al desarrollo. Hoy, numerosos documentos de este organismo internacional demuestran la preocupación por el tema de la mujer en la política de formación de recursos humanos y empleo.

Vale decir que no hace mucho tiempo que se ha "descubierto" como fenómeno a tener en cuenta, que la participación de la mujer en la fuerza del trabajo incide en la estrategia del desarrollo.

Admitida la incidencia de la mujer en los procesos de crecimiento económico se impone la necesidad de promover un cambio de actitud, tanto por parte de los hombres como de las propias mujeres.

En el cambio de actitud está la clave para comprender la integración de los roles del hombre y la mujer frente a las exigencias de la vida moderna.

Seguramente, la inversión en educación traerá aparejados los cambios sociales

necesarios para el desarrollo pleno de las personas en una comunidad verdaderamente integrada. Este aspecto es el que explica que en lugares donde aún se observan actitudes discriminatorias en cuanto al papel de la mujer no solo en lo relativo al campo laboral, sino en su consideración social, se adviertan parámetros que se corresponden con la subculturización de los pueblos.

El cambio de actitud será entonces promover la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres, en lugar de dictar normas o emprender políticas focalizadas que, so pretexto de inversión y protección, en la práctica han resultado limitativas y discriminatorias.

Aún en los países considerados desarrollados, persisten desigualdades entre el hombre y la mujer en el ámbito laboral. Por lo general las mujeres desempeñan empleos peor remunerados y de menor calificación.

De allí que, no obstante observarse un notable incremento de la fuerza laboral femenina, ésta se desenvuelva, en la mayoría de los casos, en sectores no estructurados o en una producción que solo alcanza límites de subsistencia.

Vale decir que adquiere características de norma comúnmente aceptada en casi todas las sociedades, aún en las mas desarrolladas, que el trabajo de la mujer sea infravalorado y tienda a concentrarse en ocupaciones de menor consideración social.

Por ello, este fenómeno digno de estudio, tal cual esta planteado en la actualidad, no reviste características óptimas si se tiene en cuenta la marginación que señalamos, pues indica que aún subsisten ciertos estereotipos que impiden a la fuerza laboral femenina desarrollarse con todas sus posibilidades.

El enfoque de los estudios que se realizan sobre el tema de la mujer fueron evolucionando en un par de décadas, hasta llegar a priorizar su rol productivo dejando de lado, en cierta forma, el interés por el rol reproductivo. En efecto, así lo demuestran los informes y programas de los años 60 orientados hacia el bienestar y la familia, a partir de considerar a las mujeres como un todo homogéneo.

Este cambio de enfoque llevó a la superficie las relaciones diferenciadas en función del sexo, poniéndose en evidencia, precisamente, las relaciones de poder, comprobándose que por lo general las mujeres tienen menos poder que los hombres, lo que constituye un obstáculo para la tan proclamada igualdad entre los sexos.

Esa relación de poder, también está presente en el mercado de trabajo, tal vez, porque la mujer, salvo excepciones, por cierto, se ve precisada a trabajar fuera del hogar para obtener el "complemento" del ingreso familiar que resulta insuficiente. Por otra parte, la mujer generalmente está mejor dispuesta por su rol tradicional, a conformarse con una retribución menor acostumbrada a desempeñar un trabajo al que nunca se le asignó valor económico, como es la atención del hogar y el cuidado

de la familia y de los enfermos. De allí que en el desempeño de tareas voluntarias, la mujer muestre mayor disposición que el hombre.

Las nuevas pautas del empleo nacidas de las políticas de ajuste que exige la economía de mercado en algún aspecto, -aparentemente- ha "favorecido" la inserción laboral de las mujeres por tratarse de mano de obra competitiva y flexible, dado su menor costo. Esta circunstancia, encierra en si misma una actitud discriminatoria, puesto que pone a las claras que no se trata de una real apertura de oportunidades laborales para las mujeres sino de la facilitación de su acceso en función de formas de trabajo precarizadas. En muchos casos, por esta misma razón, son las mujeres las que conservan o tienen acceso a un empleo mientras sus cónyuges permanecen desempleados.

Algunos estudios demuestran que las mujeres soportan en forma desproporcionada los costos de la reestructuración económica en tanto las políticas no son neutrales en cuanto al sexo.

La flexibilidad y la desregulación del mercado de trabajo en beneficio de la rentabilidad y la competitividad, hace que el empleo de la mujer pase a formar parte de la estrategia de desregulación en virtud de asociársela como señalamos, a bajos salarios y formas precarias de empleo, aunque no existen datos confiables que permitan medir el impacto de estas políticas, diferenciados por sexos.

Del mismo modo, se sostiene que en el futuro, en el sector de los servicios, la racionalización y la desaparición de ciertos puestos de trabajo, demandará mano de obra mejor calificada. Las mujeres tendrán entonces la oportunidad de empleo en los dos extremos, es decir, en los servicios menos calificados y en aquéllos que requieren alta especialización, obviamente en número menor, pues no todas tendrán acceso a la capacitación en las nuevas tecnologías.

Tal como se presenta el tema, la importancia de la mujer en la estrategia del desarrollo sólo resultaría gravitante en términos equitativos si el cambio estuviera dirigido a promover su efectiva participación en todos los ámbitos del quehacer cultural, político, y económico, a fin de posibilitar su llegada a niveles de decisión, compartiendo responsabilidades, en una verdadera integración con el hombre.

En América Latina, aún es muy baja la proporción de mujeres que llegan a niveles de conducción en las empresas. Aún son muy pocas, las que logran alcanzar lugares destacados en la política o en la economía. En Argentina las cifras revelan que los varones universitarios perciben, en promedio, un 49% más de ingreso que las mujeres del mismo grupo educacional. Existen, por cierto, mujeres que han llegado a ocupar lugares destacados, pero siguen constituyendo la excepción. Por ello, si bien la participación laboral de la mujer ha experimentado un notable incremento en cuanto a su número, aún no ha adquirido en cuanto a la calidad del trabajo el grado de

relevancia que sería deseable en función de las capacidades, al subsistir ciertas barreras que frenan el acceso en igualdad de oportunidades.

Consideramos que estas observaciones son aplicables, con ciertas salvedades, a todos los países con modelos de crecimiento promercado, donde la mayor participación de la mujer en el campo laboral no se ha traducido, por lo menos hasta ahora, en un mejoramiento de su propia condición.

En el caso de Argentina, algunos datos nos sirven también para ilustrar acerca de la evolución de determinadas variables, que demuestran la posición de las mujeres en cuanto al hogar, la educación y el trabajo.

El Censo Nacional Poblacional (CNP) de 1991 permitió profundizar acerca de la caracterización de los hogares. Existe un 13% de hogares unipersonales, de los cuales el 55% corresponden a mujeres de más de 60 años que viven solas. Asimismo, el porcentaje de mujeres jefas de hogar, que en 1980 era del 19.3% se incremento a 22.3 % en 1991.

En cuanto a la educación, el Censo de Estudiantes realizado en 1994 determinó que entre los alumnos universitarios predominan las mujeres cuyo porcentaje alcanza al 52.3%. Este dato es promisorio para las generaciones futuras.

En relación al trabajo, el CNP de 1991 permitió conocer que a pesar del incremento de la incorporación de la mujer a la fuerza laboral, aún perduran condicionantes relativos al género que provocan una notoria diferencia entre las tasas de actividad de los varones y las mujeres, en una relación de 75.1% contra 39.6%.

Cabe aclarar que entre 1980 y 1991 la tasa de participación laboral de la mujer pasó del 26.9% a 39.6%, no existiendo casi diferencia entre la población urbana y rural. Cabe destacar que un 84% de las asalariadas se ubica en el estrato de bajos recursos.

En cuanto al desempleo, datos de 1994 demuestran que los grupos más afectados fueron los jóvenes y las mujeres. Por otra parte, los cambios operados en la estructura del empleo femenino en la última década, demuestran que las mujeres sufrieron una disminución más notoria que los varones en la proporción que trabaja como obrero o empleado, verificándose las diferencias más marcadas en el sector privado donde la proporción de las mujeres asalariadas disminuye en un 19%, mientras que la proporción de varones en igual condición sólo disminuye un 8%. Aunque las mujeres hayan logrado un progreso en términos de acceso al mercado laboral, los datos indican que representan una cuota significativa en el sector público o en el sector del servicio doméstico.

Datos recientes dan cuenta asimismo del comportamiento de las mujeres en el mercado laboral ya que la tasa de actividad de los hombres es mucho menos elástica.

Medida entre 1992 y 1996, el número de mujeres en el mercado de trabajo se incrementó un 36%, lo que no se ha medido es la calidad del empleo.

Algunos sostienen que en Argentina, el proceso de incorporación de la mujer al campo laboral aún no ha alcanzado su máximo nivel, mientras que para las autoridades del Ministerio de Trabajo ya se alcanzaron las tasas de participación femenina iguales o más altas que la de los países de nivel cultural similar.

Resultaría interesante contar con otros datos que generalmente no se reflejan en las estadísticas, pero que servirían para conocer los múltiples factores que inciden en la mayor incorporación de la mujer al campo laboral, y que tengan que ver más con un proyecto personal de vida, que con las reglas que fija el mercado.

Bibliografía:

- Asociación Internacional del Trabajo (AISS) - 25a Asamblea General - Nusa Dua, 1995, Informe V, "Feminización del Mercado del Trabajo y Dobles Ingresos familiares: Adaptación a las Nuevas Necesidades de las Familias e Influencia sobre las Prestaciones Sociales", Ginebra, 1996.
- Banco Mundial - Documento de Política, "Una participación mayor de la mujer en el Desarrollo Económico", Washington, 1995.
- Naciones Unidas (ONU), "La Mujer en una Economía Mundial en Evolución"- Estudio Mundial sobre el Papel de la Mujer en el Desarrollo 1994 - N. York, 1995.
- OIT "Igualdad de Oportunidades para las Mujeres en los años 90: Desafíos para la Legislación del Trabajo, la Seguridad Social y las Relaciones Laborales". Petra Ulshoefer, Equipo Técnico Multidisciplinario para Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, Chile 1994.
- OIT - PNUD - UNICEF Argentina, Ministerio de Relaciones Exteriores, Presidencia de la Nación, Consejo Nacional de la Mujer, "Argentina, Viabilidad Social y Económica de las Unidades Productivas a Cargo de Mujeres", Buenos Aires, 1991.
- Diario El Economista, Bs.As., 18/4/97.
- INDEC, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, "Situación y Evolución Social", Síntesis N° 3, Argentina, 1995.



LA MUJER Y LA SEGURIDAD SOCIAL

Por: **Dulce María Sauri R.**

Es licenciada en Sociología. Ha ocupado diversos cargos dentro de la administración pública, ha sido Diputada Federal por el IV Distrito de Yucatán en la LII Legislatura, Senadora por el Estado de Yucatán en la LIV legislatura y en la LVI. Fue Gobernadora Interina del Estado de Yucatán y actualmente es Coordinadora General del Programa Nacional de la Mujer, Alianza para la Igualdad de la Secretaría de Gobernación.

El Programa Nacional de la Mujer, en México, se inscribe en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, que tiene entre sus propósitos la promoción de un conjunto de programas y acciones para garantizar a la mujer igualdad de oportunidades de educación, capacitación y empleo; plena equidad en el ejercicio de sus derechos sociales, jurídicos, civiles, políticos y reproductivos; respaldo efectivo a su papel fundamental en la integración familiar, así como en la socialización de sus hijos.

En consecuencia, este programa -también denominado *Alianza para la Igualdad*-, persigue objetivos específicos de equidad entre hombres y mujeres. Asimismo, es el instrumento gubernamental para ordenar y dirigir las estrategias y acciones encaminadas a impulsar el avance de las mujeres mexicanas y a garantizar el ejercicio íntegro de sus derechos.

En la formulación de toda política pública, resulta importante identificar la forma en que ésta incide en la situación diferenciada de los hombres y las mujeres. En el caso de las políticas orientadas en específico al beneficio de la mujer, es indispensable detectar los obstáculos que limitan su participación plena en la sociedad, así como diseñar y poner en marcha las medidas necesarias para buscar soluciones a los problemas que la aquejan. Por ello, la planeación con enfoque de género se definió como una estrategia fundamental para la ejecución del Programa Nacional de la Mujer.

La categoría de género permite analizar las condiciones sociales por las cuales las mujeres quedan relegadas a posiciones de desventaja y subordinación. Se encarga de analizar la forma en que ser hombre o ser mujer se traduce en un acceso desigual a los recursos básicos de educación, salud, oportunidades laborales y espacios de toma de decisiones. Su utilización en programas y políticas pretende superar el rezago histórico que enfrentan las mujeres para alcanzar niveles de bienestar que les permita acceder al ejercicio pleno de sus derechos, incluyendo el derecho a vivir en un ambiente exento de violencia y el derecho a gozar de una imagen digna. Se

pretende con ello promover relaciones de equidad entre varones y mujeres basadas en un elemental principio de justicia social.

Una de las transformaciones más significativas que han tenido lugar en México a partir de los años setenta es el gran incremento que ha experimentado la participación femenina en la fuerza laboral, misma que ha traído consigo cambios en la organización de las familias y en el uso del tiempo de las mujeres, entre otros.

Las estimaciones más recientes indican que más de una tercera parte de la población económicamente activa está constituida por mujeres. Actualmente, 3.5 de cada 10 mujeres participan en la fuerza de trabajo, frente a 7 de cada 10 hombres. En el primer trimestre de 1995, de un total de 10.8 millones de mujeres ocupadas, 5.5 por ciento correspondían a trabajadoras asalariadas, 22 por ciento a trabajadoras por cuenta propia, 17 por ciento a trabajadoras sin pago, 4.5 por ciento, a trabajadoras a destajo y sólo 1.5 por ciento empleadoras.

Por grupo de edad, el perfil de incorporación se ha modificado. En el inicio de los años noventa, el grupo de edad de 35 a 39 años presentó la más alta participación, lo que significa que la adquisición de responsabilidades familiares ya no es, como en décadas pasadas, un elemento que restrinja necesariamente la participación activa de las mujeres. De hecho, se ha registrado una mayor participación en los grupos centrales de edad (20 y 49 años) con niveles de alrededor del 40 por ciento.

No obstante esta creciente incorporación y permanencia femenina en el mercado laboral, subsisten inequidades, tales como las diferencias en las oportunidades de capacitación y en los niveles de ingreso, aun en el desempeño de labores de igual dificultad y requerimientos de habilidad. Asimismo, existen problemas específicos como la doble jornada de trabajo, la segregación ocupacional y la insuficiencia o elevado costo de guarderías y centros de atención y desarrollo infantil.

Un pilar importante para avanzar en la igualdad de oportunidades y beneficios para mujeres y hombres en el ámbito del trabajo remunerado es la seguridad social, estrechamente ligada con los servicios de salud.

Los sistemas de salud y seguridad social en México conforman una parte fundamental de la administración gubernamental. Son coordinados en gran parte por el Sistema Nacional de Salud, en el cual coexisten tanto la población derechohabiente o asegurada como la población abierta. Entre los beneficios otorgados por medio de la seguridad social se encuentran el seguro de enfermedades y maternidad, el seguro de riesgos de trabajo y el seguro de vejez y cesantía.

En este marco, es importante considerar que las condiciones que conforman el estado de salud de la población responden a diferentes perfiles de salud-enfermedad según se trate de hombres o de mujeres, matizadas además por factores socioeconómicos, culturales y educativos. Por ejemplo, en términos generales las

mujeres se hospitalizan con mayor frecuencia que los hombres, debido en gran medida a eventos relacionados con la reproducción; no obstante, en las edades extremas, la tasa de hospitalización correspondiente a los varones es más alta. Esto se explica en parte por la mayor incidencia de accidentes entre ellos.

Otro aspecto a considerar en estrecha relación con la seguridad social son los cambios demográficos que ha experimentado la población mexicana particularmente en las últimas tres décadas, que también presentan especificidades en hombres y mujeres.

Como resultado del avance de la ciencia y de la tecnología médicas, así como de la institucionalización de los servicios de salud pública y de la propia seguridad social, se ha registrado un descenso significativo en los niveles de mortalidad y un consecuente incremento sostenido de la esperanza de vida al nacimiento, tanto para los hombres (70 años en la actualidad) como para las mujeres (76 años).

La disminución en los niveles de mortalidad en México es variable. El riesgo de morir es diferente por sexo y por grupos de edad. En 1994 se registraron en el país 419,074 defunciones de las cuales el 43.22 por ciento correspondió a mujeres. La tasa de mortalidad en ese mismo año fue de 5.3 por mil en el caso de la población masculina y de 3.8 por mil en la femenina.

Los efectos combinados de la reducción de la mortalidad y la fecundidad se están traduciendo en el fenómeno del envejecimiento demográfico, que se manifiesta en el incremento tanto en números absolutos como en porcentajes de la población en edades avanzadas.

El análisis del índice de masculinidad por grupos de edad muestra que la vejez es una condición mayormente femenina ya que es de 92.7 hombres por 100 mujeres en las edades adultas (comprendidas entre los 20 y 59 años), de 91.5 en la prevejez (60 a 64 años), 91.7 en el grupo de 65 a 74 años y luego declina rápidamente a 85.5 entre los 75 y 85 años y están sólo de 74.5 en el grupo de 85 años y más de edad. El mayor número de mujeres respecto al de los hombres en las edades avanzadas es un fenómeno universal y claro efecto de la mayor supervivencia del sexo femenino.

La revisión de los índices de masculinidad por grado de urbanización resulta por demás interesante. En el ámbito rural los índices están siempre por encima de los promedios nacionales -más hombres que mujeres- debido en parte a una mayor migración femenina del campo a las ciudades y también por una sobremortalidad de las mujeres en el campo. Los índices en la población de edad avanzada están por encima de 100 en el rango de 60 a 84 años de edad y no es sino hasta el grupo de 85 años y más que comienza a haber más mujeres que hombres.

En el caso de las localidades semiurbanas los índices de masculinidad no se separan demasiado de los promedios nacionales, son significativamente menores a 100 con

lo que se observa el predominio numérico de la parte femenina. Asimismo, en el ámbito plenamente urbano, la población envejecida femenina es mayoritaria. En los grupos de edad 60-64 y 65-74 el índice es muy cercano a 80 hombres por cada cien mujeres, en el de 74-84 es de 69.6 y ya en las edades últimas de 85 años y más es de 56.8, es decir, en ese último tramo de la vida el número de mujeres es casi el doble que el de los hombres.

Este nuevo perfil demográfico está planteando nuevas demandas de seguridad social, cuando aún existen necesidades primarias insatisfechas. Esta fue una de las razones por las que se decidió llevar a cabo la reciente reforma al Sistema de Seguridad Social expresado en la nueva Ley del Seguro Social, que entrará en vigor el 1° de julio de 1997.

Las reformas tocan los ámbitos de: los servicios médicos, las prestaciones por invalidez, la protección a los sobrevivientes y otros beneficios sociales como son las guarderías. Sin embargo, la parte central del cambio se refiere a la transformación en el otorgamiento de las pensiones.

Actualmente, alrededor del 37 por ciento de las mujeres económicamente activas son aseguradas permanentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Seis de cada 10 trabajadoras asalariadas cuentan con seguridad social como titulares de los servicios. De éstas, el 88 por ciento están en edad fértil. Debido a las características de su inserción en el mercado laboral, el impacto de esta nueva ley de seguridad social en ellas será distinto al que experimenten los hombres.

Sin pretender efectuar un análisis profundo de la nueva Ley del Seguro Social, a continuación me permitiré destacar algunos aspectos en relación con los efectos específicos para mujeres y hombres que podrían derivarse de su puesta en marcha.

1. En la nueva Ley no se plantean consideraciones de género; sin embargo, se mantienen las prerrogativas y derechos para el seguro de maternidad y el seguro de guarderías, que la Ley Federal del Trabajo contempla en el Capítulo de "Mujeres", y que ya existían en la Ley del Seguro Social abrogada. Más aún, el nuevo esquema de financiamiento del seguro de maternidad y salud tiene las siguientes ventajas:
 - Por una cuota mensual de \$135.00 cada trabajador(a) y su familia tendrán derecho a todos los servicios médicos del IMSS. La población no asalariada femenina y las jefas de familia serán beneficiadas en particular las trabajadoras domésticas.
 - Hace posible la incorporación de los trabajadores por cuenta propia, de los trabajadores en el sector informal, y de sus familiares, en el sistema de seguridad social. El pequeño comercio en general y el ambulante en particular tienen una fuerte participación de mujeres.

- El gobierno contribuye con una mayor proporción conforme a la cuota de los trabajadores con menores salarios. Las mujeres están ubicadas en la parte inferior de la escala salarial, es un diferencial promedio del 32 por ciento respecto al salario de los hombres.
 - El nuevo sistema garantiza la autosuficiencia financiera del seguro de maternidad y salud, sin aumentar los costos para los trabajadores y los patrones.
2. Del diseño de un nuevo esquema de pensiones se derivan indirectamente ventajas para las mujeres, como las siguientes:
 - a) Por las características del trabajo de las mujeres y la frecuente interrupción laboral ocasionada por la asignación de roles preestablecidos en la sociedad que la hacen fundamentalmente responsable no sólo de la maternidad, sino también del cuidado de los hijos o por no existir condiciones objetivas favorables de empleo, quienes resultaban más vulnerables bajo el anterior esquema de pensiones eran las trabajadoras. Las y los asegurados que dejaban el empleo antes de alcanzar el número de semanas de cotización previsto por la ley para poder gozar de la pensión perdían sus ahorros. En este caso se encontraban un gran número de mujeres. En el nuevo esquema, los y las trabajadoras podrán reingresar al mercado de trabajo cuantas veces lo requieran, sin ver afectado su fondo de ahorro para la pensión de vejez o de cesantía en edad avanzada. Por el contrario, ahora este fondo podrá ser superior, si es invertido apropiadamente por la AFORE elegida.
 - b) Otro beneficio indirecto es la pensión mínima garantizada, que el Estado asegura a quienes reúnan los requisitos de ley. Esta también beneficiará en mayor medida a más mujeres que hombres, toda vez que la mayoría de las mujeres trabajadoras se encuentran en el rango de ingresos más bajos del mercado de trabajo. Si bien las mujeres han duplicado su tasa de participación en los últimos 20 años, también es cierto que lo han hecho en los empleos peor remunerados del sector formal de la economía y bajo condiciones adversas en el sector informal.
 - c) Su participación en el sector informal de la economía y su carácter de jefas de familia también las hará mayoritariamente potenciales beneficiarias del seguro de salud para la familia, con la aportación de \$135 pesos mensuales que la ley prevé.
 3. Las asalariadas centran su interés en el seguro de guarderías. Al respecto, conviene hacer varias reflexiones:
 - a) La contingencia protegida por este seguro debería ser, sin lugar a duda, el riesgo que sufre el o la trabajador(a) al no poder cuidar durante la jornada de

trabajo al hijo menor (a partir del 43o. día de su nacimiento y hasta los 4 años). Sin embargo, la Ley considera que se trata de un derecho de las trabajadoras y los trabajadores viudos o divorciados que conserven la custodia de los hijos. Desde el enfoque de género, sería importante pugnar por que el derecho al seguro de guardería se convirtiese en una protección a todos los trabajadores, independientemente de su sexo o estado civil. Asimismo, se dejaría a la pareja trabajadora la elección de este derecho, ya que no podría ejercitarlo simultáneamente.

- b) Bajo el supuesto anterior, el seguro de guardería debe tener como sujetos a los trabajadores independientemente de su sexo y condición civil, en vez de tener como sujeto sólo a la trabajadora o al trabajador viudo o divorciado que conserve la custodia de sus hijos. El hecho de que este seguro haya surgido como producto de la demanda de las trabajadoras no lo convierte en sí mismo en un derecho que las deba beneficiar de manera exclusiva en su condición personal o en su condición femenina. Reconocerlo así equivaldría a aceptar que sólo las mujeres son totalmente responsable del cuidado y la crianza de los hijos, mientras que éstas son responsabilidades de la pareja en conjunto, tal como lo reconoce la ley civil. Lo mismo ocurriría en el caso de suponer que se trata de un derecho subjetivo de los trabajadores en su condición monoparental, al quedar viudos o divorciados con la custodia de hijos.

Por lo tanto, debe avanzarse hacia el reconocimiento de que éste es un seguro ante el riesgo de que los padres que trabajan no puedan cuidar de sus hijos durante la jornada de trabajo, y no sólo considerar a la madre o el padre viudo o divorciado que conserve la custodia de los hijos.

- c) Por otro lado, la Ley es omisa en cuanto a proteger a los trabajadores unidos en concubinato y que a la muerte de la concubina se encuentran en el mismo supuesto de los padres viudos. Actualmente la viudez en tanto condición jurídica sólo queda acreditada cuando muere el esposo o la esposa de matrimonio civil.
- d) En el corto plazo, el financiamiento el seguro de guardería es trascendente. Significa un avance el hecho de que la Ley garantice la aportación del 1 por ciento del salario de cotización a su financiamiento, en tanto que para las prestaciones sociales institucionales solamente se podrá destinar hasta el veinte por ciento de dicho monto. De esta manera, se evita el que se utilice más del 20 por ciento de esa cuenta para otros fines. Asimismo, los patrones son responsables de cubrir íntegramente la prima para el financiamiento de las prestaciones, independientemente de que tengan o no trabajadoras.

Esto es particularmente importante si se considera que del total de la

población trabajadora asalariada, el porcentaje de mujeres con hijos en edad de utilizar el servicio de guardería es muy elevado. De acuerdo con el cálculo más conservador, existe una demanda potencial de más de un millón de espacios, mientras que actualmente sólo se proporciona el servicio alrededor de 60,283 mujeres. Como se puede advertir, el déficit es muy elevado. Se aplicarán nuevos y variados esquemas de guarderías comunitarias y privadas para reducir la demanda insatisfecha, aunque habrá que realizar un esfuerzo colosal para cumplir cabalmente con el propósito de este seguro.

Espero que estas consideraciones, en unión de la reflexión colectiva que estamos efectuando, contribuyan a ampliar las perspectivas de la seguridad social, así como a crear conciencia respecto de las distintas necesidades que en ese contexto enfrentan los hombres y las mujeres.

Por último, en nombre del Programa Nacional de la Mujer extiendo un amplio reconocimiento al Instituto Mexicano del Seguro Social por la promoción que culminó en la aprobación de la Nueva Ley del Seguro Social que, sin lugar a dudas, redundará en significativos avances para la población trabajadora y, en particular, para las mujeres.

Bibliografía consultada

- Esponda, Blanca R. (1996). Analysis of the Mexican Social Security System. Ponencia presentada en el Max-Planck Institute for International and Foreign Social Rights, Munich, Alemania, noviembre 22.
- Ham Chande Roberto (1996). De la Solidaridad Intergeneracional a la Privatización de las Pensiones. *Demos 9*, 1996. México, D.F., pp.36-37.
- Ham Chande, Roberto (1994). Salud y Bienestar frente al Proceso de Envejecimiento. Secretaría de Salud. Centro de Estudios en Población y Salud. México, D.F.
- Poder Ejecutivo Federal (1995). Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000.
- Secretaría de Salud (1996). La Perspectiva de Género en Salud Reproductiva. Dirección General de Salud Reproductiva, México, D.F.



LAS PRESTACIONES SOCIALES EN EL NUEVO ENTORNO INSTITUCIONAL

Por: José Antonio Morán Z.

Es Licenciado en Economía por la Universidad Nacional Autónoma de México y cursó la Maestría en Desarrollo y Planificación en la misma Universidad. Ha ocupado diversos cargos dentro de la Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos y dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente se desempeña como Jefe de la División de Estudios en Bienestar Social del Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social, A.C.

1. Antecedentes de las Prestaciones Sociales

El Instituto Mexicano del Seguro Social fue creado en 1943 con el propósito de proteger al trabajador y su familia de los eventos que dañaran su salud y su economía. Pero más aún, buscaba facilitar el desarrollo integral de sus asegurados, de manera tal que éstos pudieran incorporarse al proceso productivo con mayor tranquilidad y seguridad.

En ese entonces, las autoridades del Instituto identificaron situaciones adversas de la población como la insalubridad, la deficiente nutrición y el bajo nivel educativo. Para cubrir los rezagos que en materia de salud y mínimos de bienestar no se habían otorgado, se requería de grandes esfuerzos.

Dentro de los servicios médicos se vio la necesidad de incluir la educación para la salud y las actividades de medicina preventiva a fin de mejorar el impacto en la salud de la población derechohabiente. Como iniciativa de los propios médicos del IMSS, se comenzaron a dar pláticas de educación para la salud en las salas de espera de las unidades de medicina familiar, donde acudían principalmente mujeres en edad fértil y niños.

En un principio, la implantación de los servicios de la seguridad social en México fue difícil. La medicina social era desconocida en México ya que sólo se había practicado la medicina privada con una cobertura muy reducida y elitista. Los servicios de salud del sector público habían tenido escasos recursos y, por ende, sus logros eran muy limitados. Además, el modelo imperante y utilizado consistía en recurrir a los servicios de salud cuando ésta se había perdido.

Por otro lado, a partir de 1956, se acentúa la incorporación femenina a la vida laboral. Dentro del marco de la seguridad social, se busca apoyar a la mujer trabajadora favoreciendo su desarrollo integral a través de actividades deportivas, culturales y de aquellas que mejoraran su economía familiar, su alimentación y su educación. Bajo estas premisas, el mismo año de 1956, se crean las casas de la asegurada. Estas son las primeras unidades de las prestaciones sociales y sus objetivos fueron los siguientes:

- Auxiliar a las prestaciones médicas en la promoción de la medicina preventiva y la educación para la salud.
- Promover un uso más racional y adecuado de los servicios institucionales, orientado a la población derechohabiente.
- Desarrollar acciones solidarias conjuntamente con la comunidad para promover la salud y su bienestar.
- Facilitar el acceso a la educación, la cultura y el deporte.

Fue tal el éxito de las Casas de la Asegurada, que sus programas y actividades se ampliaron a un mayor número de derechohabientes del IMSS. Estas se transformaron, en los años sesenta, en centros de seguridad social para el bienestar familiar. Muchos de ellos contaban con centros de capacitación y adiestramiento técnico, teatros y unidades deportivas, que en esa época se construyeron integrados al conjunto arquitectónico de algunas clínicas y hospitales, donde el propósito era brindar una atención íntegra al derechohabiente.

En 1973, las prestaciones sociales cobran especial relevancia al quedar asentadas formalmente en la ley y definir sus objetivos, a saber: *fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y elevar el nivel de vida de la población.*

En ese entonces, las unidades deportivas y los teatros constituían la infraestructura más importante del país en esas áreas, por lo que se convirtieron en el escenario natural de atletas de alto rendimiento y de los actores más destacados. Con ello, el IMSS alcanzó especial distinción. Sin embargo, esta situación provocó que se desviarán los objetivos de las prestaciones sociales al dedicarse a una población muy reducida.

Posteriormente, las actividades de Prestaciones Sociales se abrieron a toda la población, para dar respuesta a la creciente demanda que el país tenía sobre capacitación técnica y de cursos para mejorar la economía familiar.

En 1986, en un intento de reorientar a las prestaciones sociales, se desarrollaron programas enfocados hacia el fomento de la salud integral con las siguientes políticas:

- Atender prioritariamente a la población derechohabiente y entre ésta, a aquella de mayor riesgo como jubilados y pensionados, mujeres aseguradas y en edad fértil, y pacientes en proceso de rehabilitación.
- Promover la participación de la población en el autocuidado de la salud.
- Establecer estrecha coordinación interinstitucional, particularmente con el área médica.

El impacto provocado fue poco sólido ya que continuaron las tendencias hacia el deporte de alto rendimiento y la cultura excelsa.

En 1995, dentro de los cambios sustantivos que se realizan a la Ley del Seguro Social, se eleva a rama de Seguro a las Prestaciones Sociales, con el propósito de mantener su vigencia y así continuar con la política del gobierno mexicano de una Seguridad Social Integral.

De esta forma, las prestaciones sociales en el nuevo entorno institucional, se conciben como acciones de prevención y fomento con un objetivo muy claro: el de contribuir a modificar los factores de riesgo y evitar las enfermedades. Esto, a su vez, busca reducir la carga de las Prestaciones Médicas y Económicas en la atención del daño y de sus secuelas.

Se espera que las prestaciones sociales impacten positivamente la salud de la población derechohabiente a través de las siguientes medidas:

- Reconceptualizar sus acciones para ser un apoyo a la atención a la salud.
- Definición precisa de universos de trabajo, de manera que puedan jerarquizarse las acciones.
- Formalización de una amplia base de participación comunitaria a partir de los programas de fomento de la salud y bienestar en los Centros de Seguridad Social y Unidades de Medicina Familiar.
- Modernización y consolidación de la eficacia administrativa de los centros de seguridad social, teatros, unidades deportivas, velatorios, tiendas y centros vacacionales, así como la ampliación de su cobertura y el logro de su autofinanciamiento.

2. Importancia de las Prestaciones Sociales

Al elevarse a rango de seguro las prestaciones sociales, se conciben éstas como un elemento de la política social y de fomento de la salud de la Institución. Esto es particularmente relevante dado el panorama de salud de la población que viene determinado, cada vez más, por una serie de factores sociales; económicos y culturales.

2.1 Panorama demográfico y epidemiológico

En México, durante las últimas décadas se ha registrado un incremento sustancial en la esperanza de vida al nacer. En 1950 ésta era de 47 años y para 1995 se estimó en 72 años. Con ello, la estructura por edad de la población ha sufrido modificaciones importantes, sobre todo, al aumentar la proporción de personas de 60 años y más. Esto tiene fuertes implicaciones en el ámbito de salud ya que la gente vive más, aumentando así el tiempo en el cual se está expuesto al riesgo de contraer y padecer enfermedades crónico-degenerativas y de sufrir accidentes y lesiones.

En este nuevo contexto, la prevención toma una especial relevancia ya que muchos de los padecimientos que conforman el grupo de enfermedades crónico-degenerativas, así como buena parte de los accidentes y lesiones, han sido asociados con estilos de vida particulares que tienen implícitos factores de riesgo. Dichos factores son susceptibles de modificarse ya que las prácticas que los generan pueden cambiarse por otras más sanas. De hecho, éstas deben fomentarse desde la infancia a fin de contribuir a un desarrollo sano de los individuos que, a su vez, se reflejará en un mejor desarrollo colectivo. Es en este marco que las prestaciones sociales pueden contribuir al bienestar de los individuos, a través de distintas actividades recreativas, culturales y deportivas entre otras.

2.2 Estilo de vida como principal determinante del estado de salud.

Actualmente se concibe a la salud como el resultado de la influencia de cuatro factores:

- 1) La atención a la salud,
- 2) Biológico - genéticos,
- 3) Ambientales y
- 4) Estilos de vida.

De acuerdo con un estudio realizado en Canadá, estos factores contribuyen en un 11%, 27%, 19% y 43%, respectivamente, al nivel de salud de la población (Dever, 1991). Como puede observarse, los estilos de vida son el factor que más incide en la salud ya sea positiva o negativamente.

En su apoyo a la atención a la salud, las Prestaciones Sociales constituyen una instancia adecuada para incidir en aquellos hábitos personales que conforman los estilos de vidas y que impactan la salud.

En un sentido amplio, el concepto de estilo de vida alude a la manera en que los individuos traducen sus condiciones de vida (situación material u objetiva) en patrones de comportamiento (Frenk et al., 1991). Para efectos del estado de salud, este

concepto se refiere a los riesgos autogenerados por los patrones de comportamiento individuales, en los siguientes ámbitos:

- **Ocio.** Un ejemplo de ello es la forma de recreación o la falta de la misma.
- **Hábitos de consumo.** Estos se manifiestan en los casos del tabaco, alcohol, las drogas y el azúcar. En el caso del alcohol, el consumo es considerable desde la adolescencia. Ello tiene fuertes repercusiones en el ámbito de salud ya que se ha encontrado que el consumo de alcohol está asociado con la violencia familiar, riñas callejeras, accidentes automovilísticos y muertes violentas. Todos estas situaciones representan altos costos económicos y sociales.
- **Las ocupaciones.** Las presiones de trabajo causan estrés, angustias y tensiones; además, se ha evidenciado que el trabajo caracterizado por falta de control, oportunidades escasas para el desarrollo personal y tareas repetitivas aburridas, está asociado con un aumento del riesgo cardiovascular¹. Asimismo, hay ocupaciones que implican un sedentarismo que de no contrarrestarse en el tiempo libre puede ser altamente riesgoso para la salud.
- **Otros.** Como las prácticas sexuales sin protección.

Los riesgos autogenerados en estos ámbitos reflejan decisiones individuales que tienen impactos en la salud y sobre las cuales se tiene mayor o menor control. Así, las decisiones incorrectas dan como resultado modos de vida destructivos que contribuyen a un mayor nivel de enfermedad y hasta una muerte prematura.

El número de conductas que se traducen en factores de riesgo para la salud es, en realidad, limitado, aunque sus efectos se reflejan en un gran número de padecimientos. Entre esas conductas destacan el consumo de tabaco, de alcohol y el abuso de drogas, la mala alimentación, la falta de actividad física adecuada, el uso irresponsable de automóviles y las prácticas sexuales riesgosas. Es sobre ellas que es necesario incidir no sólo recomendando evitar su práctica, sino más bien, generando alternativas saludables.

Con la prevención se busca evitar la enfermedad antes de que ocurra y sobre todo, el énfasis se pone en la salud y el bienestar y no en la enfermedad. Para contribuir en la gran tarea que significa la prevención ha de buscarse la creación de espacios donde los derechohabientes puedan motivarse para cambiar sus estilos de vida dañinos. La prevención es un área muy importante que las instituciones deben tener en cuenta y promover desde los servicios de salud, sobre todo, dado que las sumas invertidas en algunos programas curativos resultarían más efectivas si fueran reservadas para la prevención de algunas enfermedades.

¹ Las enfermedades cardiovasculares y los trastornos de la tensión arterial son considerados especialmente sensibles al estrés.

Cabe mencionar que los problemas en los servicios de salud en términos de presupuesto, accesibilidad, disponibilidad y calidad, han contribuido, en buena medida, a poner un mayor énfasis en la prevención de la enfermedad a partir del estilo de vida. De hecho, puede apreciarse que la población se preocupa cada vez más por su condición física y mental, esto es, por el cuidado de la propia persona. Esto lo confirma la creciente práctica de algunos deportes y disciplinas de meditación, y el consumo de alimentos sanos. Este nuevo escenario debe ser aprovechado por los profesionales de la salud.

2.3 ¿Cómo se insertan las Prestaciones Sociales dentro del nuevo panorama epidemiológico, sus determinantes y la necesidad de prevención?

Las actividades de Prestaciones Sociales tienen como propósito contribuir al fomento de la salud, prevenir enfermedades y a la elevación de los niveles de la vida de la población usuaria. Entre ellas, destacan las actividades deportivas, educativas y artísticas. Estas pueden contribuir a disminuir o modificar los principales factores de riesgo para la salud tales como la vida sedentaria, obesidad, tabaquismo, alcoholismo y drogadicción. Resulta entonces que a través de la promoción y oferta de diversas actividades, las Prestaciones Sociales contribuyen a el desarrollo y participan en la construcción de una población más sana.

Es importante señalar que se ha encontrado que aquellas personas que participan en algún tipo de actividad de entretenimiento, como deportes o arte, cuentan con mejor potencial para hacer frente a situaciones que en otra condición los haría enfermarse o caer en depresiones (Coleman, 1993). De manera general, el entretenimiento contribuye al bienestar de las personas al ayudarles a mantener su salud física y mental. Esto se debe a que las actividades que lo conforman se dan en un marco de apoyo social y fuerte motivación personal, lo cual contribuye a reducir el impacto del estrés.

El estrés es producto, entre otros factores, de experiencias negativas en la vida de los individuos y termina por reducir las defensas para hacer frente a las enfermedades. Es aquí donde el apoyo social y la motivación que surgen de la práctica de alguna actividad de entretenimiento, contribuyen al fortalecimiento tanto físico como mental de las personas

Los individuos, por lo general, participan en actividades de entretenimiento como parte de un grupo social y es precisamente el hecho de no sentirse solos en el tiempo libre, lo que hace que se perciban a sí mismos como socialmente apoyados. Es esa percepción la que los acompaña cuando surge un evento negativo al cual deben hacer frente.

Es importante reconocer que la salud no se conforma solamente de la parte física o biológica sino también de la social y de la mental. Los efectos de las diversas

formas de tensión externa están moldeados por el medio social, económico y cultural en el cual se hallan insertos los individuos. De hecho, los vínculos comunitarios afectan particularmente al estado de salud².

En resumen, las acciones que, en apoyo a la atención a la salud se desarrollan en prestaciones sociales puedan influir en los estilos de vida de una parte de los derechohabientes que reciben sus servicios.

Actualmente el **CEDESS** y **FUNSALUD** están trabajando en la identificación de poblaciones de alto riesgo de enfermedades particulares para así poder enfocar los programas de las prestaciones sociales a actividades que contribuyan efectivamente a mejorar las condiciones de salud de su población derechohabiente. El propósito es seleccionar las intervenciones más costo-efectivas, considerando las actuales actividades y en caso de ser necesario, proponer algunas otras. Lo importante es que éstas se encaminen a abatir la incidencia de padecimientos que pueden prevenirse al participar en prácticas recreativas como en el caso del deporte. Además, es conveniente que las intervenciones estén centradas en la modificación de los factores de riesgo para diversas enfermedades, de manera tal que se contribuya a la promoción de una cultura de la salud.

Cabe mencionar que hablar de *costo - efectividad* en el ámbito de los servicios de atención a la salud, cobra especial relevancia dado que los recursos con que se cuenta cada día son más escasos, a la vez que algunos problemas de salud se incrementan como son las violencias, las enfermedades crónico-degenerativas y las de transmisión sexual.

Entre las actividades que se ofrecen en el ámbito de las prestaciones sociales encontramos, por ejemplo, la actividad física en forma de clases de *aerobics*. Se ha observado que esta práctica puede reducir el riesgo para las siguientes enfermedades crónicas: enfermedad coronaria, hipertensión, accidente vascular cerebral, diabetes mellitus tipo II, osteoporosis, salud mental, depresión y ansiedad.

La práctica de *aerobics*, al igual que diversos talleres, no representan altos costos, sobre todo, de realizarse en forma comunitaria. Esto quiere decir que se llevan a cabo en espacios compartidos por la comunidad (iglesia, por ejemplo), apoyadas por un monitor.

3. Conclusiones

La contribución del Instituto Mexicano del Seguro Social al bienestar y la salud de su población derechohabiente, durante más de 50 años, ha permitido un descenso importante en las tasas de mortalidad, así como un incremento en la esperanza de

2 Se ha demostrado que los hombres tienden a apoyarse significativamente más en sus esposas en busca de ayuda e intimidad, en tanto que la mujeres se basan en una mayor variedad de recursos sociales (Evans et al., 1996).

vida al nacer. Sin embargo, el hecho de que la esperanza de vida se haya incrementado, no se ha traducido en mejoras en la calidad de vida, sobre todo, para los últimos años de vida. Es necesario por tanto, contribuir al desarrollo de personas sanas inculcando prácticas y hábitos positivos para la salud desde la infancia. De esta forma se estaría apoyando el desarrollo de una cultura de bienestar en la que el individuo participara activamente.

En el contexto generado por la transición de una etapa en que predominaban las enfermedades agudas e infecciosas, a la actual en que las crónica-degenerativas y los accidentes y lesiones explican mayoritariamente las enfermedades y las muertes, la prevención toma una especial relevancia. En este marco, las prestaciones sociales se convierten en un campo idóneo para promover actividades preventivas que respondan a las necesidades de recreación y entretenimiento de la población derechohabiente y que, a su vez, contribuyan a un mejor estado de salud.

Para mejorar el estado de salud de la población, la sola inversión en los servicios médicos no es suficiente. La salud se mejora también, cuando se actúa sobre los factores de riesgo, esto es, de manera preventiva. De ahí la importancia de las prestaciones sociales y la necesidad de concebirlas como:

- Parte fundamental del sistema institucional de atención a la salud.
- Un elemento importante de la política social y de fomento de la salud de la población derechohabientes del IMSS.
- Una de las inversiones más valiosas de la seguridad social es el ser humano.

Bibliografía

- CALDWELL, John C. (1993). Health Transition: The Cultural, Social and Behavioural Determinants of Health in the Third World. Social Science and Medicine 36(2):125-135.
- COLEMAN, D. et al. (1993). Leisure Based Social Support, Leisure Dispositions and Health. Journal of Leisure Research 25(4):350-361
- DAVISON, Charlie; FRANKEL, Stephen & SMITH, George Davey (1992). The Limits of Lifestyle: Re-assessing «Fatalism» in the Popular Culture of Illness Prevention. Social Science and Medicine 34(6):675-685.
- DEVER, G.E. Alan (1991). Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. E.U.A.
- EVANS, Robert G.; BARRER, Morris L & MARMOR, Theodore R. (1996). ¿Por

qué Alguna Gente Está Sana y Otra No? Los Determinantes de la Salud de las Poblaciones. Ediciones Díaz de Santos. Madrid.

- FRENK-MORA, Julio; BOBADILLA, José Luis; STERN, Claudio; REJKA, Tomás & LOZANO, Rafael (1991). Elements for a Theory of the Health Transition. Health Transition Review 1(1):21-38)
- LOZANO, Rafael; MURRAY, Christopher J.L.; FRENK, Julio, BOBADILLA, José Luis y FERNANDEZ Sonia. (1994). El Peso de la Enfermedad. Fundación Mexicana para la Salud. México.
- LUNA-SANTOS, Silvia (1995). Mortalidad Adulta en la Ciudad de México: una Perspectiva desde el Acceso a los Servicios de Salud y el Estilo de Vida. Tesis de Maestría en Demografía. Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano. El Colegio de México.
- RILEY, James C. (1990). The Risk of Being Sick: Morbidity Trends in Four Countries. Population and Development Review 16(3):432.



GUARDERÍAS, ESTRATEGIAS DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA

**Por: Ana María García
Cervantes**

Es Profesora de Educación Preescolar, acreditada en Perugia, Italia, sobre el método MONTESSORI. Se ha desempeñado como Directora, Supervisora, Coordinadora Delegacional y Titular de la Jefatura de Servicios de Guarderías de nivel central del Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente es Titular de la coordinación de Guarderías a nivel nacional.

La seguridad social como obra humana posee una gran pluralidad de valores que siempre coincidirán en su esencia. Baste señalar que los esfuerzos que los países realizan están encauzados a satisfacer las necesidades sociales básicas y fundamentales para la vida colectiva, entre ellas, el mejoramiento de la salud, de la nutrición, de la vivienda y la protección a la infancia.

Particularmente el nuevo papel de la mujer, que de ser esencialmente hogareña, dependiente de su cónyuge y entregada en forma exclusiva al cuidado y la educación de sus hijos, ha pasado a ingresar al proceso productivo del país. Este hecho de transformación económica, social y cultural ha colocado a la madre y al niño en un sitio muy destacado dentro de la seguridad social en los últimos años.

Tomando como punto de partida el presente siglo y solamente como antecedente histórico cronológico, citaré los nombres de algunas instancias que en México fueron creando servicios o centros de asistencia infantil.

En 1929 la entonces "Asociación Nacional de Protección a la Infancia" fundó diez "hogares infantiles".

En ese mismo periodo, la Secretaría de Salubridad y Asistencia establece guarderías para dar el servicio a los hijos de comerciantes de escasos recursos económicos.

A petición del sindicato del magisterio, en 1940 se estableció la guardería infantil anexa a la Escuela Nacional de Maestros.

Dos años después, en 1942, surge la primera guardería infantil para hijos de empleados de la Secretaría de Educación Pública.

Así también en 1943 el Departamento del Distrito Federal, crea dos guarderías infantiles para los hijos de sus empleados.

Por lo que corresponde al Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1946 establece su primera guardería infantil para los hijos de la trabajadoras, como prestación contractual.

La cada vez mayor incorporación de madres de familia a la vida productiva del país, derivó en la reglamentación del servicio de guardería infantil, dándole carácter obligatorio a su otorgamiento, el cual quedó consignado en el artículo 171 de la Ley Federal del Trabajo en 1962.

En 1973 el Gobierno de la República expidió una nueva Ley del Seguro Social; con las reformas, se estableció la obligación a los patrones del financiamiento de este servicio, con la aportación del 1% que por salario paguen a todos sus trabajadores.

Es así como el Instituto Mexicano del Seguro Social se convierte en rector y prestador del servicio de guardería infantil al tener firme apoyo en una base jurídico-financiera para garantizar el desarrollo y otorgamiento eficiente de esta prestación social, con rango de seguro obligatorio, sin carga económica para la madre trabajadora asegurada, cuyos hijos comprendan la edad de 43 días de nacido hasta los cuatro años.

Por su profundo contenido humano, su especial trascendencia individual, familiar y comunitaria, la guardería infantil representa un vivo ejemplo de institución de la seguridad social.

Según la definición de la Organización de Naciones Unidas, guardería infantil es un servicio social organizado para atender a los niños cuyos padres se ven obligados a permanecer fuera de su casa por razones de trabajo; esto siempre y cuando las circunstancias exijan la necesidad de complementar la asistencia que normalmente le debe ser proporcionada en el hogar.

Desde el enfoque del sector estatal, este servicio se considera como el instrumento de carácter asistencial, responsable de administrar protección y atención al menor.

En el marco jurídico, se puede definir como la prestación obligatoria que genera el derecho estricto que tiene la madre trabajadora de que su hijo sea atendido durante la jornada laboral, y cuyo costo lo absorbe la empresa contratante.

Bajo una perspectiva económica, representa un medio que incrementa la capacidad de ingreso de la mujer trabajadora, constituyendo un salario complementario; de otra manera la madre tendría que hacer la erogación de su propio peculio para la atención y educación de su hijo en sus primeros años de vida.

En una definición más amplia, la guardería infantil es un servicio socialmente organizado de trascendencia incuestionable para el niño, la madre, la familia y la sociedad.

El término "guardería" significa guarda, custodia, cuidado y protección. Fue adoptado por el Instituto Mexicano del Seguro Social pensando en el simbolismo social y humano que encierra y definiéndolo como un espacio dotado de afecto para seres humanos en los primeros años de su vida.

El propósito esencial de la guardería infantil es preparar formativamente en sus tres dimensiones al niño -biológica, psicológica y social -, para que sea en el futuro un ciudadano sano, comprensivo y fraterno, que pueda desempeñar debidamente su papel en la sociedad.

Con ello se pone de manifiesto su amplia generosidad como servicio social moderno; que al ser tan extensa la repercusión, conviene profundizar en su valor proyectivo:

Con relación al niño:

Mejora sus condiciones de salud; especialmente en su estado nutricional y de crecimiento, con la formación de buenos hábitos.

Previene contra enfermedades y accidentes a los que está expuesto por su edad.

Fomenta el amor y el respeto hacia sus padres y las personas que le rodean.

Construye las bases del aprendizaje para facilitar el ciclo educativo en su formación futura.

En suma, se genera en el niño las raíces para el crecimiento y desarrollo de una persona en condiciones de salud que le permitirán adecuarse fácilmente al cambiante medio social donde se desenvuelve.

Con relación a la madre:

Puede disponer del tiempo suficiente para desarrollar cualquier trabajo y realizarse según sus aspiraciones.

Adquiere conocimientos y recibe orientación en relación con sus funciones maternas y familiares.

Mejora su productividad en todas las actividades que realice al sentir la tranquilidad de que su hijo es atendido adecuadamente.

Con relación a la sociedad:

El grupo comunitario se ve enriquecido con el inicio de una "política familiar elemental", provocando una corriente de confianza, simpatía y adhesión, hacia las instituciones que proporcionan este servicio social que el Estado ha creado para su beneficio, fomentando así un sentimiento de pertenencia.

A más de medio siglo del surgimiento de la primera guardería infantil para los hijos de los trabajadores del propio Instituto, y a más de dos décadas de la creación de

las guarderías infantiles para hijos de las trabajadoras aseguradas a través del tiempo las políticas, planes y programas de crecimiento se han modificado para atender las actuales necesidades sociales y la demanda de este servicio.

Forman parte de esos cambios los diferentes esquemas de guardería que se han implementado basados en los resultados de las pruebas piloto, utilizadas como experiencia de aprendizaje.

Para lograr una mayor cobertura de la demanda, se ha puesto en práctica en forma gradual diferentes tipos de guardería.

El esquema Madres IMSS, data de 1946, otorga el servicio como prestación contractual para hijos de madres trabajadoras del Instituto. Atiende a niños hasta los seis años de edad proporcionado con personal contratado por el Instituto. Actualmente operan 8 guarderías, siete en el Distrito Federal y una en el Estado de México. La capacidad instalada es de 1,812 lugares.

El esquema ordinario creado en 1973, para hijos de madres trabajadoras aseguradas en el régimen obligatorio atiende a niños hasta los cuatro años de edad; el personal es contratado por el Instituto; su cobertura actual es de 134 unidades distribuidas en todo el país, con capacidad instalada de 28,062 lugares.

El esquema participativo inicia en respuesta al Plan Nacional de Desarrollo 1983 - 1988, el cual señala entre sus objetivos la necesidad de "... Mejorar la eficiencia de las guarderías actuales y diseñar y probar nuevos modelos que permitan la expansión de los servicios con el apoyo y participación de organizaciones sindicales, comunidades y padres de familia, ofreciendo así alternativas de atención a todas las madres trabajadoras que demanden el servicio".

El Instituto, apoyándose en el artículo 192 de su Ley, y mediante un acuerdo del Honorable Consejo Técnico inició este esquema de guardería que opera bajo las mismas bases legales que el ordinario. El IMSS financia adquisición, remodelación, adaptación y equipamiento. El servicio se subroga a una asociación civil que administra la guardería y contrata al personal seleccionado y capacitado por el propio Instituto. Bajo esta modalidad existen 333 unidades en zonas urbanas y suburbanas del ámbito nacional, con capacidad instalada de 27,844 lugares.

Un aspecto relevante de los modelos descritos, es el costo elevado del servicio, particularmente en los rubros de personal e inversión inmobiliaria.

Con 475 guarderías a nivel nacional, a diciembre de 1996 se atendieron a más de 65,000 niños diariamente, dato que relacionado con la demanda potencial de 867,033 niños nacidos, resulta desalentador.

Conviene destacar que para fines de planeación de ampliación de la cobertura, se considera como demanda potencial los certificados de incapacidad por maternidad

con o sin subsidio, expedidos por el IMSS durante los cuatro años anteriores, siendo la demanda real el 70% de la potencial.

Las anteriores cifras nos revelan que actualmente la cobertura del servicio es insuficiente, hecho que en gran medida se debe a que históricamente el 50% del ingreso del 1% que se percibe por el Seguro de Guarderías, se ha utilizado para apoyar el ramo del Seguro de Enfermedades y Maternidad.

De continuar con la tendencia de crecimiento a través de los esquemas ya descritos, y con la misma disponibilidad financiera, para el año 2000 sólo incrementaría su cobertura en 2 puntos porcentuales con relación al 14.4% de la demanda real, cifra presentada en el Diagnóstico del IMSS.

Así, la falta de autonomía financiera del Seguro de Guarderías, principal limitante para el crecimiento del sistema, sustentó las modificaciones a la Ley del Seguro Social; como:

- La denominación del “Seguro de Guarderías y de las Prestaciones Sociales”
- El reconocimiento como sujetos de derecho de esta prestación a los padres viudos o divorciados con la custodia del menor; y
- La garantía de destinar el 80% de los ingresos provenientes del 1% de este seguro para el ramo de guarderías

Este nuevo ordenamiento legal sienta las bases para planificar un incremento sostenido en el servicio de guarderías, ya que se dispondrá de casi el doble de los recursos financieros asignados hasta la fecha.

Ampliar la cobertura no sólo es un reto institucional, sino un compromiso presidencial expresado en el Segundo Informe de Gobierno en ocasión de las reformas a la Ley del Seguro Social, quedando de manifiesto, duplicar en el mediano plazo la población infantil atendida.

Para responder a esta obligación de ley se han buscado otras alternativas de servicios de guardería que por su viabilidad financiera, sin menoscabo en la calidad, permitan su expansión.

Ante esta búsqueda, a partir de septiembre de 1995 se está explorando un nuevo esquema, el Vecinal Comunitario. Este considerado aún en fase de pilotaje, ofrece amplias posibilidades al evitar la inversión institucional en adquisición, construcción o adecuación y equipamiento de inmuebles, ya que se aprovecha la infraestructura de centros educativos particulares.

Desde un enfoque legal, opera bajo el mismo fundamento que los esquemas ordinario y participativo. El servicio se subroga a una sociedad civil, la cual se obliga a

proporcionar la atención educativa asistencial en los términos señalados en la normatividad del IMSS, con personal seleccionado y capacitado bajo los lineamientos establecidos también por el Instituto. Otra de las características es que el prestador pueda recibir a población abierta y extender sus servicios hasta la etapa preescolar.

Para asegurar que el servicio se proporcione con la calidad convenida, el IMSS se reserva la facultad de supervisar, asesorar y evaluar su operación y consecuentemente medir la satisfacción de los padres usuarios al igual que en los otros tipos de guarderías.

A través de este nuevo esquema, actualmente se han instalado 11 guarderías y se proyectó para 1997 la apertura de 35 unidades.

En síntesis, para el año 2000 se espera atender a 151 mil niños aproximadamente; 69 mil con los esquemas actuales y 82 mil mediante el vecinal comunitario, de lograr la meta trazada y de acuerdo a proyecciones demográficas y financieras, se atendería el 22% de la demanda al término del milenio.

A la luz de las reflexiones, el Diagnóstico del IMSS, producto de profundos estudios, nos enfrentó a una realidad ineludible de cambios para garantizar al Instituto Mexicano del Seguro Social su viabilidad financiera y para fortalecer la calidad y oportunidad de sus servicios.

De haber continuado con la inercia, hoy no se podría hablar de una nueva etapa para la seguridad social, más firme, más sólida y más equitativa.

Con la nueva Ley del Seguro Social, se abren mejores horizontes; los ordenamientos jurídicos del Seguro de Guarderías permitirán disponer mayores recursos financieros para ampliar la cobertura bajo esquemas que conserven la esencia de sus programas de atención a la niñez, pero con mayor flexibilidad en costos y en la operación misma. Además de aumentar fuentes de empleo atendiendo a la gran demanda de las mujeres que ingresan a la planta productiva del país.

Convencidos de estos cambios y necesidades nos daremos a la tarea de apoyar en la consolidación de la seguridad social.



ANALISIS COMPARATIVO DEL BIENESTAR SOCIAL EN AMERICA DEL NORTE

Por: Clemente Ruiz Durán

Versión estenográfica

Es Doctor en Economía, egresado de la Universidad de Pittsburgh. Cursó sus estudios de Licenciatura en Economía la Universidad Anáhuac. Ha sido Investigador Nacional desde 1981 y cuenta con diversos libros publicados. Es Profesor e Investigador de la División de Estudios de Posgrado y de la Facultad de Economía en la UNAM de 1983 a la fecha.

En términos de los indicadores de bienestar en Norteamérica, las diferencias son muy grandes, desde el tamaño de los países y su población. Estamos hablando de poblaciones muy desiguales, Estados Unidos con 263 millones de habitantes, México con 94 y Canadá con una población muy pequeña y un territorio muy grande; además, son poblaciones muy desiguales en edad, por ejemplo, la que tiene 65 años y más, en México es muy pequeña, en Estados Unidos y Canadá, representa una séptima parte de la población.

La tasa de mortalidad infantil en México, sigue siendo elevada comparada con Canadá y Estados Unidos; por el contrario, la tasa global de fecundidad, es sumamente elevada comparada con la de Estados Unidos y Canadá.

Si pasamos a los indicadores de educación, en México, la escolaridad mediana es una tercera parte de la que se observa en Estados Unidos y Canadá; seguimos teniendo un 12% de analfabetismo y, en niveles de bienestar por habitante, mientras Estados Unidos y Canadá ocupan los primeros lugares, México se encuentra en el 49o. lugar.

Esto da la pauta del esfuerzo que en materia de bienestar social tiene que desarrollar México. No sólo es la seguridad social, es todo un conjunto de acciones que tendremos que mejorar para equilibrar las características que existen en México en relación con Estados Unidos y Canadá. México es un país más desigual en el desarrollo de su bienestar social.

Si analizamos la tasa de dependencia de la población mayor de 65 años, contra la población de entre 15 y 65 años, es decir, la población económicamente activa, vemos que en el caso mexicano, la tasa de dependencia es muy baja; sin embargo, incorporamos lo que se llamaría la tasa de dependencia total, que es incorporando a los jóvenes de 0 a 14 años y aumentando los de 65 y más, la tasa de dependencia

total es mucho más alta para México. Debemos en este caso tener políticas de protección, sobre todo a la niñez, que desgraciadamente en México no las hemos logrado realizar.

México debe enfocar sus esfuerzos a la protección de la niñez, que está muy desatendida; el único programa específico, aparte de los programas de la seguridad social, como podrían ser las guarderías, son los desayunos escolares. En cambio, Estados Unidos y Canadá han conceptualizado el apoyo a la niñez como la base de la formación de capital humano, desde los primeros años de vida. En Canadá por tener una población más vieja, se protege mucho a la niñez, para lo que se dan complementos familiares, específicamente para que los niños puedan ser bien alimentados y para su educación.

En lo referente a la población adulta, México, sobre todo, se ha dedicado a tener programas de focalización de la pobreza y no ha desarrollado sistemas, como lo han hecho los otros países, de suplemento del ingreso; es decir, es el único país en América del Norte que no ha logrado definir una línea de ataque a la pobreza y de dar complementos al ingreso de las familias. Los otros países lo que han logrado definir un compromiso social, que establece una línea de la pobreza y a partir de ahí se retribuye a las gentes que estén por abajo de ese nivel.

Finalmente, en lo referente a la vejez, el país que ha tenido una conceptualización global es Canadá, que tiene un sistema de pensión ciudadana. Estados Unidos y México, tienen un sistema de cuentas de capitalización, aunque de manera diferente.

Sin embargo, este sistema se está reformando y, hoy por hoy, en los tres países tiende a ampliarse. En México, hemos decidido hacer reformas a tres partes del sistema de apoyos al ingreso. Uno, el sistema de pensiones, se está reformando el sistema de capacitación para el empleo, así como el sistema de apoyos para la alimentación de la población pobre.

En México, las reformas en este sentido, han sido en tres direcciones. En Estados Unidos, hoy se produce una reforma fuerte al seguro para el desempleo de acuerdo con una nueva visualización de la flexibilidad en el mercado de trabajo; hoy, el seguro para el desempleo parte de la posibilidad de despedir a un trabajador, momento en que este acude al seguro para el desempleo que lo protegerá hasta que encuentre otro trabajo, sin flexibilidad en el mercado de trabajo para absorberla.

Se ha decidido, hacer una reforma en el sistema mediante la cual se tiene que dar un aviso anticipado para el despido. Con esto se piensa reducir la carga del seguro de desempleo y permitir de que las personas puedan por anticipado conseguir nuevos empleos y así reducir el nivel de desempleo en los Estados Unidos.

Además, hay un sistema transferible de pensiones y beneficios de la salud, que se acaban de introducir en los Estados Unidos. La idea de que si cambian de trabajo

se llevan consigo el sistema de pensiones que tenían y con él los beneficios de salud.

En Canadá lo que estamos viendo es de que hay una reforma para el seguro del desempleo, que trata de reducir su beneficio para quienes obtenían beneficios; ahora tendrán que entrar a un proceso de menores prestaciones y acotar más en términos de cuánto tiempo va a durar el seguro para el desempleo.

En el sistema de pensiones también tratan de reducir los costos que involucran las pensiones ciudadanas; entonces, se trata de hacer mayores aportaciones a este sistema. Hay un concepto en el que los canadienses nos llevan años luz: los pobres que trabajan deben recibir también cierto nivel de apoyo; creo que esto nos da una idea de que en América del Norte será una situación que tendrá que ser considerada por los tres países.

En la comparación entre los sistemas de salud de Norteamérica, resulta que el único país que tiene desarrollado un sistema amplio de cobertura de la salud es Canadá.

A diferencia de lo que existe en la mayoría de los países, en donde los sistemas de salud curativos, los canadienses han logrado desarrollar un sistema de cobertura universal basado en una visión preventiva; además los canadienses tienen otra virtud, en términos de su sistema de salud, que ni Estados Unidos, ni México tienen y es que han desarrollado las clínicas familiares muy descentralizadas en términos de la salud preventiva. Esto les da una calidad en la atención en el barrio, donde no se ocupan únicamente del problema de curar sino también de participación en la salud mental y en la salud física.

Esta visión de la salud mental y física se debiera incorporar en todas partes, porque así en la clínica familiar del barrio se tiene que quienes están a cargo de ella conocen a cada uno de sus habitantes y esto significa que saben lo que está pasando; entonces la gente no acude únicamente a que la curen, sino también cuando tienen algún problema con lo que rescatan aquello que pudiéramos llamar la salud comunitaria.

En este sentido, los sistemas de salud en los tres países tienen grandes diferencias. En el sistema de salud de Canadá, las modificaciones no son muy sustantivas; en cambio en México y en Estados Unidos hay programadas fuertes reformas; en el caso de Estados Unidos una reforma de salud ya fracasó.

En los Estados Unidos se temía que se siguieran elevando los niveles de gastos de la salud; desgraciadamente por la oposición de la derecha y por la poca habilidad del gobierno demócrata, se aplicó una reforma incompleta que los debió espantar mucho, porque gran parte de la población de Estados Unidos no recibe ninguna atención de la salud; es un país donde la salud preventiva, desgraciadamente no es

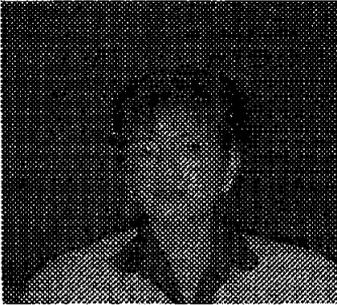
tan amplia como debía de ser. Con el producto interno bruto más grande del mundo hay niños que no reciben vacunación y entonces hoy es un serio problema por lo que fracasó la reforma del sistema de salud en Estados Unidos.

Hoy sus costos de salud son los más altos que existen en cualquier país del mundo; además significan el 18% del su producto interno bruto; entonces algo que no debemos hacer porque si siguiéramos ese camino, el gasto de salud se elevaría demasiado y, no necesariamente si se gasta más en salud la población está más saludable; se gasta más en salud porque son muy ineficientes sus sistemas; hay triplicación de gastos. Vemos a Estados Unidos como el caso de lo que no debiera suceder.

Hay problemas trilaterales de la seguridad social; estamos conformando un mercado de seguridad social, un mercado laboral que se está integrando, con más de 150 millones de gentes y desgraciadamente este mercado laboral se está creando sin reglas claras. Estados Unidos, Canadá y México, no están discutiendo ni siquiera principios que debían de regir de aquí a 25 ó 50 años; estamos cada quien por su lado, y esto nos preocupa; hicimos una reforma de pensiones, que casamos un poco con el sistema de pensiones individuales que tiene Estados Unidos en forma personal, pero no con el sistema de pensiones canadiense.

No sabemos exactamente qué es lo que va a suceder en materia de salud. En la región se está concretando el Tratado de Libre Comercio, que conceptualiza algo de los profesionales dedicados a ver la salud, pero sin embargo está muy lejos que esto signifique la igualdad entre los sistemas de salud en la región.

En apoyos al ingreso, lo que estamos viendo es precisamente que el gobierno Clinton ha dejado que avancen las visiones de la derecha y que con ello muchos de nuestros conciudadanos que se encuentran en Estados Unidos, como 30 millones de gentes, no van a ser sujetos a los apoyos al ingreso porque no se ha discutido esto, y no se quiere discutir. El presidente Clinton estuvo los días anteriores aquí y sin embargo,En la región está faltando, para la seguridad social en Norteamérica, un sistema de normas: ¿Cuáles son las normas que requerimos?, todo ello es el resultado de una distribución del ingreso sumamente desigual, donde México desgraciadamente es el más desigual y, por lo mismo, México es el que debe promover una visión de que el problema de la seguridad social en Norteamérica tiene que ser tratado de forma integral.



EL DESARROLLO HUMANO Y LA SEGURIDAD SOCIAL

Por: **Laura I. López Padilla**

Es Doctora en Estudios de las Sociedades Latinoamericanas, graduada de la Université de la Sorbone. Cursó la Licenciatura en Economía en la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente es Oficial Responsable del Área de Desarrollo Social y Pobreza del Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD/ONU).

En las últimas décadas se han registrado en el mundo en desarrollo significativos avances en cuanto al crecimiento económico y el aumento de los ingresos per cápita; la reducción de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida; la disminución del analfabetismo y el aumento de la escolaridad; la consolidación de los procesos de democratización y la disminución de los gastos militares.

Algunas cifras ilustran estos avances; en el lapso de 1960 a 1993, 30 países han logrado una esperanza de vida superior a los 70 años y el ingreso per cápita aumentó a una tasa anual media del 3.5% entre 1960 y 1991. La matriculación neta en la enseñanza primaria se incrementó en casi dos tercios pasando del 48% al 77%; la contribución a las emisiones mundiales de gases de efecto invernadero sigue siendo inferior a un cuarto de las producidas por países industrializados, aún cuando la población de los países en desarrollo es cuatro veces superior a la de los países industrializados.

Sin embargo, el paradigma del desequilibrio actualmente vigente en el mundo sigue siendo inequitativo y desequilibrado en algunos ámbitos.

El 85% de la riqueza mundial, es decir, el producto interno bruto del mundo (23 billones de dólares), sigue concentrado en los países donde vive el 20% más rico de la población; en cambio, los países con el 20% más pobre de la población mundial disponen únicamente del 1.5% de la riqueza mundial.

La brecha entre los más ricos y los más pobres tiene a ensancharse. La diferencia en cuanto al ingreso per cápita entre el mundo industrializado y el mundo en desarrollo se triplicó, de 5,700 dólares en 1970 a 15,400 en 1993.

El desarrollo humano contempla dos aspectos esenciales: uno es la formación de capacidades humanas tales como un mejor estado de salud y mayores conocimientos, el otro es la forma como los individuos emplean las capacidades adquiridas, ya sea para el descanso, la producción o las actividades culturales,

sociales y políticas. El desarrollo humano implica el equilibrio entre estos dos aspectos.

Esta forma de examinar el desarrollo difiere de los enfoques convencionales sobre el crecimiento económico, formación de capital humano, desarrollo de recursos humanos, bienestar humano o necesidades humanas básicas, a continuación algunos de estos enfoques:

- Las teorías acerca de la formación de capital humano y el desarrollo de los recursos humanos, ven al ser humano primordialmente como un medio y no como un fin, se preocupan únicamente por el aspecto de la oferta y conciben al ser humano como un instrumento para fomentar la producción de bienes, este concepto considera únicamente un aspecto del desarrollo humano, no su totalidad.
- El enfoque de bienestar social considera a los seres humanos más como beneficiarios del proceso que como participantes en él, destaca las políticas de distribución en lugar de las estructuras de producción.
- En enfoque de necesidades básicas generalmente se concentra en el grueso de bienes y servicios que necesitan los grupos desposeídos de la población: alimentos, vivienda, ropa, atención médica y agua. Se centra en el suministro de estos bienes y servicios en lugar de hacerlo como oportunidades del ser humano.

Portanto, el desarrollo humano comprende a los enfoques anteriores pero los supera, al permitir captar mejor la complejidad de vida humana, las preocupaciones que tienen los individuos y las numerosas diferencias culturales, económicas, sociales y políticas en las vidas de los pueblos de todo el mundo. En el desarrollo humano se analiza el crecimiento económico, el comercio, el empleo, la libertad política, los valores culturales y en general los aspectos relacionados al bienestar de las personas desde la perspectiva del ser humano.

En el concepto de desarrollo humano considera cuatro elementos principales:

- Productividad
- Equidad
- Sostenibilidad
- Potenciación

La **Productividad** se refiere a la posibilidad que las personas aumenten su productividad y participen plenamente en el proceso de generación de ingresos y en el empleo remunerado por consiguiente, el crecimiento económico es parte de ello.

La **Equidad** parte de que es necesario que las personas tengan acceso a la igualdad de oportunidades, es preciso eliminar todas las barreras que lo obstaculizan, de modo que las personas puedan disfrutar y beneficiarse de ellas.

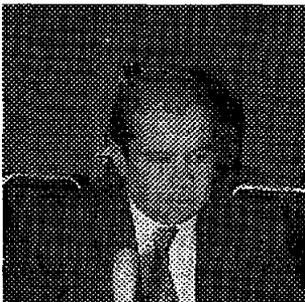
La **Sostenibilidad** significa asegurar el acceso a las oportunidades no sólo para las generaciones actuales, sino también para las futuras, deben reponerse todas las formas de capital: físico, humano, medio ambiental.

La **Potenciación**, como término novedoso, implica que el desarrollo debe ser por las personas y no solo para ellas para lo cual, es necesaria su plena participación en las decisiones y los procesos que conforman sus vidas.

Emprender el camino del desarrollo humano es una tarea desafiante para cualquier país ya que demanda profundas transformaciones políticas e institucionales, necesita del compromiso decidido de toda la colectividad y exige cambios de actitudes y comportamientos.

Si el proceso de desarrollo no crea o fortalece las instituciones tanto de gobierno como de la sociedad civil, que apoyen plenamente los derechos de las personas, no puede ser sostenible en el largo plazo.

En este sentido el fortalecimiento de la seguridad social en apoyo al desarrollo individual, productivo y familiar, permitirá la plena inserción de las personas al proceso de desarrollo del país y a aumentar el desarrollo humano, como paso fundamental para el mejoramiento de la calidad de vida de la población en general y de la mexicana en particular.



CONFERENCIA MAGISTRAL “EL MARCO CONCEPTUAL DE LA REFORMA EN MEXICO”

Por: **Gerardo Cajiga**

Versión estenográfica

Cursó la Licenciatura en Economía en el Instituto Tecnológico Autónomo de México. Ocupó el cargo de Secretario Particular adjunto del Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social y actualmente se desempeña como Director de Afiliación y Cobranza del IMSS.

En primer lugar, creemos impostergable hacer una reforma a la seguridad social; el IMSS, ustedes lo saben, es una de las instituciones más grandes de seguridad social que existen, tanto en América como en el mundo, tiene 54 años de existencia, le da cobertura a casi 40 millones de mexicanos y atiende todos los días a 700 mil personas, en sus unidades médicas. Además pagamos 1 millón 600 pensiones mensualmente, atendemos en nuestras guarderías a más de 60 mil niños. Por ejemplo, para dar el servicio médico tenemos que mover 32 mil toneladas cada mes y surtir más de 8 millones de recetas. Es decir, es una institución de grandes magnitudes que representa mucho en la vida del pueblo mexicano y por lo tanto es indispensable asegurar su viabilidad.

Dada la transformación de la seguridad social y del mundo es necesario hacer una reflexión de en qué estado nos encontramos, a la que nos avocamos hace dos años y cuáles son los resultados que nos encontramos. En primer lugar, analizamos el entorno internacional; vimos como la globalización de las economías y la apertura de nuestro país a los mercados internacionales nos afectó considerablemente, porque, los países que construyeron sistemas con el tipo de prima media escalonada, cuando se aumentaban las necesidades, se podían incrementar las tasas de contribución; esto es fácil de repercutir en los precios, pero como es un impacto general en la economía y no hay competidores externos, no existe ningún efecto adverso sobre los productores nacionales. En el momento que se está compitiendo contra productores externos, la mano de obra y la seguridad social son un componente importante; aumentar las cuotas de seguridad social en un país, pone en desventaja a sus productores, en comparación con el del resto del mundo. Entonces, afrontar nuestras crecientes necesidades en el marco internacional, y el marco de la apertura económica ya no fue posible dentro del sistema actual.

En segundo lugar, empezamos a sufrir una importante transición demográfica que está pasando en todos los países que van desarrollándose, donde las personas

aumentan su expectativa de edad; pero esto es más grave, cuando se mide por medio de indicadores de desarrollo como los que la representante de la CEPAL hacía referencia; con ellos se toma en cuenta la esperanza de vida al nacer, que para la seguridad social no es la más útil, porque la que más importa es la que se tiene a los 65 años de edad, que es una esperanza de vida mucho más elevada. En México, desde la creación del IMSS, se duplicó, prácticamente, esta esperanza de vida. En promedio, a una persona que se retiraba a los 65 años, le estábamos pagando una pensión por 18 años más (tenía una esperanza de vida de 18 años y por tanto, llegaba hasta los 83 años); si a eso le sumamos la viuda, que en promedio es 10 años más joven que él y que vive otros tantos años, teníamos que pagar esa pensión otros 12 años, ya que la esperanza de vida de la mujer es mayor, 85 años. Entonces, eso implicó que estábamos pagando pensiones por 30 años, 18 directamente al asegurado más 12 de su viuda, lo que representó una carga muy importante para la seguridad social. Todavía, en la ley vigente, el requisito mínimo para alcanzar una pensión son los 10 años de cotización y, en muchos casos, estábamos pagando pensiones por 30, lo cual era muy presionante. Nuestra pirámide de población, la típicamente puntiaguda se ensanchó.

Si vemos específicamente el mercado laboral, que es el que cotiza en la seguridad social, esto se vuelve más dramático; se están creando menos puestos de trabajo para jóvenes; está creciendo la economía informal; entonces son muy pocos los cotizantes que entran al sector formal por lo cual tenemos una presión para el mediano plazo muy grande para nuestras finanzas y para la viabilidad de los propios sistemas de la seguridad social.

Otro punto importante, fue analizar la población cubierta, porque uno de los grandes principios de la seguridad social es la universalidad en su cobertura, es a lo que todos aspiramos y si bien, como hace unos momentos les señalaba, tenemos a 40 millones de derechohabientes que cubrimos, y como cotizantes, tenemos a 10 millones; esto representa apenas el 35% de la población ocupada, que es muy próximo a la PEA (población económicamente activa), lo que significa que, gran parte, más de la mitad de las personas que perciben un ingreso en nuestro país, no cotizan a la seguridad social. Esto no quiere decir que muchas familias no tengan seguridad social, porque hay veces que en una pareja, en la que trabaja el hombre y la mujer, uno está en un empleo formal que cotiza a la seguridad social y el otro está en un empleo informal o por cuenta propia y no cotiza a la seguridad social, de esta manera tenemos la misma cobertura, pero con mucho menos ingresos.

Este fue uno de los grandes retos de la reforma de la seguridad social: cómo incrementar la población cubierta.

Además, al analizar y la informalidad de la economía y los incentivos que estábamos dando a quienes estuvieran o no cotizando en la seguridad social -porque finalmente

en la concepción de nuestro seguro, no existe seguridad social sin empleo- sumamos las contribuciones a la nómina por la seguridad social, las que se hacen a la recaudación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y algunos otros tipos de impuestos de tipo estatal, local, etc. Nos encontramos que nuestra tasa media de contribución es de aproximadamente el 32%; esto es en promedio, pero hemos encontrado tasas marginales mucho más elevadas. Por ejemplo, para un trabajador que gana 10 salarios mínimos, por cada peso que paga el patrón, se pagan 50 centavos para las diferentes contribuciones sobre la nómina; es decir, una tasa marginal sobre la nómina del 50%. Puede verse lo costoso que es en un país donde hay abundancia de mano de obra generar un empleo o incrementar un salario. En lugar de fomentar la formalización de la economía y la cotización en la seguridad social, se manda una señal en sentido inverso. Por tanto, otra de las prioridades dentro de la reforma de la seguridad social en México es disminuir las contribuciones a la nómina, para que de esa manera se incentive la cotización dentro de la seguridad social.

Eso es el entorno general de los problemas que enfrenta la seguridad social. Además de ello, analizamos cada uno de los ramos de aseguramiento con que contamos para encontrar problemas particulares. El de mayor relevancia y es un problema común a muchos de los países latinoamericanos aquí presentes, es nuestro sistema de pensiones. Por una parte, está la situación financiera. En ella el déficit actuarial de largo plazo está arriba de nuestro Producto Interno Bruto, lo que hace que ésta no sea sostenible.

En una perspectiva optimista se espera que a más tardar para el año 2000, los egresos del ramo de pensiones fueran mayores que sus ingresos. Hace dos años vivimos en nuestro país una situación económica muy grave. Además, eran muy endebles, mal sustentadas y poco actualizadas las bases de cotización en el Instituto, que ni un trabajador, aunque cotizara toda su carrera laboral en el salario máximo de cotización de 10 salarios mínimos, alcanzaba una pensión mínima. Es decir, los beneficios eran mucho más elevados que los ingresos obtenidos, lo cual obviamente, generaba un desfinanciamiento a largo plazo, pero el problema no era sólo de tipo financiero, sino que había una profunda injusticia en la constitución misma del sistema. Si bien la idea original de los sistemas de reparto se define como una solidaridad generacional y una garantía al momento del retiro, en los hechos no sucedía así. En primer lugar, había una profunda discriminación contra los trabajadores de más bajos ingresos y de los trabajadores que tenían una menor instrucción, porque la regla para retirarse era haber cotizado 10 años, pero además, tener los derechos vigentes al momento del retiro; es decir, a los 65 años por vejez o a los 60 en el caso de desempleo.

Por ejemplo, un trabajador con baja instrucción, un albañil, un obrero de la industria de la construcción que utiliza su fuerza física, entra a trabajar entre los 16 y los 18

años y puede cotizar hasta los 50 años; cuando se retira de ese empleo ya no puede encontrar otro en el mercado formal; entonces se integra a uno informal, pero como deja de cotizar de los 50 a los 60 años, todos los derechos que acumuló durante 30 años o más, automáticamente se pierden. Este caso también sucedía en contra de los trabajadores de bajos ingresos y en contra de las mujeres, ya que hay muchas mujeres que después de que se casan dejan de trabajar. Entonces por ejemplo, si entraban a trabajar a los 18 años y a los 40 años dejaban de hacerlo, sus cotizaciones de más de 20 años se perdían y no recibían ningún ingreso. Esto significa que los trabajadores de más bajos ingresos y las mujeres subsidiaban a los trabajadores de medianos y altos ingresos, que es lo que llamamos una solidaridad regresiva.

Aunque el sistema prometía mucho, en la realidad no siempre se cumplía; ello producía efectos adversos, más para los trabajadores de bajos ingresos. El caso concreto son los efectos de la inflación. Como la pensión se calcula con el promedio de los salarios nominales de los últimos 5 años, en épocas de inflación el salario para promediar los derechos de pensión disminuía considerablemente. Si tuviéramos inflaciones como el año pasado o el antepasado del 50%, un trabajador perdía hasta el 30% de su pensión, por efecto de la inflación. Es un efecto muy adverso y es más duro para los trabajadores de bajos ingresos.

Con respecto al tabulador de pensiones hay un artículo dentro de la ley que define a los que puede acceder una persona de acuerdo a los años que cotizó, al nivel salarial y al tabulador. Está construido de forma que quien cotiza en bajos salarios obtiene la misma pensión si cotizó 10 ó 40 años. La pregunta natural es para qué cotizar muchos años si es la misma pensión y si cotizaron con un salario alto o uno bajo obtienen también la misma pensión. Entonces se cuestionaría para qué cotizar en salarios altos. A manera de ejemplo, al que empieza a cotizar a los 55 años y a los 65 se retirara, o sea, cotiza sus diez años y otra persona de la misma edad tomara el mismo dinero que aporta esa persona, y lo metiera a un banco, para que obtuviera el mismo recurso, la misma pensión, tendría que obtener una tasa real anual del 72%, se trata de un proceso insostenible en el largo plazo. Ha habido casos de personas ya mayores, pensionadas de 65 a 70 años, que se casan con una joven de 20 años, para que esa persona cuando se muera se quede con la pensión de por vida.

En síntesis, teníamos un sistema con un terrible déficit actuarial, que no era viable financieramente, un sistema que era profundamente injusto y que sus resultados eran que el 90% de los trabajadores pensionados tenían exclusivamente la pensión mínima, que actualmente es de un salario mínimo.

Desde que se planteó la reforma, a diferencia de otros países, en el caso de México, fue planteada al Presidente de la República, por los representantes obreros y de los empresarios conjuntamente. Esto lo consideramos muy importante porque era un

requisito y una garantía indispensable para que tuviera viabilidad, mientras que empezamos nuestra transformación, otros países, por ejemplo Brasil, intentaron también hacer una reforma y está no fue fructífera.

Nosotros todavía seguimos con contribuciones tripartitas, es decir, a la cuenta del retiro aporta el patrón, el trabajador y el propio Estado. Otra de las discusiones que salen al hablar de sistemas de contribución definida es que no hay redistribución entre los diferentes niveles económicos, entre los diferentes sectores de la población.

Analizamos la mejor forma de construir un subsidio o un elemento redistributivo en la contribución y lo bautizamos con el nombre de cuota social, que es una cuota fija que equivale a un peso diario para todos los trabajadores por cada día que coticen, porque es el mejor instrumento que conseguimos, primero porque proporcionalmente para los trabajadores de altos ingresos es menor y para los de más bajos ingresos es una contribución mayor.

Alguien se preguntará, y porqué a los trabajadores de bajos ingresos no les dan un mayor subsidio. No lo hicimos así porque estaríamos generando un fuerte incentivo a la subdeclaración al subsidiar más a los de bajos ingresos, habría más interés en cotizar bajo, para obtener un mayor subsidio. Por ello es una cuota fija.

Otro de los elementos diferentes es que tenemos una recaudación y fiscalización totalmente centralizadas en manos de la seguridad social. Esto es, que la responsabilidad de afiliar, cobrar, vigilar el cumplimiento correcto de las obligaciones es materia del Estado, el papel de las AFORES se inicia a partir de que los recursos llegan a la cuenta individual de los trabajadores. Antes sigue siendo responsabilidad de la seguridad social.

Otra de las grandes diferencias, es que la parte de seguro social, de riesgo colectivo, se siguió conservando enteramente. Lo único que van a manejar las AFORES son las pensiones de vejez, las pensiones de retiro, la otra parte, que son las pensiones por accidentes en el trabajo o por enfermedades de tipo general, por invalidez, esas las conserva la seguridad social porque es un seguro colectivo. Nuestro argumento es que los recursos para la vejez son recursos previsionales y por ello son propiedad del trabajador y él debe decidir quién se los maneja. Ahí entra otra de las diferencias: en el caso de México existe una AFORE social, una AFORE pública o de capital mixto, que es la AFORE del Seguro Social, la AFORE XXI. La tesis es muy sencilla, ya que si un trabajador es el dueño de los recursos y él tiene la libertad para elegir, puede elegir entre una opción privada o una opción pública o social. Lo que si es importante, es que esta AFORE aunque sea pública, debe sujetarse estrictamente a las mismas reglas que cualquier otra Administradora de Fondos para el Retiro.

Otra de las grandes diferencias fue la transición de un sistema a otro. Es un tema muy complejo, actuarialmente tiene sus aristas, ya que es un análisis siempre de

largo plazo, muy difícil de definir. En la mayor parte de los países la forma de hacer la transición, es que una persona se puede pasar al otro sistema de manera voluntaria. A veces le dan incentivos y al que se pasa le otorgan un bono de reconocimiento. Siempre hay cuestionamientos sobre si el bono de reconocimiento se debe calcular conforme a los derechos ya adquiridos, actuarialmente calculados, o se debe calcular conforme a la actualización de las aportaciones dadas, lo cual, generalmente, crea una diferencia de dinero muy grande. Entonces lo que hicimos en México fue una transición diferente, en vez de que haya una decisión ex-ante, que es con información muy limitada de cuál sistema le conviene más a un trabajador, mejor decidimos hacer una decisión ex-post, es decir, que el trabajador elija cuál de los dos sistemas le conviene más, hasta el momento del retiro. Cuando llega a su edad de jubilación, a los 65 años, él puede elegir entre lo que acumuló en la cuenta individual, o lo que le hubiera dado la ley anterior, si hubiera cotizado bajo ese sistema; además porque en el caso de México, había otra particularidad jurídica, en nuestro país, los derechos laborales son irrenunciables, entonces aunque nos hubiéramos ido por el camino del bono de reconocimiento, teníamos el riesgo de que alguien a los 60 años, dijera, que ya recibió el bono reconocimiento, recibió su fondo, ya se pensionó, pero como los derechos son irrenunciables, también tendría derecho a la Ley del Seguro Social. Eso es una discusión jurídica como la inclusión jurídica de los derechos adquiridos o las expectativas de derechos etc., pero por cuestión de justicia creímos que la transición que se propuso era mejor.

Otra de las cuestiones que nos preocuparon, era como abaratar el sistema y por eso voy a señalar dos diferencias en comparación al sistema chileno; una es que en México, lo bancos sí pueden tener en propiedad AFORES, inclusive en sus instalaciones pueden hacer publicidad, trabajo, representación, etc. con lo que ya no se tiene que invertir en infraestructura, en nuevo personal, etc., y eso tiende a disminuir los costos. Obviamente aquí es muy delicado todo el régimen de inversión y hay que levantar lo que los financieros llaman murallas chinas, para evitar abusos o malos manejos de papel o de bonos etc., entre una emisora o entre dos agentes que estén con un interés en común, evitar conflicto de intereses a través de las murallas chinas.

También para bajar el costo, decidimos limitar la movilidad entre las AFORES, mientras que en otros países es libre en el tiempo que sea, en el caso de México, se limitó a un cambio de AFORE una vez al año, salvo en el caso que una AFORE incremente sus comisiones ó exista alguna otra excepción, que aunque ya se haya movido una vez en el año tiene la opción de cambiarse. Esto limita un poco la movilidad, pero también limita los costos de comercialización que pueden ser bastante excesivos.

Otras de las diferencias relevantes, es que en otros países los fondos de inversión tienen dos cuentas. Una cuenta T que es la AFORE donde está el capital de los

accionistas y otra T donde está el capital de los trabajadores que no se puede tocar, que es lo que en México le llamamos SIEFORE, la Sociedad de Inversión de los Fondos de Retiro. En el caso de México decidimos abrir a varias SIEFORES, aunque en el primer año sólo habrá una, se tiene pensado que en el futuro existan cuatro SIEFORES. Esto le dará mayor libertad de opción al trabajador sin ningún riesgo; esto enriquece, tanto la competencia como la capacidad de opción. Estas transformaciones, además de los cambios legales que de por sí son bastante complejos, la transformación operativa, la instrumentación de la ley, resultan sumamente complejas, en el caso de México, por la magnitud del Instituto. Ha sido una ardua labor, hemos tenido cambios en la parte normativa derivados de los cambios en la ley, vamos a reformar todos los reglamentos, a hacer doce reglamentos más, hemos cambiado muchos esquemas de cotización, de afiliación, etc., y en la parte operativa, estamos transformando 1800 programas de cómputo, que representan las tres cuartas partes de los programas que tiene el Instituto Mexicano del Seguro Social; tenemos que cambiar programas, desde muy sencillos para hacer cálculos, hasta programas muy complejos, por ejemplo el que tiene que comparar y llevar los archivos, la continuidad entre un sistema de pensiones. Otro de los cambios es el del sistema de recaudación.

A partir del 1o. de julio de 1997 vamos a unificar la recaudación de la seguridad social, no sólo la del IMSS, sino la del retiro que antes no la hacía el IMSS, sino el SAR que era un fondo complementario para el retiro y también la recaudación para la vivienda; esto significa que aproximadamente en los próximos 12 meses vamos a recaudar unos doce billones de dólares. Es un sistema de recaudación muy grande, más o menos como el 5% del Producto Interno Bruto de México; y en él tenemos que garantizar que al día siguiente de la fecha límite de pago, se individualicen con pesos y centavos por AFORE, los recursos de más de 10 millones de trabajadores, Esto es un gran reto.

Para ello se unificó la afiliación. Con que un patrón se afilie ante el IMSS, automáticamente se afilia a la seguridad social; con que un trabajador quede afiliado ante el IMSS, automáticamente queda afiliado ante el INFONAVIT y ante todo el proceso de cuentas de retiros. Unificamos el número, antes teníamos números distintos, unificamos las bases de cotización, antes eran distintas; unificamos la fecha límite de pago, antes unas eran el día 15 y otras eran el día 17; pero, además, uno de los grandes cambios es que antes el pago era a través de papeles.

En México le mandamos a todos los patrones bimestralmente su liquidación de cuotas obrero-patronales, que es una factura desglosada trabajador por trabajador, cuánto nos deben de pagar. Esa factura la tomaban los patrones, la corregían a mano y con ella nos pagaban y en mi área había un ejército de 400 personas dedicadas a revisar manualmente hoja por hoja, si nos habían pagado si lo habían hecho bien o mal, les notificaban las diferencias. Obviamente por ser un proceso

manual existía un rezago de más de un año, ahora estamos notificando el 5o. bimestre de 1995. Imagínense las molestias para el patrón de que de pronto le decimos que de hace un año debe dinero, más sus correspondientes actualizaciones y recargos.

Esto generaba muchas molestias. Ahora, en lugar de eso, a partir de 14 de mayo de este año, le vamos a repartir gratuitamente a todos los patrones del país de manera personalizada, una caja con los folletos explicativos del nuevo sistema de recaudación y un disquete con el SUA, Sistema Unico de Autodeterminación, un software que a través de darle la información básica del patrón y los trabajadores, automáticamente calcula todas las cuotas de la seguridad social. Ese software generará un disquete con el que se pagará en la ventanilla bancaria o en el IMSS; así, de manera inmediata, tendremos en nuestra base de datos las cuentas individualizadas, les podremos mandar la información a las AFORES, y ese proceso en el que tenemos un año de retraso ahora a más tardar en un mes le vamos a notificar a todos los patrones si nos pagaron correctamente o no.

La reforma del seguro de salud fué muy importante en su aspecto financiero. Para un trabajador de altos ingresos que cotizaba en el tope que eran 25 salarios mínimos, le salía más barato pagar un seguro de gastos médicos privado que pagar su cuota a la seguridad social. Era un incentivo a la subdeclaración; se hizo una transición para que en un futuro, en 10 años, haya una cuota uniforme para todos los trabajadores, una cuota única, que garantice cierto nivel de financiamiento; hay una mayor aportación estatal ligada no al salario sino a la inflación, lo que nos garantiza un nivel de financiamiento. Además, esta contribución que va a dar ahora el Gobierno, permite disminuir las contribuciones de los patrones en un promedio del 10% lo que permite disminuir las tasas marginales sobre la nómina que señalaba anteriormente y permitir un fomento al empleo y al ingreso.

Además, este tipo de contribución uniforme de tipo cuota fija, transparente y evita cualquier riesgo en el caso de que se den esquemas de reversión de cuotas como el que existe ahora en México, donde anteriormente los únicos que nos pedían reversión de cuotas eran los contribuyentes de salarios altos, es decir el sector financiero, los sectores industriales o los corporativos más privilegiados. Con una cuota única, si alguien quisiera que se le revirtiera, va a obtener lo mismo si cotiza en una salario alto que en un salario bajo. Financieramente no le afectará al Instituto.

Estos son algunos de los conceptos principales de la reforma. En lo personal creo que la tasa de aportación para la parte de retiro todavía tiene que crecer; actualmente es de 6.5% sobre los salarios, más la cuota social, que es como otro 2%; creo que debemos hacer el esfuerzo por que crezca. No hemos resuelto todavía la parte de la incorporación voluntaria al retiro de los trabajadores por cuenta propia; hay subcotizaciones muy disfrazadas que existen entre trabajadores que supuestamente

cobran por honorarios, pero que en realidad si tienen una relación laboral con sus patrones. Creo también que en la parte de riesgos de trabajo y de invalidez hay un tema a discusión de cómo se puede todavía hacer un esfuerzo por eficientar, reducir el nivel de accidentes y las primas que se pagan en ese aspecto, porque son recursos que se podían utilizar de mejor manera. Estos son algunos de los retos que a mediano plazo tendremos. Creo que el esfuerzo que se ha dado es un gran cambio y que los resultados en el corto plazo se van a palpar en nuestro país.



ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO Y SU IMPACTO EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Por: **Sergio Camposortega**

Cursó la Licenciatura en Actuaría en la Universidad Nacional Autónoma de México, la Maestría en Demografía en El Colegio de México y el Doctorado en Demografía en la Université Catholique de Louvain, Bélgica. Ha sido Consultor para diversas organizaciones nacionales e internacionales. Actualmente es Presidente del Colegio Nacional de Actuarios.

INTRODUCCION

La demografía tiene una importante influencia en el campo de la seguridad social. De hecho, la ecuación actuarial que determina el monto de las pensiones se basa en parámetros de tipo demográfico:

- Esperanza de vida activa en el sector formal de la economía, y
- Esperanza de vida a la edad del retiro.

Estas variables, con algunas otras, como el salario del trabajador y la adopción de responsabilidades entre los patrones y el gobierno, determinan el monto de una pensión en un esquema de contribución definida.

La participación gubernamental se encuentran limitada por la escasez de recursos y los diversos grupos que por ellos compiten. En este caso, las características demográficas resultan también fundamentales.

En este sentido, la planeación de la seguridad social y de los esquemas de pensiones, en particular, deben basarse en un cuidadoso análisis demográfico.

En este trabajo se presenta un análisis de las condiciones demográficas nacionales, en especial del proceso de envejecimiento y sus implicaciones en materia de seguridad social.

La importancia del estudio de la población de la tercera edad radica en el ineludible proceso de transformación de la estructura por edades de la población, que se origina por la transición demográfica, que al reducir las tasas de mortalidad y fecundidad incrementa la proporción de personas adultas, en detrimento de los más jóvenes, afectando los más diversos órdenes de la vida socioeconómica.

El envejecimiento de la población significa, en términos demográficos, no sólo el incremento absoluto y relativo de la población anciana, sino también la aparición de otros hechos demográficos estrechamente relacionados con este fenómeno, como la disminución del índice de masculinidad por la submortalidad femenina y la reducción del tamaño de familia. De igual forma, el envejecimiento de la población traerá por consecuencia una transformación de la actividad económica por edad y de las relaciones de dependencia, así como una modificación de la demanda de bienes de consumo y de la distribución del gasto público al aumentar la necesidad de servicios de salud, seguridad social y vivienda.

En este sentido, los países más envejecidos del mundo han disminuido su gasto social en educación, en tanto que han aumentado el gasto en salud y particularmente en pensiones. En el próximo siglo se estima que la proporción del gasto destinado a pensiones se incremente sustancialmente.

México ha iniciado el proceso de envejecimiento demográfico, como consecuencia de la reducción de las tasas de fecundidad que se observa desde finales de los años sesenta. De esta forma la población de 60 años y más se ha incrementado de 1.4 millones en 1950, a 2.7 en 1970 y a 5.0 millones en 1990. En las próximas décadas el envejecimiento se acelerará, de modo que esta población llegará a los 9.8 millones en 2010, a los 21.3 en 2030 y a los 35.7 millones en el 2050. En términos relativos, de representar el 5.9% del total de la población en 1990, crecerá al 8.7% en 2010, al 15.8% en 2030 y al 24.3% en 2050.

Evolución de la población de la tercera edad, 1950 - 1990

La población mexicana inicia el proceso de transición demográfica poco antes de 1930, cuando las tasas de mortalidad empezaron una clara tendencia descendente. En consecuencia, el crecimiento de la población se acelera al mantenerse prácticamente constante el nivel de la fecundidad hasta 1970. De igual forma, la estructura por edad se rejuvenece, y muestra su expresión máxima en 1970. cuando los menores de 15 años llegan a representar el 47%; las personas de 15 a 64 años, el 48%, y los de 65 años o más, el 5% de la población total.

Alrededor de 1970 se empieza a observar el descenso de la fecundidad mexicana, que entonces llegaba a 6.8 hijos por mujer. Diez años más tarde, la tasa global de fecundidad se reduce a 4.8 hijos y veinte años después (1990) a 3.4 hijos por mujer. Esta reducción da origen a una nueva transformación de la estructura por edad, en la que los adultos y los ancianos adquieren una mayor importancia en detrimento de los más jóvenes. De esta forma, la población de 15 años y más aumenta de 53% en 1970, a 57% en 1980 y a 62% en 1990.

La población de 60 años y más se cuadruplica entre 1950 y 1995. Por sexo, las

mujeres han logrado mayores incrementos que los hombres, debido a la sobremortalidad masculina. De igual forma, la estructura por edad de la población de 60 años y más muestra un gradual envejecimiento, atenuado en algunos años por los efectos demográficos de la Revolución Mexicana.

La esperanza de vida se ha incrementado en forma importante entre 1950 y 1990, sobre todo en el caso de las mujeres. Así, la esperanza de vida total ha pasado de 48.7 años en 1950, a 57.8 en 1960, a 61.0 en 1970, a 66.5 en 1980 y a 71.0 años en 1990. Los hombres incrementaron su esperanza de vida de 46.7 años en 1950 a 68.0 en 1990, y las mujeres de 50.7 a 74.2 años en el mismo periodo.

Los incrementos en las esperanzas de vida se observan en todas las edades. Así, la esperanza de vida a los 65 años se incrementa de 12.1 años en 1950 a 17.5 en 1990, la esperanza a los 75 años crece de 7.0 a 11.6, y la esperanza de vida a los 80 años aumenta de 4.7 años en 1950 a 9.4 en 1990.

En 1990, más de tres millones de hogares contaban entre sus miembros con una persona de 60 años ó más. Del total de ancianos, el 43% vive en hogares nucleares, el 47% en hogares extensos y el 10% solo o en coresidencia. Las mujeres viven solas en mayor proporción: 30% contra 8% de hombres.

En México existe una clara manifestación de que los hombres de la tercera edad mantengan o renueven algún tipo de relación conyugal, en mayor medida que las mujeres.

Perspectivas demográficas, 1990-2050

Las proyecciones demográficas que pueden establecerse con base en los datos demográficos más recientes y en el planteamiento de hipótesis acordes con las tendencias observadas en las últimas décadas, hacen aparecer los siguientes hechos:

La población nacional que en 1995 podía estimarse en 93 millones de personas y que actualmente llega a 96.5 millones, se encontrará en el año 2000 en poco más de 101 millones de personas, en el 2025 entre 139 y 145 millones y en el 2050 entre 160 y 181 millones de personas.

Estas cifras asumen que la reducción de la fecundidad y el incremento de la esperanza de vida continuarán en el futuro. En la hipótesis alta se espera que la tasa global de fecundidad pase de 3 hijos por mujer en 1995 a 2.5 en 2025 y a 2.4 en 2050, en tanto que en la hipótesis baja se espera que la reducción llegue a 2.0 hijos por mujer en 2025 y a 1.85 en 2050.

La evolución de los fenómenos demográficos originará un envejecimiento de la población mexicana, que se incrementa conforme la disminución de la fecundidad se hace más intenso. De este modo, en la hipótesis alta, la población de 65 años

o más se incrementa de 4.5% en 1995, a 8.7% en 2025 y a 14.6% en 2050, mientras que en la hipótesis baja, esta población aumenta a 9.1% en 2025 y a 18.3% en 2050.

En el primer caso, la esperanza de vida en México a los 65 años en 1995 podía estimarse en 17.5 años para los dos sexos combinados. En el segundo caso, adoptando por ejemplo el año 2010, la esperanza de vida estimada sería de 18.8 años.

El cálculo conceptualmente correcto arroja una esperanza de vida de 18.3 años. De donde, la tabla transversal inicial tendría un déficit de 9.8 años y la tabla transversal del 2010 un exceso de 0.5 años. Estas cifras, que pudieran parecer pequeñas, tienen un fuerte impacto económico para los trabajadores y las instituciones que ofrecerán las rentas vitalicias.

Bajo la hipótesis de pensiones equivalentes a dos salarios mínimos, por cada 100,000 personas que llegan a la edad del retiro, el uso de la tabla transversal inicial lleva a un déficit de 15.8 millones de dólares para las instituciones (ganancia para los trabajadores), en tanto que el uso de la tabla transversal del 2010 lleva a un superávit de 9.4 millones de dólares. (pérdida para los trabajadores).

De aquí la necesidad de utilizar un procedimiento adecuado para estos cálculos y evitar así perjuicios para los grupos involucrados en el sistema de pensiones.

México: Tablas de Vida Transversal y Longitudinal, edad desde los 65 años de edad. Ambos sexos.

EDAD	Tablas transversales			Tabla longitudinal		
	1995	2010		1995		
	Probabilidades de muerte	Sobrevivientes	Probabilidades de muerte	Sobrevivientes	Probabilidades de muerte	Sobrevivientes
65	.1056	1000	.0899	1000	.1056	1000
70	.1527	894	.1314	910	.1446	910
75	.2179	758	.1910	791	.1985	791
80	.3108	592	.2755	640	.2755	640
85	.4446	40408	.4016	463	.3922	463
90	.6381	226	.5905	277	.5734	277
95	1.0	82	1.0	114	1.	114
+65	17.50	18.76		18.27		

Fuente: Cálculos propios

Importancia de la mortalidad.

Un hecho fundamental en el nuevo esquema de pensiones es la estimación de la esperanza de vida a la edad de retiro.

Al respecto, sería posible vislumbrar tres procedimientos alternos para realizar este cálculo:

- Adoptar las probabilidades de muerte del año en el que se alcanza la edad al retiro (Tabla transversal inicial).
- Adoptar las probabilidades de muertes estimadas para un año posterior, con el propósito de compensar el hecho de que conforme aumenta la edad pasa el tiempo calendario (tabla transversal de un año posterior).
- Adoptar las probabilidades de muerte estimadas para los años en los que las personas alcancen las edades respectivas (tabla longitudinal).

Los dos primeros procedimientos contienen graves errores conceptuales que inciden en la estimación de la esperanza de vida a la edad del retiro.



EL SISTEMA DE PENSIONES EN URUGUAY

Por: **Ofelia Mila**

Originaria de Uruguay, es Doctora en Derecho y Ciencias Sociales con título expedido por la Facultad de Derecho de la Universidad de la República. Se desempeñó en diversos cargos públicos y es especialista en seguridad social. Actualmente se desempeña como Directora del Banco de Previsión Social, órgano rector de la Seguridad Social en Uruguay.

Introducción

Toda reforma trae aparejada un período de adaptación lógico luego de su instauración. Si se trata de una reforma en el régimen de pensiones de un país que como el Uruguay tiene una población envejecida, con una tasa de natalidad muy baja, el impacto sufrido, tiende necesariamente a ser mayor. Este trabajo tiene como objetivo, además de reseñar las causas que llevaron a que fuera una necesidad el cambio del sistema previsional, el exponer las bases sobre las cuales se construyó el nuevo sistema realizando una descripción del mismo y del proceso político que lo hizo posible, así como, - a un año de instalado - realizar un balance de su comportamiento y un análisis de su impacto.

Antecedentes.

El nuevo sistema previsional vigente en el Uruguay a partir del mes de abril de 1996, por imperio de una ley de septiembre de 1995, fue el corolario de varios intentos frustrados de reforma anteriormente ensayados. No es exagerado afirmar que fueron múltiples las causas que llevaron a buscar este cambio, y que éstas tienen los más diversos orígenes. Comenzaremos pues, con un sintético relato histórico para ubicarnos más fácilmente en el escenario del año 1994 y 1995.

Reseña Histórica

Tradicionalmente se ha señalado al Uruguay como un país adelantado en la región, y en toda América, por su temprana sensibilidad social reflejada en un gran número de leyes que resolvían problemas sociales-laborales como, por ejemplo, la ley de jornadas de trabajo de 8 horas, el descanso semanal, la ley de sillas. Todo ello ya regía en el año 1919. Es de destacar que en el año 1946 se aprobó la ley de derechos civiles de la mujer reconociéndole los mismos derechos que al hombre.

También fue precoz la legislación referida a la previsión social. Para una mejor comprensión de este proceso trataremos de sistematizar la evolución histórica diferenciando seis etapas fundamentales:

Primera etapa. (1829-1904)

En esta etapa se comienza con la intervención estatal en la cobertura de riesgos provisionales. Hacia fines de siglo se insinúa un proceso de modernización, base del futuro sistema de seguros sociales. Se inicia la constitución de roles institucionales diferenciados. En 1896 se crea la Caja Escolar de Jubilaciones y Pensiones, con administración y fondos independientes.

Segunda etapa. Condiciones para la acumulación (1904-1943)

En este período se cumplirá con la función estatal de garantizar las condiciones de acumulación del sector privado, aumentando las posibilidades de consumo de sectores pasivos y haciendo atractivas ciertas actividades para los emigrantes de la época. Desde el punto de vista institucional, esta etapa se caracteriza por la consolidación del sistema de Cajas de Jubilaciones. En 1943, se extiende la cobertura al último sector de importancia socioeconómica: los trabajadores rurales y domésticos.

Tercera etapa. Nuevas particularidades (1943-1958)

En su comienzo, el sistema previsional ha sido prácticamente universalizado, y se caracteriza por la búsqueda del mantenimiento y mejora de los derechos adquiridos por los afiliados al sistema. Esto comprende dos aspectos: la creación de beneficios y condiciones de retiro más favorables (causal maternidad, despido, beneficio de retiro, subsidio por fallecimiento) y el mantenimiento del valor real de la pasividad. La causal maternidad posibilitaba el retiro de la actividad a la mujer que tuviere 10 años de actividad y un hijo, cualquiera fuera la edad. La causal despido permitía jubilarse con un requisito de actividad mínimo, siempre que hubiera habido un despido. La política previsional se orientó a reforzar los apoyos políticos de los partidos en pugna (atención a los grupos de presión para lograr apoyo electoral).

Cuarta etapa. Visualización de disfuncionalidades (1958-1973)

Caracterizada por un largo período de inestabilidad y estancamiento, a raíz de la caída de los precios internacionales de las exportaciones ganaderas y el fin del impulso industrializador, que hacen al Estado muy difícil mantener el rol de gran asignador de recursos. Comienzan a evidenciarse los factores estructurales de crisis del sistema (madurez y envejecimiento de la población, ampliación desmesurada de los beneficios y mala política de inversiones). Ello arrastra a la pérdida de legitimidad de las instituciones y los partidos políticos y a un alto nivel de conflictividad a nivel de los sectores sociales.

Quinta etapa. Nuevo modelo centralizador (1973-1985)

En 1973 se produce el quiebre del sistema democrático. Las clientelas son excluidas en la medida que se tornan ilegales las acciones de los partidos políticos. El Poder Ejecutivo interviene la mayoría de los servicios de seguridad social, eliminando las administraciones tripartitas. La aprobación del Acto Institucional N° 9 en 1979, inicia una transformación profunda del sistema: se aumentan las edades mínimas de jubilación (60 para el hombre, 55 para la mujer); se exige un mínimo de 30 años de servicio; se eliminan causales (maternidad y despido), se limitan las pensiones; y se busca una racionalización concentrando la administración de los distintos riesgos en un solo organismo. Esta reforma no afectó los derechos adquiridos. Lateralmente, al fusionarse los organismos administrativos, se unificaron los deficitarios con los superavitarios, formándose un único "Fondo de la Seguridad Social", logrando teóricamente un equilibrio financiero global, con el costo de la pérdida de transparencia.

Sexta etapa. Un esquema más participativo (1985 - 1994)

Se inicia con la apertura democrática, está signada por gran cantidad de demandas reivindicativas, la creciente percepción de las disfuncionalidades del sistema y la existencia de un bloqueo decisional político.

Surge un fenómeno no conocido antes, que es la aparición de un grupo de presión representado por los jubilados. Es tan importante que logra un representante en el directorio del Banco de Previsión Social. Todas las demandas del sector están encaminadas a través de este representante. Actualmente el total de jubilaciones y pensiones asciende a 715,000.

La ratificación plebiscitaria en 1989, de un nuevo mecanismo de revaluación de pasividades de acuerdo al Índice Medio de Salarios, provocó un crecimiento explosivo de los egresos que determinaron medidas fiscales de incremento de las tasas del IVA y aumento de las cotizaciones patronales y personales.

Las Razones de la Reforma.

Desde el retorno a la institucionalidad democrática en el año 1985, transcurren varios intentos frustrados de reforma del sistema de previsión social. El Uruguay construyó un sistema solidario, que con el paso de los años y con los cambios operados en la estructura y desarrollo económico del país, fue perdiendo en eficacia y justicia. Este sistema respondía a la figura de un Estado benefactor que todo lo tiene y todo lo da, supliendo la falta de solidaridad en la sociedad. Así se fueron incorporando beneficios y beneficiarios, la mayoría de las veces, satisfaciendo la demanda de grupos de presión.

Para una mejor comprensión del proceso uruguayo, expondremos cuáles fueron las razones que impulsaron la reforma. Ellas se explican por la evolución negativa de los distintos indicadores económicos y demográficos con los que se movía el Banco de Previsión Social, principal institución previsional del país.

El previo análisis del proceso histórico del sistema, seguramente ha insinuado las mismas, con múltiples orígenes (económicos, políticos, sociales y demográficos) y en este capítulo realizaremos una síntesis.

Razones económicas

El gasto en previsión social era y es todavía excesivamente alto en relación a la capacidad económica de la población uruguaya.

Este gasto, medido sobre el tamaño de la economía representado por el Producto Bruto Interno (PBI), llegó en 1994 al 14.95 % y en 1995 al 17%. Esta es una de las cifras más elevadas del mundo, por lo cual puede afirmarse que Uruguay destina un mayor porcentaje de su Producto Bruto Interno que lo que destina Francia, el Reino Unido, Canadá, Japón o los Estados Unidos. Asimismo el gasto por este concepto es sensiblemente superior al de los demás países del Mercosur, con los que Uruguay debe competir en forma directa.

Esta cifra, ya de por sí significativa, es en términos comparativos la más elevada del mundo, seguida de Italia que tiene un gasto del 14.3% y con problemas en su sistema, similares a los del Uruguay .

Ha sido estudiado por organismos internacionales, el efecto que tiene sobrepasar los límites del gasto en la previsión social. Ello puede redundar en un ciclo perverso donde la expansión del gasto provoca la reducción del crecimiento de la inversión, del empleo y del producto, lo que a su vez da como resultado demandas crecientes sobre los sistemas de protección social que se vuelven cada vez más dispendiosos.

De esta manera puede visualizarse que lo que está comprometido es la competitividad, el nivel de producción, el empleo y la tasa de crecimiento de la economía.

El alto costo del sistema uruguayo se refleja en la deuda por beneficios que habría de pagar en el futuro a los actuales y futuros pasivos, que en Uruguay es cercana a tres veces el producto; en la Argentina es la mitad del producto anual y en los países más envejecidos y con beneficios más altos, apenas supera dos veces el PBI.

Frente a esta situación, el Uruguay en los últimos años aumentó las tasas de aportación de patronos y dependientes conjuntamente con un aumento del aporte de toda la Sociedad, lo que se tradujo en destinar 7 puntos del I.V.A. para financiar

el sistema, pero como ello no fue suficiente, también se hizo necesario aumentar la contribución directa por parte del Estado.

Debe destacarse que del total del gasto que implica el sistema, más del 80% se destina a cubrir los riesgos I.V.S. Por lo tanto, la incidencia del sistema sanitario, del seguro por desempleo, y otros, no llegan al 20% del gasto total.

Ello decidió a modificar en esta primera etapa, el sistema de riesgos I.V.S., debido al alto porcentaje del gasto total que el mismo representaba.

En la medida en que Uruguay destinaba 7 puntos del I.V.A. para la seguridad social y a su vez aumentó la contribución directa por parte del Estado, para contribuir a ese financiamiento, sin que todo ello fuera suficiente, la única solución era reducir el gasto.

Razones demográficas

Es portodos sabido, que la base demográfica es factor condicionante de los sistemas de seguridad social en sus múltiples aspectos: cobertura de riesgos de invalidez, vejez y sobrevivencia; prestaciones de salud. El envejecimiento de la sociedad uruguaya es un fenómeno de gran trascendencia por su magnitud y por el ritmo a que aumenta. La baja natalidad, el aumento de la expectativa de vida, y otras causas vinculadas a razones demográficas contribuyeron también a hacer imposible la supervivencia de un sistema como el que estaba planteado. La relación activo-pasivo era en la década del 50, de 4 a 1. Esto significa que entre 1950-1955, por cada 4 trabajadores activos había un pasivo. Cuando se llega a la década de los 90, tenemos que por cada pasivo, hay sólo 1.4 activos. El envejecimiento de la población activa, medido por la proporción de los que tienen de 50 a 59 años, aumentó del 17% al 19% en 1985. Dentro de ellos, los habitantes de 55 a 59 años pasaron del 8% al 9.5%.

El incremento de la relación entre grupos de edad avanzada y el resto de la población conforma una estructura por edades extraordinariamente anormal, y la natalidad continúa estancada, como lo demuestra el hecho que el número de niños de 0 a 4 años es prácticamente idéntico al de 1975, pese a que en ese período la mortalidad infantil disminuyó considerablemente.

Entre los censos de 1963 y 1985, la tasa de crecimiento de los habitantes de más de 60 años representa un 35%; los de 65 años y más un 46%, y los de más de 75 años un 65%. Entre 1975 y 1985, la población en edad activa bajó del 58.7 al 57.7%, la menor de 15 años bajó del 27 al 26.6% y las diferencias entre los sexos se acentuaron.

Este fenómeno de envejecimiento de la población, comparable con el que se registra en los Estados Unidos de América encuentra su explicación no sólo en la caída de la tasa de natalidad, sino también en la importante emigración de jóvenes.

La causa fundamental del gasto elevado en previsión social es la disminución de la relación entre activos y pasivos: Uruguay tiene los valores más elevados del mundo en lo que hace a cantidad de años gozando la jubilación.

Esto nos remite a otro factor de incidencia, el aumento de la esperanza de vida. En 1908 un hombre a los 60 años de edad esperaba vivir 13 años más, dicha expectativa había aumentado a 15 años en 1950 y a 16.8 en 1990. En las mujeres, en 1905 a los 55 años tenían una sobrevivida esperada de 18.9 años, en 1963 de 23.5 años y en 1990 de 25.1 años.

Dicho de otro modo, el porcentaje de aquellos de los que no puede esperarse ningún género de actividad, creció en gran medida, y este fenómeno es más acentuado entre las mujeres.

El fenómeno de la disminución de la relación activo-pasivo, se agudizó a finales de los años cuarenta y principios de los cincuenta; por la proliferación de jubilaciones "no legítimas", por las cuales no se había aportado, como por ejemplo: jubilaciones de la Ley Madre, los cargos de particular confianza, la Ley de Despido, etc.

A vía de ejemplo, más de la mitad de las jubilaciones que en un determinado momento pagó la ex Caja de Industria y Comercio, no eran jubilaciones legítimas. La solución que se buscó fue aumentar las tasas de los aportes, del 14% al inicio del sistema al 55% a fines de la década de los cincuenta. Otra consecuencia, fue la disminución del valor de las pasividades, a través de la inflación: en 1988 la jubilación llegó a ser un 25 % de lo que era la pasividad en el año 1960.

Razones sociales

La percepción de la ciudadanía sobre el sistema de seguridad social era negativa¹. El hecho de que un porcentaje decreciente de activos deba mantener a un número creciente de pasivos, de acuerdo con lo expuesto en el análisis de las razones demográficas, llevó a que el sistema no sólo significara una carga muy pesada para la población activa, sino también a no proporcionar digna satisfacción a las aspiraciones de quienes se retiran luego de muchos años en actividad.

¹ De acuerdo a las encuestas anteriores a la Ley de Reforma, el 68% de la población se sentía poco ó muy poco protegida por el sistema de seguridad social. Sólo el 29% se sentía muy o bastante protegida por el sistema.

Entre la población más joven el juicio era aún más severo: el porcentaje de los que se sienten poco ó muy pco protegidos oscila entre el 71 y 78%.

El 70% percibía el sistema como injusto o muy injusto.

Razones políticas

La globalización de la economía mundial y el proceso de integración económica, con sus exigencias de mejora de las condiciones de competitividad; unido al acelerado crecimiento del gasto en previsión social en los últimos cinco años y la alternancia de partidos políticos en los últimos diez años; crearon las condiciones políticas adecuadas para que a comienzos de un nuevo período de gobierno, se lograra un acuerdo mayoritario entre distintos partidos políticos, para encarar el proceso de reforma más profundo de la previsión social uruguaya .

LAS DISFUNCIONALIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL ESTATAL.

Luego de haber efectuado el análisis específico de las razones para encarar una reforma, el análisis sistémico de la mismas permite identificar las disfuncionalidades que en ellas se originan o están implícitas. Ellas son de carácter financiero, social y administrativo.

Disfuncionalidad financiera

Esta es consecuencia de los efectos descritos en las razones económicas y demográficas. Se expresa en el déficit anual creciente con la consecuente evolución de la asistencia financiera del Estado; el alto nivel del gasto en seguridad social (relación Egresos/PBI); las altas tasas de contribución , como respuesta a problemas ya expuestos tales como la liberalidad del acceso a las prestaciones y el envejecimiento de la población.

Disfuncionalidad social

Como disfuncionalidad social se percibe la existencia de una solidaridad invertida, por la cual las desigualdades existentes a nivel de la sociedad global se agravan por la seguridad social; así como la percepción negativa de la sociedad, a la cual ya nos hemos referido. Aún cuando el desarrollo de la seguridad social ha respondido básicamente a los objetivos del modelo bismarkiano de seguro social, en los hechos se la trata como sistema de impuestos y transferencias donde se le interpreta como uno de los muchos programas gubernamentales. No se busca deliberadamente que las pasividades percibidas por un funcionario guarden relación con sus aportes.

Disfuncionalidad administrativa

La administración de la seguridad social estatal ha presentado enormes carencias. Su alto costo, las limitaciones en la preparación de sus cuadros y en la tecnificación de sus funciones, la burocracia, la ausencia de directivos eficientes. Tampoco le ha sido ajena, la existencia de diferentes grados de corrupción. Según Saldain, las carencias apuntadas son algunos de los factores que han tenido como consecuencia

la ausencia de controles eficaces sobre el cumplimiento de las obligaciones de los contribuyentes y la concesión de prestaciones en base a engorrosos trámites burocráticos con el consiguiente desprestigio institucional.

LA VOLUNTAD POLITICA.

El proceso de cambio en el sistema de seguridad social uruguayo, fue consecuencia de una negociación política que vio sus orígenes en el mes de enero de 1995.

El gobierno electo en la elección nacional a fines de 1994, y que asumiría en marzo de 1995, llamó a una mesa de negociación sobre este gran tema. Nos importa historiar, aunque sea sintéticamente, estos hechos. El Uruguay no ha permanecido ajeno a la crisis regional y mundial en los referente a los sistemas de seguridad social. Más allá de las razones socioeconómicas y demográficas internas, han sido variables de peso, los cambios tecnológicos, los cambios en los procesos de producción, la competencia y los fenómenos de globalización financiera. Ellos han afectado los conceptos relativos a la Seguridad Social, y han llevado a la sociedad contemporánea a establecer una nueva visión y una nueva versión de todos los que fueron los valores e ideales a través de los cuales se fueron construyendo estos sistemas. Los avances tecnológicos mejoran las condiciones de productividad, los niveles de eficiencia y todo ello es muy bueno, pues es el resultado del progreso. Paralelamente provocan desocupación y una migración sostenida hacia el sector informal de la economía. Somos testigos de que también impacta en los sistemas de invalidez, vejez y sobrevivencia: vivir más años y en mejores condiciones gracias al avance científico, también contribuye a la quiebra de los sistemas de seguridad social. Esto se constituye en un desafío de adaptación a una nueva realidad, integrando las mejores condiciones de vida, sin que constituyan una carga para el sistema y llegando a mejores niveles de satisfacción y garantía.

Desde la década del setenta, reconocidos expertos internacionales estudiaron el sistema realizando diagnósticos y predicciones pesimistas en cuanto a la viabilidad del mismo, al igual que distintos organismos internacionales, que sugirieron la introducción de correctivos urgentes para evitar la inminente crisis.

Que se necesitaba un cambio, todos los actores sociales y políticos lo sabían, pero varios intentos fracasaron. No nos es ajeno, que no trae rédito político el introducir correctivos que pueden resultar nada simpáticos, como el aumentar la edad de retiro, bajar la tasa de reemplazo, exigir mejores pruebas de servicios.

En 1994, el resultado eleccionario condujo a que el país quedara prácticamente dividido en tercios. La diferencia entre el partido de gobierno - Partido Colorado - y el Partido Nacional fue sólo de 20,000 votos. A su vez el Partido Nacional superó en 13,000 votos al Frente Amplio.

El Partido Nacional ofreció su apoyo al gobierno electo para impulsar los grandes temas nacionales: Reforma del Estado, del Sistema de Educación, Reforma de la Seguridad Social, de la Seguridad Pública y Reforma Política.

Tras varios intentos frustrados, finalmente se hizo presente el ingrediente más importante: la voluntad política.

Así fue que se negoció entre los partidos, la fórmula para una reforma. Entre enero y mayo de 1995 se redactó el Proyecto de septiembre de 1995. Su entrada en vigencia sería a partir del 1° de abril de 1996.

Ello pautó un hito fundamental en la historia de nuestra seguridad social. Se modificó el régimen que había imperado durante un siglo, pasando de un sistema de reparto a uno mixto de reparto y capitalización.

El régimen adoptado, se adaptó a la idiosincrasia uruguaya muy conservadora, que no acepta implantes, y en consecuencia no iba a admitir un régimen como el chileno de capitalización a ultranza.

En la etapa de negociación se recibieron a todas las organizaciones sociales y se redactó un documento base que fue firmado por tres de los cuatro partidos que concurren a la mesa de discusión. Este documento, sobre cuyos principios se redactaría posteriormente la ley, propuso esta solución mixta, "a la uruguaya".

Antes de entrar en el análisis de la reforma, es de interés ubicarnos en la realidad demográfica/económica del Uruguay en lo referido a la seguridad social.

ALGUNOS ASPECTOS DEMOGRAFICOS Y ECONOMICOS.

El Uruguay tiene una superficie de 178,000 km², una población de 3'100,000 habitantes de la cual el 85% está asentada en centros urbanos y el 15% en el medio rural. La población económicamente activa es de 1'250,000 personas, de las cuales 262,000 pertenecen al sector público, aproximadamente 700,000 al sector privado formal y alrededor de 300,000 al sector informal o no estructurado de la economía.

Para ubicarnos rápidamente en el entorno económico del país, veremos algunos indicadores económicos:

• PBI per cápita	US\$ 5.918
• Inflación (var. IPC últimos 12 meses)	23.7%
• Devaluación (var. T en últimos 12 meses)	23.5%
• Var. IMS últimos 12 meses	24.3%
• Sal Min. Nacionales abril / 97	US\$ 87.00

LA REFORMA. Las Propuestas

El nuevo sistema incorpora las características más importantes de la mayoría de las experiencias que se están llevando a cabo en países con estructura demográfica similares a la uruguaya. Esas experiencias han recogido las sugerencias y recomendaciones efectuadas por la CEPAL y por la OIT. Concretamente la CEPAL, formuló una propuesta para los países de Latinoamérica y el Caribe.

Basándose fundamentalmente en los conceptos de equidad y de solvencia financiera, se propone que la reforma de la seguridad social se atenga a un sistema mixto que combine dos criterios: por un lado un sistema universal de prestaciones básicas financiados con recursos generales y basado en la solidaridad social; y por el otro, un sistema de prestaciones públicas o privadas, con una equivalencia completa entre lo que se paga y lo que se recibe, basado en la previsión privada.

Por su parte, la OIT, específicamente para el caso uruguayo, sugirió también un sistema de características mixtas, con tres niveles:

1. Un nivel básico que se financiaría directamente con recursos públicos, orientado hacia los segmentos de la población que no cuentan con ninguna protección. Se trataría de pensiones no contributivas a la vejez e invalidez.
2. Un nivel intermedio que proporcionaría prestaciones que estarían vinculadas con un registro de cotizaciones pagadas. La tasa máxima de reemplazo se ubicaría en el entorno del 45% del promedio de ingresos, recomendándose un progresivo incremento de la edad de jubilación, para ambos sexos, hasta llegar a los 65 años.
3. Un tercer nivel que estaría representado por una promoción supervisada de regímenes complementarios.

Estas propuestas de la CEPAL y de la OIT fueron tenidas en cuenta a la hora de desarrollar el sistema previsional uruguayo. Sin embargo el sistema creado contempla no solamente estas indicaciones o recomendaciones, sino también, las características principales del sistema que Uruguay tenía hasta 1995.

Definiciones

El nuevo sistema previsional uruguayo se basa en un **régimen mixto** que recibe las contribuciones y otorga las prestaciones en forma combinada, una parte por el régimen de jubilación por solidaridad intergeneracional y otra por jubilación por ahorro individual obligatorio.

El régimen de jubilación por solidaridad intergeneracional, establece prestaciones definidas y de esta manera los trabajadores con sus aportaciones financian las prestaciones de los pasivos conjuntamente con los aportes patronales, los tributos afectados al sistema y la asistencia financiera estatal.

El régimen de jubilación por ahorro individual obligatorio es aquel en el que la aportación definida de cada afiliado se va acumulando en una cuenta personal con las rentabilidades que ésta genere a lo largo de la vida laboral del trabajador.

Dos precisiones sobre el régimen mixto:

- A) La ley crea un sistema previsional que tiene dos componentes, un régimen de reparto y uno de capitalización individual, los cuales por ser parte de un mismo y único sistema, son regímenes jubilatorios y pensionarios. Esta precisión tiene sentido para el régimen de ahorro individual obligatorio, porque para el de reparto, va de suyo que es un régimen jubilatorio y pensionario. En los dos componentes del sistema, la edad mínima para configurar causal jubilatoria, el elenco de beneficiarios de pensiones de sobrevivencia, el cálculo de la asignación de éstas, los requisitos para acceder a las pensiones, son similares.
- B) La segunda precisión o principio orientador, es que la ley estructura los dos regímenes, sobre el eje del concepto de ingresos individuales. Corresponde destacar que a los efectos de la ley, **se suman todos los ingresos** del individuo, ya provengan de una o más actividades regidas por el B.P.S., correspondan éstas a una o más afiliaciones, y tanto de actividades desarrolladas como trabajador dependiente o no dependiente.

El nuevo sistema crea tres niveles de cobertura:

- 1) **El primer nivel** (solidaridad intergeneracional), está administrado directamente por el Estado, B.P.S., que tiene un rol protagónico y ampara a un amplio sector de la población estimado entre el 87% y el 92% de la misma, hasta determinado nivel de ingresos (\$ 5,000 a valores de mayo de 1995, hoy situado en \$ 7,470 o el equivalente en US\$ 832).

Este nivel que se rige por el régimen de reparto, pilar básico del sistema de seguridad social uruguayo, ampara a todos los afiliados activos cualquiera sea su nivel de ingresos.

- 2) **El segundo nivel** llamado régimen de jubilación por ahorro individual obligatorio, está administrado por entidades privadas propiedad de instituciones públicas o de personas u organizaciones privadas, y comprende a quienes perciban ingresos superiores a \$ 5,000 y hasta \$15,000, a valores de mayo de 1995, hoy situado entre \$ 7,470 y \$ 22,411 o el equivalente entre US\$ 832 y US\$ 2,496.

Las prestaciones a que da origen este nivel se financian exclusivamente con aportación personal.

- 3) El tercer nivel** llamado de ahorro voluntario, comprende a quienes tengan ingresos superiores a \$15,000 a valores de mayo de 1995, hoy situado en \$ 22,411 o el equivalente en US\$ 2,496.-, por la parte que exceda de los mismos. Estas personas tienen la libertad de entrar al sistema o de no hacerlo. Debe quedar claro que esa posibilidad existe sólo por el excedente de ese nivel de ingresos.

Como manera de estimular el ahorro, la ley permite que los menores de 40 años con ingresos menores de \$ 5,000, que obligatoriamente deben aportar al régimen de solidaridad intergeneracional, puedan optar por aportar por la mitad de sus ingresos al régimen de ahorro. En ese caso se les beneficia en el cálculo del sueldo básico jubilatorio en un 50% más.

A los mayores de 40 años también se les dio la posibilidad de optar por el nuevo régimen con plazo vencido al 31/12/96. Las opciones, una vez realizadas son irrenunciables.

También se prevé que aquellas personas que perciban ingresos entre \$5,000 y \$7,500 a valores de mayo de 1995, hoy situado en \$ 7,470 y \$11,206 o el equivalente en US\$ 832 y US\$ 1.248 necesariamente deben aportar por el 50 % al régimen de reparto y el restante 50 % al régimen de ahorro.

Todas las referencias monetarias que están referidas en valores constantes a mayo de 1995 emplean como variable de ajuste el Índice Medio de Salarios.

A quienes comprende

El ámbito objetivo del nuevo sistema comprende en forma inmediata y obligatoria a todas las actividades amparadas por el B.P.S. Ello representa al 90% de la P.E.A. del Uruguay.

En aplicación del principio de universalidad y antes del 1º de enero de 1997, el Poder Ejecutivo deberá proyectar y remitir al Poder Legislativo, los regímenes aplicables a los demás servicios estatales y personas públicas no estatales de seguridad social, a fin de que, atendiendo a sus formas de financiamiento, especificidades y naturaleza de las actividades comprendidas en los mismos, se adecuen al nuevo régimen.

El ámbito subjetivo de aplicación, comprende distintos segmentos de edades de la población.

En forma obligatoria abarca a todos los afiliados que sean menores de 40 años de edad a la fecha de entrada en vigencia de la ley (1/4/1996), y a todas las personas que, cualquiera sea su edad, ingresen al mercado de trabajo en el desempeño de actividades amparadas por el B.P.S., con posterioridad a esa fecha.

Los afiliados mayores de cuarenta años podrían optar por ingresar al nuevo sistema

jubilatorio o permanecer en el actual, para lo que dispusieron de un plazo de 180 días siguientes a la vigencia de la ley.

Los actuales pasivos, y los trabajadores que configuren causal jubilatoria al 31/12/1996, no están comprendidos en el nuevo sistema.

Para los trabajadores mayores de 40 años de edad a la fecha de entrada de vigencia de la ley, que no configuraron causal jubilatoria al 31/12/96, se establece **un régimen de transición** que regula el pasaje del sistema anterior al nuevo.

Sintetizando, pues a partir del cese de toda la actividad de la persona y cuando ésta tiene la causal jubilatoria configurada tiene derecho a percibir una prestación definida por el régimen de solidaridad intergeneracional, de acuerdo a una tabla que tendrá en cuenta los años aportados y la edad del trabajador. Cuantos más años se trabajen y más se difiera la edad de retiro, el porcentaje fijado para el monto de la pasividad será mayor.

A esta pasividad tendrán derecho todos los habitantes del Uruguay cualquiera sea su ingreso. Quiere decir pues, que esta prestación que está a cargo del Banco de Previsión Social, alcanza a toda la población aportante al sistema.

Por otro lado y, además, en el caso de que el afiliado tenga ingresos superiores a \$ 5,000 a valores de mayo/95 (hoy \$ 7,470 o el equivalente a US\$ 8.32) y haya configurado la causal de acuerdo a las pautas fijadas en el régimen de solidaridad intergeneracional tendrá derecho a percibir una prestación mensual que se calculará en función de: el monto acumulado de los aportes, sus rentabilidades y la expectativa de vida al momento del retiro que se fija de acuerdo a tablas ya confeccionadas.

Categorización

Basándonos en el trabajo del Dr. Rodolfo Saldain sobre la reforma jubilatoria en el Uruguay, podemos decir que, técnicamente al primer nivel se le puede catalogar de **modelo público profesional**, presentando las siguientes características:

- 1) Opera bajo la modalidad de reparto puro.
- 2) Su financiamiento se realiza en base a aportaciones sobre salarios, tributos específicamente afectados y asistencia financiera del Gobierno Central, en tanto fuese necesaria para lograr el equilibrio financiero.
- 3) La prestación es de naturaleza definida y relativamente proporcional al salario de cotización del afiliado.
- 4) La adscripción es obligatoria, no siendo posible sustituir a este pilar por otro mecanismo marcándose aquí una significativa diferencia con el nuevo sistema argentino en donde se admite la opción por uno u otro régimen.
- 5) La gestión de este primer pilar está a cargo, obligatoriamente, del BPS.

Dicho primer nivel está complementado por un modelo instrumental a un objetivo redistributivo, dirigido hacia los sectores de la sociedad de menores ingresos no integrados a sectores estructurados del mercado de trabajo. Este complemento se logra a través de un **modelo público-selectivo** constituido por las **prestaciones asistenciales no contributivas de vejez e invalidez**.

Estas prestaciones se caracterizan por:

- 1) Operar bajo la modalidad de reparto,
- 2) Financiamiento por vía fiscal y no con aportaciones sobre la masa salarial,
- 3) La prestación es de naturaleza asistencial,
- 4) La prestación es uniforme,
- 5) La adscripción es selectiva, ya que está sujeta a examen de ingresos, limitándose la posibilidad de acceder a la prestación a personas de significativa carencia de recursos.

Dos modelos complementan la cobertura del primer pilar, uno de estos modelos ha sido incorporado por la nueva normativa, y el segundo era preexistente.

Precisamente, una de las innovaciones sustantivas del nuevo sistema, radica en la apertura de un espacio de acción al **modelo privado-comercial profesional**. Este modelo de cobertura de los riesgos IVS, recogido con carácter de complementario aunque obligatorio, se caracteriza por:

- 1) Operar bajo la modalidad de capitalización individual (en cuanto al riesgo vejez).
- 2) Establecer un régimen de aportación definida para el riesgo vejez y de prestación definida sólo para los riesgos de invalidez y sobrevivencia.
- 3) Financiamiento a través de aportes personales sobre salarios.
- 4) La prestación es proporcional al nivel de aportaciones y rentabilidad e inversiones.
- 5) La adscripción es obligatoria, con un tope o techo de cotización.

El objetivo de este modelo (o segundo pilar de cobertura) es complementar las prestaciones provenientes del primer pilar o pilar de base, tendiendo a incrementar la cuantía de la sustitución de ingresos de actividad por ingreso de pasividad.

Adicionalmente la ley permite que, con iguales características, pero ya con carácter voluntario, pueda establecerse un tercer pilar de cobertura, para aquellos afiliados obligatoria o voluntariamente comprendidos en el segundo pilar de cobertura, cualquiera sea su nivel de ingreso, por encima del tope establecido para el segundo

nivel. Se trataría pues de un **modelo privado, asociativo-profesional**. En el país ya existían instituciones similares a la caracterizada en el tercer nivel. Se trata de Sociedades Administradoras de Fondos Complementarios de Previsión Social, surgidas en el año 1984 por texto legal. Este marco legal se caracteriza por el carácter voluntario de la adscripción y su objetivo principal es complementar las prestaciones provenientes del primer pilar tendiendo a lograr un mejor ingreso de pasividad mediante una prestación adicional o complementaria generalmente financiada mediante el régimen de capitalización colectiva.

Recursos del Sistema

Este sistema se financia de diferente forma según en qué régimen de la Ley 16.713 nos situemos.

- Recursos del régimen de solidaridad intergeneracional o reparto.
 - a) Aportes patronales que por una disposición expresa se rebajaron 2 puntos quedando situados en el 13.5% a lo que hay que sumar el 5% de complemento por seguro por enfermedad.
 - b) Aportes personales que se incrementó de un 13% a un 15% y a lo que se le suma el 3% por concepto de seguro de enfermedad.
 - c) Los tributos afectados específicamente a este régimen que se traducen en 7 puntos del IVA que es el 23%.
 - d) La asistencia financiera del Estado que en el ejercicio 95-96 ascendió a 24.5 % del total de ingresos.
- Recursos del régimen de ahorro o capitalización individual.
 - a) Aportes personales jubilatorios por las asignaciones superiores a \$5,000 (US\$ 800) hasta \$ 15,000 (US\$ 2,400).
 - b) Aportes personales voluntarios por las asignaciones superiores a \$15,000 (US\$ 2,400).
 - c) Depósitos voluntarios.
 - d) Depósitos convenidos.
 - e) Sanciones pecuniarias por infracciones tributarias.
 - f) Rentabilidad mensual del fondo de ahorro previsional.
 - g) Contribución patronal especial por servicios bonificados.

Clasificación de las prestaciones de IVS. Régimen de solidaridad intergeneracional

Estas prestaciones a cargo del BPS son: las jubilaciones, el subsidio transitorio por incapacidad parcial, las pensiones, el subsidio para expensas funerarias y la pensión a la vejez e invalidez.

Clases de jubilación y causales

Según la causal que la determine, la jubilación puede ser: jubilación común, jubilación por incapacidad total, jubilación por edad avanzada.

1) Jubilación común

En este tema el nuevo sistema ha modificado substancialmente las condicionantes para entrar en el góce de la pasividad. Los requisitos exigidos son:

- a) **Edad de retiro.** La edad mínima para acceder al beneficio jubilatorio por la causal común será de 60 años para ambos sexos. Se modificó la edad de la mujer que en el régimen anterior era de 55 años.
- b) **Años de cotización o registración.** Se exige cotización efectiva para los trabajadores no dependientes y registración efectiva en la historia laboral para los dependientes, por un lapso mínimo de 35 años en los dos casos. Este es realmente un cambio sustancial por cuanto en el antiguo régimen se exigían 30 años de servicios. La prueba de los mismos podía ser documental o testimonial, lo cual llevó a que muchas personas se jubilaran sólo con declaración de testigos sobre la prestación de sus servicios. Evidentemente no son mecanismos que prueben fehacientemente la ocurrencia de los hechos por lo que un porcentaje muy grande de las pasividades otorgadas en una época fueron con servicios que nunca fueron prestados. Esto constituyó una gran disfuncionalidad del sistema anterior que con este nuevo régimen seguramente tendrá su correctivo.

A los efectos de la registración en 1994 se creó la historia laboral. Este es un mecanismo que pretende constituirse en un instrumento eficiente en manos de la Administración, orientado específicamente a dotar de la certeza necesaria al reconocimiento de servicios, recogiendo con excepcionalidad el principio de la prueba testimonial, solamente cuando se trate de una única pasividad; a la vez constituye un método para evitar maniobras fraudulentas que en definitiva afectan substantivamente las finanzas del BPS. Además constituirá un instrumento invalorable para el trabajador que le permitirá tener todos sus servicios registrados desde que inicia su vida laboral hasta que la finaliza.

2) Jubilación por incapacidad total.

Se distingue la incapacidad sobrevenida en actividad de la sobrevenida a causa o en ocasión del trabajo, o de aquella que sobreviene después del cese de la actividad.

3) Jubilación por edad avanzada.

Se exige para poder alcanzar esta causal cumplir 70 años y 15 años de servicios registrados.

Subsidio transitorio por incapacidad parcial

Este subsidio se percibe cuando se configura la incapacidad absoluta y permanente para el empleo o profesión habitual, sirviéndose por un plazo máximo de tres años, y previéndose exámenes médicos periódicos.

Pensiones de sobrevivencia

Los beneficiarios con derecho a pensión son las personas viudas, los hijos solteros menores de 21 años o mayores si son absolutamente incapacitados para todo trabajo, los padres absolutamente incapacitados para todo trabajo y las personas divorciadas.

Se exigen algunos requisitos para acceder al derecho, como la dependencia económica, en el caso de las personas divorciadas, los padres incapacitados, y el viudo, y limitantes en los años de prestación de acuerdo a las edades para el caso de la viuda.

Sueldo básico jubilatorio

El cálculo del sueldo básico jubilatorio se realizará sobre la base del promedio de los ingresos percibidos en **los últimos diez años**, actualizados por el Índice Medio de Salarios - siempre que no excediera en más del 5% del promedio de lo percibido en los 20 años de mejores ingresos -, o se tendrá en cuenta el promedio de los 20 años de mejores ingresos computables, siempre actualizados. Este nuevo sistema de cálculo, que dejó de lado los últimos tres años de aportación que se aplicaban hasta ahora, tiende a remediar la situación que se creaba con el sistema anterior, ya que ahora se tomará en cuenta un período mucho más extenso.

Para la **asignación de jubilación** se fijan porcentajes que compensan el mayor número de años de aporte o de registración en el momento de configurarse la causal, y en aquellos años de diferimiento del goce de la pasividad o de la edad, después de los 60 años. También se prevén los montos mínimos y máximos de jubilación que se actualizan utilizándose como variables de ajuste el Índice Medio de Salarios. Se mantienen los servicios bonificados para aquellas actividades que así lo requieran. El mayor costo financiero tanto por retiro anticipado como por menos años de aportes deberá cubrirse con una contribución especial, a cargo del empleador.

A los efectos de mitigar las consecuencias que la aplicación que este nuevo régimen pudiera tener, se estableció un **Régimen de Transición** muy gradual que, entre otros fines, persigue introducir un mecanismo de incorporación de los afiliados con determinadas edades a la fecha de vigencia de la ley.

Régimen de transición.

El régimen de transición está previsto para regir entre el 1º de enero de 1997 y el 1º de enero del año 2003. Básicamente contiene tres tipos de provisiones:

- a) En cuanto a la edad mínima se establece una progresividad en el caso de la mujer de 56 años desde el año 1997 hasta los 59 años en enero del año 2001 y a partir del 1º de enero del año 2003 la edad mínima de jubilación de la mujer será de 60 años al igual que la del hombre.
- b) En cuanto a los años de servicio se establece que a partir del 1º de enero del año 2003 se requerirá un mínimo de 15 años de servicios empezándose a solicitar 11 años de servicios desde el año 1997; 12 años desde el año 1998 y así sucesivamente hasta llegar a los 15 años de servicios que se requerirían en el año 2003.

Posteriormente se llegará a los 35 años de servicios computables en el momento en que la historia laboral haya avanzado lo suficiente como para hacerlo.

- c) Está previsto la desaparición de los topes jubilatorios que actualmente están en 7 salarios mínimos nacionales.

La misma progresividad se aplica para el cálculo del sueldo básico jubilatorio y para los mínimos y máximos de jubilación.

Régimen de ahorro individual obligatorio.

Este régimen está administrado por las Administradoras de Fondos de Ahorros Previsionales (AFAP), como ya se expresó existe una AFAP estatal que es una sociedad anónima formada por capitales del Banco de Previsión Social, del Banco de Seguros del Estado y del Banco República del Uruguay. En este momento existen funcionando, además de la estatal, cinco AFAP privadas.

Para tener derecho a la jubilación de ahorro se requiere constituir la causal de jubilación común o por edad avanzada en el régimen de solidaridad intergeneracional administrado por el Banco de Previsión Social. En esos casos independientemente que los aportes a las AFAP fueran vertidos por períodos menores, se tendrá derecho a la jubilación de ahorro e incluso ella podrá hacerse efectiva cuando el afiliado siga

en actividad y tenga 65 años de edad.

Por lo tanto las causales jubilatorias y pensionarias son las mismas que rigen en el régimen de solidaridad intergeneracional, aunque la determinación de esas causales tiene características específicas.

Las prestaciones se van a determinar de dos formas distintas:

- 1) Aquellas que se generen con el ahorro acumulado, a la fecha de la configuración de la causal, dará origen a prestaciones de jubilación común, de jubilación por edad avanzada y de las respectivas pensiones de sobrevivencia. El importe de la asignación inicial se fijará en base a: el saldo acumulado en la cuenta individual; la expectativa de vida del afiliado y la tasa de interés respectiva. El pago de las prestaciones será abonado a través de una empresa aseguradora, a elección del interesado, a cuyos efectos la Administradora, o sea la AFAP, traspasará los saldos acumulados respectivos.
- 2) Las prestaciones de jubilación por incapacidad total, del subsidio por incapacidad parcial y las pensiones de sobrevivencia por fallecimiento en actividad o en goce de las prestaciones mencionadas, serán financiadas mediante la contratación con una empresa aseguradora, de un seguro colectivo de invalidez y fallecimiento.

El único ingreso que pueden recibir las AFAP de los afiliados serán las comisiones de administración, por acreditación de aportes. Esta comisión está fijada en un porcentaje cercano al 2% del monto que el afiliado destina al ahorro individual, más la prima del seguro colectivo por invalidez y fallecimiento. Estas comisiones alcanzaron en el mes de diciembre de 1996 al 2.07% del sueldo de aportación al régimen de ahorro, o sea, el 13.79 % de lo aportado. La prima de seguro no es una comisión, sino que es un porcentaje constante, independiente de la edad o del sexo del afiliado, que se le cobra a todo el colectivo protegido con el fin de cubrir los riesgos de incapacidad total o parcial, fallecimiento en actividad o fallecimiento del afiliado que estuviera recibiendo las prestaciones de incapacidad.

En promedio, al cierre del mes de Diciembre/96, un 80.48% de lo aportado a cada AFAP se acreditó en las cuentas individuales (sistema de aportación definida) y un 5.73% se pagó a las empresas aseguradoras a efectos de cubrir riesgos varios de los afiliados (sistema de prestación definida) aplicando criterios de solidaridad intergeneracional, dado que la prima que se cobra es igual para todos los afiliados, independientemente de la edad, el sexo o el riesgo laboral de los mismos. También es solidario por cuanto no importa el tiempo de aportación al sistema ya que de todos modos accede al derecho. Los depósitos voluntarios o convenidos recibidos por las AFAP son acreditados en su totalidad, dado que no se cobra comisión, ni se

abona prima de seguro. También es necesario indicar que cada AFAP realiza un servicio gratuito de recepción y acreditación de los aportes en exceso recibidos desde el B.P.S. para los afiliados con múltiple actividad.

Los principios que rigen la elección de Administradora están inspirados en la mayor libertad. El afiliado puede elegir a qué AFAP afiliarse y puede traspasarse a cualquier Administradora hasta dos veces por año.

En cada AFAP existirá un único fondo previsional que recogerá los ahorros de los afiliados comprendidos. Este Fondo estará completamente separado del patrimonio de la AFAP y será inembargable.

La rentabilidad de cada Fondo de Ahorro Previsional no podrá ser inferior a un porcentaje determinado de la rentabilidad promedio del régimen. En caso de que exista una insuficiencia deberá ser cubierta por el Fondo de Fluctuación de Rentabilidad, por la Reserva Especial, o en su defecto por el Estado.

La tasa de rentabilidad nominal anual del Fondo de Ahorro Previsional, es el porcentaje de variación, durante los últimos doce meses del valor de la Unidad Reajutable, acumulada a la tasa de rentabilidad real de dicho Fondo. La tasa de rentabilidad real mensual del Fondo de Ahorro Previsional, es el porcentaje de variación mensual experimentado por el mismo, medido en Unidades Reajustables, excluyendo los ingresos por aportes y traspasos entre las Administradoras, así como los traspasos desde y hacia el Fondo de Fluctuación de Rentabilidad. La tasa de rentabilidad real anual se calculará por la acumulación de las tasas de rentabilidad reales mensuales. El cálculo de estas tasas y de todos los índices que de ellas se deriven se realizarán mensualmente.

Las Administradoras serán responsables de que la tasa de rentabilidad real del respectivo Fondo de Ahorro Previsional, no sea inferior a la tasa de rentabilidad real mínima anual del régimen, la que se determinará en forma mensual. La tasa de rentabilidad real mínima anual promedio del régimen es la menor entre el 2% (dos por ciento) anual y la tasa de rentabilidad real promedio del régimen menos dos puntos porcentuales. Los requisitos de rentabilidad mínima no serán de aplicación a las Administradoras que cuenten con menos de doce meses de funcionamiento.

La rentabilidad promedio del sistema se conocerá el mes de julio próximo de acuerdo a lo establecido en el decreto 526/996 del 31.12.96. Las estimaciones que se conocen a la fecha permiten afirmar que la rentabilidad real promedio será muy superior al 2.75% manejado por la oposición. Las empresas aseguradoras serán en definitiva las responsables de servir las prestaciones emergentes del régimen de ahorro para las causales de jubilación, de pensión o de subsidio transitorio por incapacidad parcial. Cuando una persona alcanzó su causal, la AFAP traspasará el fondo acumulado en su cuenta individual sumada la rentabilidad a la aseguradora elegida

por el afiliado.

Las AFAP están controladas por el Banco Central del Uruguay, quien tiene la posibilidad de aplicar sanciones en caso de incumplimiento de las normas establecidas. El Estado garantiza a los afiliados del régimen de ahorro individual el cumplimiento de una rentabilidad real mínima, y en el caso en que se produzca la liquidación judicial de la aseguradora, el Estado garantiza el pago puntual de las prestaciones a su cargo.

Existe una garantía por parte del Estado sobre el cumplimiento de la rentabilidad real mínima; sobre el pago de las prestaciones de jubilación pero ello sólo será aplicable a las entidades de propiedad estatal como en el caso de REPUBLICA AFAP.

Garantías del sistema.

- 1) La primer garantía consiste en que las AFAP tienen un patrimonio propio y diferente del patrimonio que administran, que es el Fondo de Ahorro Previsional.
- 2) El Fondo de Ahorro Previsional es propiedad de los ahorristas y no de la AFAP, y es inembargable. Ese Fondo debe ser invertido únicamente en las inversiones que establece la ley. Y los títulos representativos de esas inversiones, deben ser colocados en custodia en el Banco Central u otra Institución Financiera autorizada por el Banco Central.

Aquellos instrumentos taxativamente enumerados por la ley sobre los que se podrá invertir el fondo, son:

- a) Valores emitidos por el Estado uruguayo, hasta el 60% (sesenta por ciento) del total del activo del Fondo de Ahorro Previsional.
- b) Valores emitidos por el Banco Hipotecario del Uruguay, hasta el 30% (treinta por ciento).
- c) Depósitos a plazo, en moneda nacional o extranjera, que se realicen en las instituciones de intermediación financiera instaladas en el país, autorizadas a captar depósitos, hasta el 30% (treinta por ciento).
- d) Valores emitidos por empresas públicas o privadas uruguayas que coticen en algún mercado formal, con autorización del Banco Central del Uruguay, hasta el 25% (veinticinco por ciento).
- e) Valores representativos de inversiones inmobiliarias, industriales, forestales u otros sectores productivos garantizadas por entidades financieras autorizadas a funcionar en el país, a través de la emisión de certificados de depósito, hasta el 20% (veinte por ciento).
- f) Colocaciones en instituciones públicas o privadas, garantizadas por las

mismas, a efectos de que éstas concedan préstamos personales a afiliados y beneficiarios del sistema de seguridad social, hasta dos años de plazo y tasa de interés no inferior a la evolución del Índice Medio de Salarios en los últimos doce meses, más cinco puntos porcentuales. El máximo del préstamos en estas condiciones no podrá superar los seis salarios de actividad o pasividad. El importe a prestar no excederá del 15% (quince por ciento) del activo del Fondo de Ahorro Previsional.

Las inversiones mencionadas en el literal A) podrán alcanzar hasta el 100% (cien por ciento) en el primer año de vigencia del régimen de ahorro, reduciéndose entre cinco y diez puntos porcentuales por año, hasta llegar al 60% (sesenta por ciento) mencionado.

La suma de las inversiones mencionadas en los literales B), C), D), E) y F) no podrá exceder del 20 % (veinte por ciento) de valor del Fondo de Ahorro Previsional en el primer año, incrementándose entre cinco y diez puntos porcentuales anuales, hasta un máximo del 70% (setenta por ciento).

La suma de las inversiones mencionadas en los literales D), E, y F), no podrá exceder del 30% (treinta por ciento) del valor del Fondo de Ahorro Previsional.

También se establecieron ciertas prohibiciones para la inversión, a modo de ejemplo, en valores emitidos por otras administradoras que se creen de acuerdo con la presente ley; en valores emitidos por empresas aseguradoras; en valores emitidos por sociedades constituidas en el extranjero, con excepción de las empresas de intermediación financiera autorizadas a girar en el país; en valores emitidos por las sociedades financieras de inversión; y en valores emitidos por empresas vinculadas a la respectiva administradora, ya sea directamente o por su integración a un conjunto económico.

- 3) Una vez que la AFAP está en funcionamiento, el capital de la Reserva Especial debe ser del 2% del Fondo que administra. Si ese patrimonio, por cualquier circunstancia baja del mínimo, la AFAP tiene 3 meses para reintegrar el faltante para cubrir ese mínimo. Si no lo hace, esa AFAP es disuelta y liquidada.

En ese caso, el Fondo pasa a ser administrado por el Banco Central, a la espera de que cada uno de los afiliados disponga el traspaso de sus ahorros acumulados, a otra AFAP.

- 4) Dentro del mismo Fondo de Ahorro Previsional, se crea un Fondo de Fluctuación de Rentabilidad que tiene por objeto garantizar una rentabilidad mínima.

- 5) La administradora deberá enviar periódicamente, al menos cada seis meses, al domicilio de cada uno de sus afiliados, la siguiente información mínima referente a la composición del saldo de su cuenta de ahorro individual:
- a) Saldo de la cuenta respectiva de Unidades Reajustables al inicio del período.
 - b) Tipo de movimiento, fecha e importe en Unidades Reajustables. Cuando el movimiento se refiera a los débitos se deberá discriminar en su importe el costo de la comisión, la prima del seguro por invalidez y fallecimiento y otros conceptos autorizados. A tal efecto las normas reglamentarias establecerán los procedimientos para tal discriminación.
 - c) Saldo de la respectiva cuenta en Unidades Reajustables, al final del período.
 - d) Valor de la Unidad Reajutable al momento de cada movimiento.
 - e) Rentabilidad del Fondo de Ahorro Previsional.
 - f) Rentabilidad promedio del régimen y comisión promedio del régimen.

Esta comunicación podrá librarse como mínimo una vez al año, a los afiliados que no registren movimientos por aportes en su cuenta durante el último período que deba ser informado. La reglamentación podrá disponer el aumento de la frecuencia de la información al afiliado. El afiliado que lo solicite expresamente ante la Administradora respectiva, podrá obtener información de su cuenta personal en cualquier momento.

ROL DEL BANCO DE PREVISION SOCIAL

Organización Institucional.

- A) La estructura institucional de la seguridad social estatal en el Uruguay, se integra con los siguientes organismos:
- **Ministerio de Trabajo y Seguridad Social** que elabora los lineamientos generales de la política nacional en esta materia.
 - **Banco de Previsión Social (BPS)** organismo autónomo, rector de la seguridad social en el Uruguay, que tiene por cometido básico coordinar los servicios estatales de previsión social, y la cobertura de los riesgos y cargas derivadas de la maternidad, infancia, familia, vejez, invalidez y sobrevivencia (IVS), los derivados de las enfermedades profesionales y accidentes de trabajo (junto con el Banco de Seguros del Estado), los de enfermedad y desocupación. También le compete la determinación y recaudación de las contribuciones de seguridad social (aportes) y la administración de los

servicios comunes de apoyo.

- **Servicio de Retiros y Pensiones Militares, y Servicio de Retiros y Pensiones Policiales** que son los organismos estatales que actúan como servicios desconcentrados en la órbita de los Ministerios de Defensa Nacional e Interior.

B) En la órbita paraestatal, las entidades privadas con fines públicos son:

- **Caja de Jubilaciones y Pensiones Bancarias,**
- **Caja Notarial de Jubilaciones y Pensiones,**
- **Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios.** Todas ellas actúan con autonomía técnica, sin perjuicio del control que ejerce el Poder Ejecutivo y de la aplicación de las normas generales vigentes en lo sustancial, para la concesión de jubilaciones y pensiones.

C - En la órbita privada:

- **Las Administradoras de Fondos de Ahorro Previsionales (AFAP),**
- **Las Aseguradoras²**

La necesidad de proceder a la implementación de la Ley de Reforma de la Seguridad Social dentro de los plazos perentorios establecidos en las propias disposiciones legales generó un aceleramiento de la dinámica de Mejora de la Gestión ya iniciada en el B.P.S.

La Mejora de la Gestión

Se incrementaron los esfuerzos de modernización priorizando la calidad de la atención al cliente, la racionalización de los procesos, la informatización, la desconcentración geográfica, la capacitación y el fortalecimiento de los RR.HH., logrando de esa manera dar cumplimiento a los objetivos dispuestos por la Ley 16.713 dentro del marco de mejora de la gestión.

El esfuerzo realizado por la totalidad de la Institución presenta áreas donde el avance reviste mayor importancia, en razón de la especificidad de su función y la influencia que ejercen sobre el desarrollo de otras actividades conducentes al logro de los objetivos propuestos.

En ese sentido el crear y mantener la historia laboral de los afiliados activos, además de ser una imposición legal posibilita un mejor conocimiento sobre la cantidad y

² En la actualidad coexiste una AFAP de propiedad estatal con AFAP privadas. Asimismo también una de las aseguradoras es estatal.

características de nuestros clientes, facilitando el acceso a los beneficios y el control de las prestaciones. La Historia Laboral es quien a través de un software adecuado, en la mayoría de los casos, o con formularios, ha diseñado la forma de realizar las declaraciones de pago por parte de las empresas. Esta información contiene: datos identificatorios de las empresas y nombre, identificación y cargo del personal, así como la fecha de ingreso y egreso, y todo lo que debe constar en la historia laboral de un trabajador.

El manejo de enormes masas de datos genera la necesidad del desarrollo intensivo de los recursos de Informática, con capacidad no sólo para el almacenamiento sino para la consulta en tiempo real para una red de usuarios en permanente expansión.

Un servicio de teleconsultas está funcionando desde enero de 1996. La filosofía del servicio es la de brindar a cada uno de nuestros clientes información personalizada sobre las características de las distintas prestaciones de la Institución. La base de datos conformada es permanentemente controlada y alimentada por las unidades operativas, brindando así información actualizada y uniforme a las consultas efectuadas. Se atiende un promedio diario de 4,500 consultas, y en casos excepcionales se han superado las 6,500.

Si consideramos que de esta forma se consigue unificar la información brindada, se evita el traslado y presencia de esa cantidad de personas ante los mostradores del organismo, podemos concluir que es un importante logro en el marco de la mejora de gestión orientada a la calidad de la atención al cliente. Por otra parte, se produce una importante reducción de "horas hombre" para el B.P.S. y por ende una disminución del costo social de todos los afiliados. Ya se ha incorporado la modalidad de "telegestión" para algunos trámites: Solicitud de Certificado Unico y Pago de Asignaciones Familiares en la Empresa.

La multiplicidad y dispersión de esos usuarios hace a su vez imprescindible la existencia de una red de comunicaciones que permita una efectiva descentralización operativa, facilite el acceso inmediato a la información y permita un control efectivo y oportuno. Ello llevó a que se hiciera un gran esfuerzo en la adquisición de equipamiento informático y tecnología aplicada y hoy por hoy, estamos en condiciones de administrar en línea, las transacciones de altas, bajas y modificaciones de personas, beneficios, relaciones de actividad, afiliaciones y traspasos a las AFAP, y constituye la BASE CORPORATIVA DE DATOS del BPS, que es utilizada por todos los sistemas informáticos del Banco. A la fecha existen más de 600 usuarios del sistema de los cuales casi 100 son externos al BPS: Banco Central del Uruguay y Administradoras de Fondos.

Antes de la BASE CORPORATIVA, el BPS contaba con múltiples registros no relacionados entre sí, con datos de personas no siempre exactos. A partir del 1° de abril de 1996 existe un registro único, utilizado por todos, que a la fecha cuenta con

1'900,000 personas registradas. En la BASE CORPORATIVA DE PERSONAS, se registran todos los vínculos de la persona con el BPS; sea como cotizantes (aportantes) o como beneficiarios de las prestaciones que el BPS otorga tanto a los activos como a jubilados y pensionistas. Todas estas relaciones quedan registradas históricamente, de modo que aún cuando el vínculo se interrumpa por alguna causa la persona queda registrada igualmente. Una vez ingresada a la base, se mantiene ese registro durante todo el período de existencia de la persona. Esto permitirá una vez que se produzca la adaptación de los sistemas existentes, ejercer un control global sobre las prestaciones que el Banco otorga y facilitará a los afiliados la realización de sus trámites registrales ante el Banco.

El sistema administra también las afiliaciones a las administradoras de fondos, y los traspasos de administradoras que se empezaron a producir a partir del 1° de marzo de 1997. Al 31 de diciembre, existía un total de 355 mil afiliaciones al sistema mixto (AFAP) y más de 900 mil trabajadores identificados por el BPS.

El BPS realiza el contralor de estas afiliaciones, lleva el registro por administradora y reporta los problemas que se detecten en el funcionamiento del sistema al Banco Central del Uruguay para que éste ejerza las acciones correctivas. Las transacciones entre las AFAP y BPS, se realizan en línea, es decir que al recepcionar la solicitud la administradora le comunica al BPS, que ejerce un primer control sobre la misma, si todo resulta correcto se habilita la transacción y la AFAP puede ingresar ese afiliado. Esta modalidad permitió superar muchos inconvenientes detectados en otros países con sistemas similares, que dificultaban la gestión de afiliaciones y perjudicaban al trabajador. Esta modalidad seguramente será trasladada a otros sistemas, porque ha demostrado una efectividad total.

El Banco de Previsión Social es el único organismo recaudador de todo el sistema. Debe distribuir los aportes percibidos a las distintas AFAP y acreditarlas en las cuentas personales de los afiliados, para ello se creó el sistema de distribución, que es la segunda gran herramienta que permite administrar las funcionalidades requeridas por la Ley 16.713.

Estando aseguradas la identificación de personas, el sistema recepciona toda la información de aportes a través de las nóminas que presentan las empresas al BPS y que son capturadas por la Unidad de Historia Laboral.

Los períodos de actividad y los aportes son ingresados al sistema y se contabilizan en la Cuenta Personal del afiliado, a partir de la cual se generarán en el futuro todas las liquidaciones de prestaciones y el reconocimiento de los servicios. En el corto plazo, el sistema de distribución toma la declaración de las empresas, realiza el cálculo de los aportes previsionales y distribuye éstos en función de la normativa legal entre lo que corresponde al régimen de solidaridad (BPS) y lo que corresponde al régimen de ahorro individual (AFAP). Prepara las liquidaciones y habilita las

transferencias de fondos a las administradoras.

A partir del sistema se conforma el histórico de asignaciones computables para el régimen de solidaridad (BPS) y para el régimen de ahorro individual (AFAP), que mantiene el registro de todos los vínculos de la persona con las distintas empresas, sus servicios e ingresos.

La descentralización implica a su vez el acercamiento a los clientes y la comprensión de sus necesidades, facilitando el acceso a la información de su interés a través de los medios más sencillos y económicos que de ser posible le permitan iniciar gestiones desde su propio domicilio o lugar de trabajo. Es así que ya se está implementando el sistema de Recaudación Nominada, por el cual el aportante con sólo poseer un P.C. y una conexión vía módem recibirá en su casa o empresa la factura de lo adeudado y podrá debitarlo también por medios electrónicos, de su cuenta bancaria y realizar, también por este medio, el depósito en una cuenta a nombre del B.P.S.

NUESTRO BALANCE

El sistema está funcionando hace un año. Es sumamente costoso pasar de un sistema de reparto a un sistema de capitalización, o que contenga elementos de capitalización o ahorro; y es especialmente costoso en un país como Uruguay, con las características demográficas a las que nos hemos referido, y con regímenes previos de retiro bastante generosos, a los que nos referimos en el momento de analizar los antecedentes del viejo sistema.

El sistema establecido es liberal, en opinión del Presidente del Banco de Previsión Social es tan liberal que es anárquico: cada afiliado tiene muchas elecciones, puede resolver si entra o no, si ahorra o no, que AFAP elegir, si se traslada de AFAP. Nos fijamos un plazo de seis meses para implementar el sistema. No había registros de trabajadores, no se sabía lo que ganaban, no había costumbre de declarar en forma individual, no había capacidad en el Banco de Previsión Social ni en las empresas para manejar el nuevo sistema. Recién estaba comenzando la desmonopolización de los seguros, el Banco de Seguros del Estado tampoco estaba acostumbrado a manejar los millones de datos mensuales, ajustes de planillas que implican cálculos bastante complicados, que martirizan a los servicios de información y a los administradores de las AFAP.

Todo esto implicó entonces, un esfuerzo muy grande, un cambio de mentalidad en toda la administración y en particular en el Banco de Previsión Social; en las compañías de seguros, y finalmente, en quienes están menos involucrados directamente, que son quienes presentan los datos.

El sector privado ha cumplido excelentemente con sus obligaciones. Como hay costumbre del Estado de exigir a los particulares el cumplimiento de sus obligaciones,

los datos de la información individual de ingresos se presentan en forma y la transferencia de recursos se hace en forma regular.

En el sector público hay menos costumbre de esto, por lo que los mayores desajustes se encuentran en el mismo al no realizar los aportes de sus trabajadores.

Tengamos presente que el nuevo sistema modifica lo que hemos venido haciendo en los últimos 50 años, y los cambios no se procesan de un día para el otro.

Se ha destacado el éxito en cuanto al número de afiliados, señalando que el gran hecho de la reforma es que los menores de 40 años se han afiliado en masa. La gente joven es menos temerosa del cambio y repudió al viejo sistema. El nuevo sistema es sin dudas exitoso por varias razones:

- por el porcentaje de afiliaciones voluntarias
- por la confianza que despertó en las empresas que se han constituido como AFAP. Véase que invirtieron pensando en el largo plazo y que son empresas de primer nivel mundial en muchos casos.
- el BPS ha logrado éxito al instrumentar rápidamente el sistema.
- el costo de administración de las AFAP es el más bajo de América Latina. El costo del seguro por incapacidad parcial está a niveles internacionalmente competitivos. La mayor cantidad de afiliados al nuevo sistema que se ha operado ha facilitado la baja de los costos administrativos. Y las circulares del Banco Central regulando los traspasos de AFAP sin prohibirlos ha tratado de evitar el desarrollo de la industria del traspaso, evitando los mayores costos de las AFAP.
- hay muy pocos casos de gente que se afilió al sistema y que no ha podido ser identificada. En este aspecto el Uruguay es el sistema más exitoso de América Latina.

En las previsiones iniciales se estimaba que en 25 o 30 años el 20% de quienes no estaban obligados a aportar, aportaban por el nuevo sistema. Cuando se negociaba la financiación de la transición con el Banco Interamericano de Desarrollo, éste puso exigencias muy duras: en el primer año del sistema teníamos que tener un 30% que hubiera optado por el nuevo sistema, y a los dos o tres años, el 70%.

El 30% de las opciones se obtuvo en tres meses, y al cumplir el año estaremos prácticamente cumpliendo la opción prevista para los dos o tres años.

En cuanto al déficit, se está previendo un déficit inferior al 0.5% del PBI en este año. Las transferencias a las AFAP, se sitúan alrededor de los 14 millones de dólares mensuales. La máxima previsión de transferencia a las AFAP era de 80 millones de

dólares en el año en que se cumple en mayo. La transferencia de fondos a las AFAP, ha superado el máximo previsto en un 70% (entre 115 y 130 millones) y las transferencias están al día.

Otro aspecto a destacar es el impacto sobre el mercado de capitales. Se había establecido que la obligación de las AFAP de colocar en títulos públicos disminuyera un 10% acumulativo sobre todo lo acumulado y por la observación de algún legislador se estableció que podía bajar entre un 5 y un 10% según como vayan las cuentas.

La situación es que aún si el gobierno usase la opción de reducir al 5% la disminución del porcentaje obligatorio de tenencia de títulos públicos, igual el 25% de los fondos que se giran es mucho más que el 30% de lo que se preveía girar. En consecuencia, se está pensando en dar más flexibilidad a la colocación de títulos públicos y estamos pensando en obtener otros financiamientos. Cualesquiera sean en definitiva los porcentajes de tenencia obligatoria de títulos públicos, las AFAP tendrán disponible para colocar en títulos que no sean del gobierno central, entre 200 y 250 millones de dólares al final de 1999.

Se trata de una capacidad de financiamiento a largo plazo que nunca tuvo el país, y que impone la necesidad de desarrollar y perfeccionar un mercado de valores en el que el cumplimiento de los títulos privados sea seguro. Esto también conlleva la necesidad de mejorar el sistema jurídico.

Estamos enfrentados a un gran cambio en el mercado de capitales, con disponibilidad de recursos para inversión que posibilitarán que el Uruguay mantenga o aún incremente su ritmo de crecimiento. El Uruguay ha logrado al día de hoy un crecimiento del producto per cápita, que sólo lo tienen cinco o seis países en el mundo, y esto, con una baja tasa de inversión, lo que se liga a la no existencia de un mercado de capitales, a la no existencia de fondos institucionales para colocar a largo plazo para incrementar el capital físico de la comunidad.

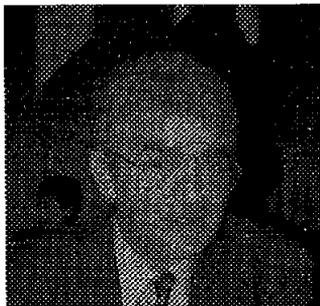
Con relación a la recaudación del BPS, ésta ha aumentado en forma importante como consecuencia de un aumento en el número de cotizantes, que en el último año fue de 4.37%. Este incremento contribuyó a financiar la implementación de la ley, lo que demandó inversiones en tecnología, capacitación, y publicidad del nuevo sistema.

CONCLUSIONES

A un año de instaurado el nuevo sistema previsional en el Uruguay, el balance es netamente positivo - en lo que pueda desde ya juzgarse -. Es sabido que sólo en el largo plazo podemos realizar una efectiva evaluación de resultados tratándose de estos temas. Lo que a esta altura sí podemos expresar es que un cambio era muy necesario debido a las grandes disfuncionalidades e iniquidades existentes. Esos cambios fueron largamente postergados hasta que finalmente, con un enorme

esfuerzo en su implementación ya que exigió un salto tecnológico y cambio de mentalidad y cultura organizacional muy importante. Podemos decir, no sin orgullo que está funcionando bien. Ello no es poca cosa, ya que aprendimos de los errores y aciertos del proceso de cambio en otros países y hemos avanzado evidentemente.

El hecho comprobado del cambio de gestión del organismo rector de la seguridad social, el Banco de Previsión Social; su agiornamiento, la capacitación máxima de sus funcionarios, la utilización de la tecnología de punta en el mundo y el seguir en el camino del cambio con una meta que es la excelencia, demuestra claramente que no podrá existir una marcha atrás en este proceso que trata de englobar, no sólo la gestión sino también aquellos grandes temas de todo país, como la seguridad social en los conceptos de modernización, eficiencia y profesionalización.



INTERACCION DE LOS PLANES PRIVADOS DE PENSIONES DENTRO DE LA NUEVA LEY DEL IMSS

Un esquema articulado

Por: Rafael Trava Bolio

Versión Estenográfica

Es egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México, donde cursó la carrera en Actuaría. Cursó la Maestría en Administración de Empresas en el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, así como cursos de especialización en mercadotecnia en la Universidad Northwestern. Actualmente es Director General de Buck Actuarios Consultores.

Introducción

Con un agradecimiento al CEDESS y a la CISS por la invitación a participar en este importante foro, voy a tratar de transmitirles algunos conceptos, ideas y experiencias, en relación a los planes privados de pensiones y cómo se interrelacionan o se articulan dentro de la nueva Ley del Seguro Social en México.

Daré un breve antecedente de lo que son los planes de pensiones en México, donde podemos ver que éstos surgen como una herramienta que complementa los beneficios de la seguridad social.

Asimismo, se encuentra mucho eco para cubrir las prestaciones por jubilación incluidas en algunos contratos colectivos de trabajo. La gran mayoría de los planes de pensiones están sustentados en beneficio, que es equivalente a la indemnización legal que marca la Ley Federal del Trabajo. También son incentivadas la instalación de los planes a través de algunos incentivos fiscales que señala la Ley del Impuesto Sobre la Renta, pero en realidad su desarrollo no ha sido importante como se esperaba. Aproximadamente hay 2,500 planes de pensiones instalados en el país, cubren aproximadamente a 2.3 millones de trabajadores, son financiados a través básicamente de fideicomisos en administración de la banca y también con productos de las compañías de seguros, que ahora con el nuevo concepto de las rentas vitalicias, tiene un amplio futuro. Antecedentes de esquemas similares, los podemos ver también en el ahorro individual que al incorporarse las cuentas individuales personales de ahorro en 1991 en la Ley del Impuesto Sobre la Renta, que permiten a la gente ahorrar o diferir para su retiro hasta el equivalente a 10,000 dólares anuales, esta cantidad se va ajustando a través del tiempo.

De esta manera se puede diferir el pago de impuestos hasta la fecha en que se dispone de estos recursos. La utilización de este instrumento ha sido limitada, yo diría que por falta de difusión y de capacidad de ahorro.

En lo colectivo también surge luego el SAR, que se crea en 1992, cuyo objetivo era fortalecer el régimen de pensiones de la Seguridad Social y propiciar la creación de ahorro interno. Esto tuvo como implicación el hecho de que muchos planes de pensiones se tuvieron que rediseñar su fórmula a fin de evitar duplicidad en los costos.

En este contexto surge el concepto de ahorro para el retiro, concepto que se ha discutido en diferentes foros y ha sido estudiado por muchas gentes, pero consideramos que cualquier sistema de ahorro para el retiro debe tener como objetivo fundamental el propiciar un nivel de ahorro que permita tener un bienestar sostenido, mejorar la calidad de vida de los participantes y de alguna manera participar en la distribución y para compartir algunos riesgos que no son controlables por el individuo.

De esta forma se pueden integrar los esquemas de ahorro para propiciar su complementariedad y aquí es donde surge la Ley del Seguro Social. En mi opinión, ningún sistema de seguridad social es diseñado para cubrir el 100 por ciento de las necesidades del individuo al finalizar su vida activa, por lo cual al estructurarse la reforma dentro del nuevo esquema, se propician esquemas de ahorro obligatorio y se integran también sistemas de ahorro voluntario.

De alguna manera, en la integración del ahorro, el Estado participa al estar otorgando un beneficio mínimo garantizado, aportando una cuota social y todo esto se está financiando con recursos fiscales que al fin y al cabo son recursos de la sociedad en su conjunto.

En cuanto a la parte del ahorro voluntario, que es donde dentro de la Ley se establecen las cuentas individuales para retiro de cesantía y vejez, de tal suerte que se pretende alcanzar un nivel de reemplazo del salario integrando todas estas cosas.

Después surge el ahorro voluntario. En este contexto se tiene toda la parte individual y la parte que se puede dar a través de los planes privados que otorgan las empresas a sus trabajadores, de esta forma, tenemos de alguna manera cubiertos los tres pilares en que se debe de soportar los esquemas de seguridad y ahorro para el retiro.

Yo creo que los planes privados de pensiones, viéndolo de una manera rápida, van a tener una singular importancia en el futuro para complementar el ingreso a la jubilación. Los planes deben encontrar el balance entre los beneficios y su costo, de tal suerte que se pueda minimizar el costo para quien patrocina el plan, en este caso, la empresa, y se pueda así optimizar el beneficio para los participantes, siempre manteniendo este equilibrio entre los costos y los beneficios.

Cuando se diseña un cambio de pensiones bajo esta filosofía, se decidirá un plan de seguridad social como un macroplan de pensiones, pues tenemos que pensar cuál es la estructura del beneficio, y cuál es el nivel de reemplazo del salario al que queremos llegar, pero también tenemos que estar conscientes de cuál es el costo, el presupuesto asignable y de esta manera pueden trabajarse todos los esquemas ya sea de costo fijo y beneficio variable o de beneficio fijo y costo variable, en fin de todas las mezclas posibles que permitan encontrar este equilibrio entre los costos y los beneficios.

También se ha de considerar los impactos que tiene la carrera salarial del individuo pues para poder estimar cuál es el salario que tendrá la fecha de jubilación, considerando conceptos como la inflación, su desarrollo dentro de la empresa, la productividad.

Por otro lado, también juega un papel importante las hipótesis financieras que se seleccionen, a fin de poder incorporar conceptos de tasas reales de rentabilidad así como hipótesis de incremento de salario. Es importante aquí destacar que realmente estas hipótesis son fundamentales, pues dado que generalmente el capital está mejor retribuido que el trabajo.

El costo del plan lo tenemos que ver como la depreciación del personal. Realmente cuando estamos aportando o creando un ahorro para el retiro, lo que estamos haciendo es crear un fondo de depreciación de la gente, que al decirlo crudamente, sustituirlo al momento que la gente ya cumplió su etapa productiva dentro de la empresa y si vemos que el personal es el activo más importante que tienen las organizaciones, pues el costo de estos planes de pensiones viene siendo el costo de depreciación.

En qué tiempo podemos amortizar esto, pues se puede estimar la vida laboral promedio y es el período que tenemos que considerar para ir integrando los recursos para otorgar la jubilación y por otro lado la ley fiscal de alguna manera apoya esto al hacer deducibles las aportaciones a estos planes y de alguna forma está contribuyendo también a su financiamiento.

Básicamente, hay cinco etapas para diseñar un plan de pensiones. Primero es definir el beneficio que se quiere dar y luego viene una etapa de evaluación, donde determinamos su costo y la forma en que vamos a financiar la obligación.

Luego va a venir una etapa de instalación en la que simple y sencillamente ubicamos y seleccionamos el instrumento de financiamiento que nos permita cumplir con todos los aspectos legales sobre el particular, tanto de la Secretaría de Hacienda como de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro. Luego va a venir una etapa de comunicación de los beneficios al personal y su administración que se da en el mantenimiento.

Dentro de este contexto, en relación con los planes privados de pensiones dentro de la nueva Ley del IMSS es importantísimo señalar que en el artículo 190 de la nueva Ley ya se especifica en qué términos el trabajador puede utilizar el plan. En este caso se establece que puede traspasar su cuenta individual, puede retirar el fondo en una sola exhibición, bajo ciertas condiciones, siempre y cuando la pensión del plan más la pensión que otorgue el IMSS sea igual al menos al 1.3 de la pensión mínima garantizada. De esta manera se está dando una oportunidad que antes no existía de disponer de los recursos, porque ahora los planes pueden fijar hasta diferentes condiciones de jubilación y antes todos los planes eran complementarios a la Ley del IMSS. El Instituto jubilaba hasta los 60 ó 65 años y si no se tenían esos requisitos no se podían tomar ciertas ventajas. La nueva Ley, al permitir que se puedan establecer diferentes beneficios, le da una nueva dinámica.

Se tienen que otorgar de manera general a los trabajadores. La Ley establece también que ahora el plan tiene que estar dictaminado por un actuario que esté registrado ante la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, y además se tendrían que apegar a otras disposiciones de carácter general que vengan en la Ley del Impuesto Sobre la Renta y la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.

De esta manera, la reforma del IMSS es muy positiva puesto que antes de la reforma si no se reunían los requisitos que marcaba la ley se perdía el beneficio. Con la reforma, se da mayor flexibilidad al asunto, al retirar el saldo de la cuenta individual y al recibir posteriormente los beneficios. Hay una serie de condiciones que nos permiten ver este instrumento de los planes de pensiones como un soporte serio a los beneficios de la seguridad social.

Para concluir, la nueva Ley del IMSS permite adecuar los planes privados de pensiones en el esquema de contribuciones definida y a los beneficios correlativos que se otorgan.

Por otra parte, creo que la nueva Ley del IMSS respeta todos los derechos adquiridos, está estructurada, en mi opinión, para ajustar lo prometido con la capacidades económicas de la sociedad civil, gobierno, empresa e individuo. La nueva Ley también es positiva en el sentido de asignar recursos de manera específica a cada prestación, es solidaria, a través de la cuota social, de las pensiones mínimas, de los servicios médicos para pensionados y jubilados, pues permite también, abrir espacios para desarrollar esquemas de ahorro complementarios, tanto individuales como colectivos, permitiendo articular, en forma definitiva, los planes privados a los sistemas de ahorro para el retiro.

Finalmente, creo que los planes privados de pensiones en el contexto de la seguridad social deben de coadyuvar a superar el antagonismo que se ha creado dentro de los sistemas de beneficio definido y contribución definida, pues a través de los planes de pensiones se aportarán soluciones con enfoques creativos que apoyen la consolidación de los sistemas de ahorro para el retiro y así contribuir al desarrollo económico sostenido de México.



LA AFORE SOCIAL

Por: **Jorge Espinoza de los Reyes**

Es Licenciado en Economía por el Instituto Tecnológico Autónomo de México, cuenta con un Diploma en Economía por la Universidad de Boston y una Maestría en Derecho y Diplomacia por la Fletcher School of Law and Diplomacy Universidad de Tufts. Ha ocupado diversos cargos en la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y en la Secretaría de Comunicaciones y Transportes. Actualmente se desempeña como Director General de la Afore XXI, Administradora de Fondos para el Retiro, S.A. de C.V.

Con el decidido apoyo de los sectores productivos del país, el Gobierno Mexicano emprendió en 1995 la constitución de un nuevo sistema de pensiones que tiene el propósito de vigorizar los esfuerzos del trabajador por edificar el sustento que ofrecerá a su familia cuando llegue el descanso de una intensa actividad laboral.

Este nuevo sistema permitirá fundamentalmente que cada trabajador cuente al retirarse con una pensión digna; que sea en todo momento propietario de su ahorro para el retiro, y que ejerza plenamente la libertad de elegir la entidad financiera que habrá de encargarse de la administración de sus recursos.

Además, implica un decisivo fortalecimiento del ahorro interno del país, y mejores condiciones para el financiamiento de la inversión productiva a largo plazo. El régimen aplicable a la inversión de estos recursos habrá de garantizar que se orienten hacia el fomento de la actividad productiva nacional, la creación de infraestructura, la construcción de vivienda, y una generación de empleo sana y sostenida.

En el marco de esta profunda reforma a la seguridad social mexicana, sobresale sin lugar a dudas la creación de la Administradora de Fondos para el Retiro denominada AFORE XXI, como fruto de la decidida voluntad de los trabajadores de México y de la vocación humanitaria del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin embargo, no es sólo su origen lo que hace de AFORE XXI una AFORE "social". Permítanme a continuación, comentar con ustedes las características propias de AFORE XXI, que dan testimonio de su vocación de servicio y de su orientación solidaria con los trabajadores de México:

La primera de ellas es la dedicación específica a los estratos socioeconómicos de menores percepciones, ya que atenderá fundamentalmente a trabajadores que

perciben un ingreso promedio entre 1 y 8 salarios mínimos, y que NO serán objeto de atención primordial por parte de otras AFORE.

Por otra parte, nuestra estrategia de afiliación se ha diseñado en función de dicho grupo socioeconómico objetivo. Por ello, nuestra publicidad se ha definido con una orientación mucho más educativa que promocional. Ello permite enriquecer la preparación de los trabajadores para enfrentar el desafío que representa el paso de una etapa de completa actividad laboral a una de merecido descanso, y lo que es más importante, para que lo hagan en condiciones de vida dignas.

Es por ello también que hemos desarrollado una filosofía de capacitación a promotores cuyo propósito principal es brindar a nuestros afiliados una asesoría especializada en los aspectos fundamentales de la seguridad social. Lo principal es que nuestros servicios sean proporcionados por asesores en seguridad social, más que por vendedores de AFORES.

Ello es así, porque AFORE XXI ha definido también una concepción de negocios distinta de las demás AFORE. Para AFORE XXI el objeto de la Administración de Fondos para el Retiro, es más que un nuevo negocio financiero, la responsabilidad de proteger el patrimonio de los trabajadores de México. La esencia de nuestra labor es apoyar al trabajador en sus esfuerzos por enriquecer el sustento que habrá de ofrecer a su familia cuando se retire de la vida laboral activa.

Además, la oferta de AFORE XXI es confianza en el presente y seguridad para el futuro, ya que conocemos la importancia que las pensiones tienen para el bienestar de los trabajadores. Es por ello, que nuestra política de inversiones buscará siempre la mejor rentabilidad de los recursos, respetará en todo momento la normatividad que rija el sistema, y se realizará dentro de prudentes niveles de riesgo.

Una sexta característica distintiva es la ubicación de nuestros puntos de atención y servicios, en las principales instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social. Con ello, AFORE XXI está más cerca de los trabajadores, ya que tendrá acceso a nuestros servicios en los lugares a que acude con relativa frecuencia, y no necesitará trasladarse a otros sitios.

De acuerdo con nuestra estrategia de afiliación ofrecemos los servicios realmente necesarios. No utilizamos como gancho la oferta de servicios innecesarios o superfluos que llevan a nuestra competencia a incurrir en costos excesivos. Preferimos contar con un mayor margen de maniobra para instrumentar políticas atractivas de descuento en nuestras comisiones por la administración de las cuentas.

Es por ello que hemos establecido una estructura de comisiones razonable y equitativa, cuyo propósito esencial es solventar con adecuada confiabilidad nuestras obligaciones de Ley, así como garantizar nuestra situación financiera en la operación.

Asimismo, se pretende evitar en el futuro alguna modificación al alza, toda vez que nuestros esfuerzos administrativos y operativos internos se basan en una decidida vocación por la mesura en los gastos y el íntegro aprovechamiento de nuestros recursos y capacidades.

Al ser una empresa sana y eficiente, AFORE XXI podrá generar en su momento, diversos beneficios para sus accionistas. Entre ellos, las utilidades correspondientes al IMSS podrán fortalecer sus reservas, dotando al Instituto de una mayor capacidad para satisfacer, cada vez en mejor medida, las prestaciones y beneficios colectivos que tiene encomendados.

Con la creación de AFORE XXI el Instituto Mexicano del Seguro Social dio cumplimiento al mandato establecido por el Artículo Octavo Transitorio de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro. El propósito de esta decisión es ofrecer a los trabajadores un retiro digno, mediante la combinación, en AFORE XXI, de una decidida orientación social y la mejor tecnología financiera en la administración de fondos para el retiro.

La orientación social AFORE XXI nace del admirable compromiso humanitario que le dio origen y se expresa en su vocación por consolidarse como la oferta integral de asesoría y servicio más conveniente para los trabajadores de México.

Queremos que nuestros afiliados permanezcan satisfechos de habernos elegido y que reciban, cuando llegue el momento de su retiro, una pensión que responda verdaderamente al esfuerzo que realizaron durante su vida laboral, y que les permita preservar un nivel de vida digno.

Quiero compartir con ustedes la confianza plena en que esta Segunda Reunión Internacional, con los avances logrados, se traducirá en importantes beneficios para nuestros pueblos.



CONFERENCIA MAGISTRAL EL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO

Por: **Carlos J. Soto Pérez**

Cursó la Licenciatura en Actuaría Universidad Nacional Autónoma de México. Ha sido Consultor en materia actuarial de diversos organismos nacionales e internacionales y cuenta con una amplia experiencia docente. Actualmente se desempeña como Titular de la Unidad de Servicios Actuariales del Instituto Mexicano del Seguro Social.

DESCRIPCION DEL SISTEMA ANTERIOR

Los riesgos de trabajo son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.

Se considera accidente de trabajo a toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que se presente.

También se considerará accidente de trabajo el que se produzca al trasladarse el trabajador, directamente de su domicilio al lugar del trabajo, o de éste a aquél.

Enfermedad de trabajo es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios. En todo caso, serán enfermedades de trabajo las consignadas en la Ley Federal del Trabajo.

Los riesgos de trabajo pueden producir:

- I. Incapacidad temporal.
- II. Incapacidad permanente parcial.
- III. Incapacidad permanente total.
- IV. Muerte.

El asegurado que sufra un riesgo de trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones en especie:

- I. Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica.
- II. Servicios de hospitalización.

III. Aparatos de prótesis y ortopedia

IV. Rehabilitación.

El asegurado que sufra un riesgo de trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones en dinero:

- I. Si lo incapacita para trabajar recibirá mientras dure la inhabilitación, el cien por ciento del salario en que estuviese cotizando en el momento de ocurrir el riesgo.
- II. Si la incapacidad es permanente total, éste recibirá una pensión mensual equivalente al setenta por ciento del salario en que estuviere cotizando. En el caso de enfermedades de trabajo se tomará el promedio de las cincuenta y dos últimas semanas de cotización, o las que tuviere si su aseguramiento fuese por un tiempo menor.
- III. Si la incapacidad es permanente parcial, el asegurado recibirá una pensión calculada 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.

Si el riesgo de trabajo trae como consecuencia la muerte del asegurado, el Instituto otorgará a las siguientes personas las siguientes prestaciones:

- I. El pago de una cantidad igual a dos meses del salario mínimo general que rija en el Distrito Federal en la fecha de fallecimiento del asegurado a la persona, preferentemente familiar del asegurado, que presente copia del acta de defunción y la cuenta original de los gastos del funeral.
- II. A la viuda del asegurado se le otorgará una pensión equivalente al cuarenta por ciento de la que hubiese correspondido a aquél, tratándose de incapacidad permanente total.
- III. A cada uno de los huérfanos que lo sean de padre o madre, que se encuentren totalmente incapacitados, se les otorgará una pensión equivalente al veinte por ciento de la que hubiere correspondido al asegurado; tratándose de incapacidad permanente total. Esta pensión se extinguirá cuando el huérfano recupere su capacidad para el trabajo.
- IV. A cada uno de los huérfanos que lo sean de padre o madre, menores de dieciséis años, se les otorgará una pensión equivalente al veinte por ciento de la que hubiere correspondido al asegurado, tratándose de incapacidad permanente total. Esta pensión se extinguirá cuando el huérfano cumpla dieciséis años. Deberá otorgarse o extenderse el goce de esta pensión, en los términos del reglamento respectivo, a los huérfanos mayores de dieciséis años, hasta una edad máxima de veinticinco años, cuando se encuentren

estudiando en planteles del sistema educativo nacional, tomando en consideración las condiciones económicas, familiares y personales del beneficiario y siempre que no sea sujeto del régimen del seguro obligatorio.

- V. En el caso de las dos fracciones anteriores, si posteriormente falleciera el otro progenitor, la pensión de orfandad se aumentará del veinte al treinta por ciento, a partir de la fecha del fallecimiento del segundo progenitor y se extinguirá en los términos establecidos en las mismas fracciones.

Al término de las pensiones de orfandad se le otorgará al huérfano un pago adicional de tres mensualidades de la pensión que disfrutaba.

La cuantía de las pensiones por incapacidad permanente será revisada cada vez que se modifiquen los salarios mínimos, incrementándose con el mismo porcentual que corresponda al salario mínimo general del Distrito Federal.

Las prestaciones del seguro de riesgos de trabajo, inclusive los capitales necesarios para el financiamiento de las pensiones y los gastos de administración, serán cubiertos íntegramente por las cuotas que para este efecto aporten los patrones y demás sujetos obligados.

Las cuotas que por el seguro de riesgos de trabajo deban pagar los patrones, se determinarán en relación con la cuantía del salario base de cotización, y con los riesgos inherentes a la actividad de la negociación de que se trate, en los términos que establezca el reglamento relativo.

Para efectos de la clasificación de las empresas, se establecen cinco clases de riesgo en las que se agrupan los diversos tipos de actividades y ramas industriales, en razón de la mayor o menor peligrosidad a que estén expuestos los trabajadores. Cada clase será subdividida en grados; cada grado representa una siniestralidad distinta.

Las empresas serán clasificadas conforme al Catálogo de Actividades que se incluye en el Reglamento para la Clasificación de Empresas y Determinación del Grado de Riesgo del Seguro de Riesgos de Trabajo de 1987, en el grupo y fracción con el que tengan mayor similitud las actividades que realicen, y en el que aparece la clase de riesgo que en cada caso les corresponde.

Esto es, una empresa de nuevo ingreso será clasificada en el grado medio de la clase en la que se encuentren registradas empresas con actividades similares a las que realice. Por ejemplo, una empresa que se dedique a los servicios de aseo y limpieza será clasificada en la clase III, debido a que el grupo de empresas ya existentes han reportado índices de siniestralidad equivalentes a los que se encuentran en la clase III.

Clase	Grados de Riesgo			% de los Salarios		
	Mínimo	Medio	Máximo	Mínimo	Medio	Máximo
I	1	3	5	0,34785	0,54355	0,73925
II	4	9	14	0,64140	1,13065	1,61990
III	11	24	37	1,32635	2,59840	3,87045
IV	30	45	60	3,18550	4,65325	6,12100
V	50	75	100	5,14250	7,58875	10,03500

No se tomará en cuenta para la fijación de las clases y grados, los accidentes que ocurran a los trabajadores al trasladarse de su domicilio al centro de labores y viceversa.

Para saber cuál es el grado de la clase al que pertenece la empresa, se debe calcular su índice de siniestralidad.

Se entenderá por índice de siniestralidad al producto del índice de frecuencia por el índice de gravedad que registre la empresa en un año dado, y deberá revisarse anualmente.

Cuando el índice de siniestralidad de todas y cada una de las empresas comprendidas en una actividad, sea inferior durante cada uno de los tres últimos años al grado mínimo de la clase en que se encuentre, dicha actividad pasará a la clase inferior inmediata. En el caso contrario de que excedan en el mismo lapso al grado máximo de su clase, la actividad pasará a la clase inmediata superior.

Es clara la inelasticidad de la Ley anterior para que una empresa pueda cambiar de clase, ya que los resultados de una sola de las empresas que conforman una determinada actividad, pueden impedir que las demás bajen o suban de clase, lo cual es inequitativo, ya que las empresas con baja siniestralidad acaban subsidiando a las de alta siniestralidad.

El índice de frecuencia, conceptualmente, es la probabilidad de que ocurra un siniestro en un día laborable y se obtiene conforme a la siguiente fórmula, que no representa una probabilidad, puesto que en algunos casos puede arrojar un resultado mayor a uno:

$$If = \frac{n \cdot \frac{1000}{90}}{N}$$

Donde:

n = Número de casos de riesgos de trabajo terminados.

N = Número de trabajadores promedio expuestos a los riesgos.

El índice de gravedad, conceptualmente, es el tiempo perdido en promedio por riesgos de trabajo que produzcan incapacidades temporales, permanente parciales o totales y defunciones, entre el número de trabajadores promedio expuestos al riesgo en el lapso que se analice. Dicho índice se obtendrá conforme a la fórmula siguiente:

$$Ig = \frac{\frac{s}{365} + (0.16 \times I) + (16 \times D)}{N}$$

Donde:

N = Número de trabajadores promedio expuestos a los riesgos.

S = Total de días subsidiados a causa de incapacidad temporal.

I = Suma total de los porcentajes de las incapacidades permanentes parciales y totales.

D = Número de defunciones.

Por lo que el índice de siniestralidad, expresado en forma actuarial, se obtiene de la siguiente fórmula:

$$Is = \frac{\frac{1000n}{90} \times \left[\frac{s}{365} + (0.16 \times I) + (16 \times D) \right]}{N^2} \times (1,000,000)$$

Donde:

1,000,000 Ponderación para hacer más fácil la lectura y aplicación del Índice de Siniestralidad.

365 Número de días naturales del año.

16 Factor de ponderación sobre la vida activa de un individuo que es víctima de un accidente mortal, o de una incapacidad permanente total.

90 Factor de equilibrio relativo al número de casos de riesgos de trabajo por cada mil trabajadores expuestos al riesgo.

Por último, en la tabla del artículo 79 de la Ley del Seguro Social vigente hasta el 30 de junio de 1997, el índice de frecuencia por el índice de gravedad multiplicado por un millón, no resulta proporcional al grado de riesgo, debiendo ser múltiplos de 365 ya que los grados de riesgo son una representación de la anualización de la siniestralidad que se observa en las fórmulas; las cuotas en por cientos de los salarios de cotización tampoco son proporcionales por no haberse hecho explícita una cuota fija del 0.25%, que se suma al grado de riesgo de las empresas, que son múltiplos de 0.09785%, valor correspondiente a un grado de riesgo.

Ley actual

Tabla del artículo 79

CLASE DE RIESGO	GRADO DE RIESGO	FRECUENCIA X GRAVEDAD X 1,000,000	CUOTAS EN POR CIENTOS DE SALARIOS DE COTIZACION			
			VARIABLE	FIJA	TOTAL	
C L A S E I						
MINIMO	1	454	365	0.09785	0.25	0.34785
	2	770	730	0.19570	0.25	0.44570
MEDIO	3	1086	1095	0.29355	0.25	0.54355
	4	1368	1460	0.39140	0.25	0.64140
MAXIMO	5	1757	1825	0.48925	0.25	0.73925
C L A S E II						
MINIMO	4	1368	1460	0.39140	0.25	0.64140
	5	1757	1825	0.48925	0.25	0.73925
MEDIO	6	2146	2190	0.58710	0.25	0.83710
	7	2535	2555	0.68495	0.25	0.93495
	8	2924	2920	0.78280	0.25	1.03280
	9	3302	3285	0.88065	0.25	1.13065
	10	3667	3650	0.97850	0.25	1.22850
	11	4032	4015	1.07635	0.25	1.32635
	12	4397	4389	1.17420	0.25	1.42420
MAXIMO	13	4762	4745	1.27205	0.25	1.52205
	14	5127	5110	1.36990	0.25	1.61990
.
.
.
C L A S E V						
MAXIMO	100	36662	36500	9.78500	0.25	10.03500

Diagnóstico del sistema anterior

Evolución Histórica

El seguro de riesgos de trabajo, originalmente "Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales", se creó basándose en el sistema financiero denominado "Reparto de capitales de cobertura" el que requiere para su operación

de la constitución de reservas actuariales que respalden los pasivos contingentes por los derechos a las prestaciones en especie y en dinero, entre las que figuran de forma muy importante las pensiones.

Estas reservas representan el monto de las obligaciones que a futuro el IMSS tendrá que saldar, y en el caso de las pensiones mediante el pago de las rentas mensuales que comprende el ramo, las que deberán ser consideradas en sus cuantías legales vigentes para cada tipo.

Es natural que al monto de los pasivos deberá hacerse corresponder un monto de ingresos suficiente a través de un nivel de prima de financiamiento adecuado, que permita a la Institución ser solvente en el tiempo.

En el transcurso de la operación del IMSS, se han dado diversas situaciones en la economía nacional, que han colocado a la Institución en una delicada situación financiera por las concesiones a los asegurados de beneficios adicionales al esquema original de prestaciones, mientras que la prima que debe mantener en equilibrio al sistema, ha permanecido casi constante desde su cálculo original, salvo un incremento indirecto del 16.7%, al modificarse la distribución de la prima obrero-patronal el 31 de diciembre de 1965, y más recientemente con motivo de las reformas a la Ley del Seguro Social vigentes desde el 21 de Julio de 1993, las cuotas de este ramo de seguro se incrementaron en un 25% en promedio.

Dos son las causas más importantes del desequilibrio financiero de este seguro:

- El notorio aumento en las expectativas de vida de los pensionados y
- Los aumentos decretados a las prestaciones, la disminución de requisitos para su otorgamiento y la creación de nuevos beneficios, sin el correspondiente incremento a las aportaciones.

Expectativas

El considerable aumento en la esperanza de vida de los pensionados, que por lo inesperado, difícilmente pudo ser tomado en cuenta en los cálculos actuariales efectuados en 1942, como parte del anteproyecto de la Ley el Seguro Social que dio vida al Instituto Mexicano del Seguro Social el 19 de enero de 1943, con motivo de su expedición.

Estos cambios significan que la duración en el goce de las pensiones se ha incrementado en más del 80% en relación a los cálculos actuariales originales, convirtiéndose en el principal factor del desfinanciamiento observado en el régimen de pensiones de riesgos de trabajo, resultando muy satisfactorio el que, en gran medida, haya sido la propia Institución la que haya incidido notablemente en las

condiciones de salud, sobre todo en la primera y la tercera edad; elevándose en este último caso, además, el gasto médico, por ser mayor el riesgo de desarrollar padecimientos crónicos.

Reformas

Las diferencias entre el régimen de pensiones que se inició el 19 de enero de 1943 y el vigente hasta el 30 de junio de 1997, muestran claramente otra de las causas del desequilibrio financiero:

a) Prestaciones que no existían en el régimen original

- Considerar a los accidentes en tránsito como riesgos de trabajo.
- Pensiones dinámicas a partir del 5 de enero de 1989.
- Aguinaldo (quince días de la pensión).
- Finiquito de orfandad (tres meses de pensión).

b) Prestaciones cuyo costo era inferior al del régimen vigente hasta el 30 de junio de 1997.

- Cuantías de pensión básica del 66.67% al 70% del último salario.
- Pensión de viudez del 36% al 40%, sin que pueda ser inferior al 90% de la pensión de invalidez.
- Duración de la pensión hasta los 25 años en lugar de 16, para los huérfanos que demuestren estar estudiando, y de por vida si están incapacitados.
- Pensión de ascendencia de 1/3 de la pensión básica repartida entre los beneficiarios, al 20% actual para cada uno de ellos.
- Pensión en salario mínimo del 66.67% al 100%.

Los resultados anteriores obligan al análisis de la situación financiera de este seguro y a la propuesta de alternativas que permitan garantizar al Instituto, la cobertura de los gastos correspondientes, disponer del capital de trabajo necesario, invertir en la infraestructura requerida y constituir las reservas actuariales en los términos de la Ley, ya que los gastos por pensiones, siempre crecientes, reducen paulatinamente las disponibilidades de este ramo, razón por la cual, desde 1983, han resultado insuficientes para efectuar las inversiones de los capitales constitutivos, conforme a lo dispuesto en el artículo 77 de la Ley del Seguro Social anterior.

Entre otros factores que han afectado al equilibrio financiero de este seguro se encuentran los accidentes en *itinere*, prestación que se introdujo en 1956 a cargo de este seguro, sin fijarse la prima correspondiente que alcanza el 0.33% de los salarios de cotización y que tiene, entre otras características, el ser independiente del grado de riesgo en que se encuentre clasificada la empresa en que laboran los trabajadores; por lo tanto, esa prima debe ser prorrateada entre todas las empresas, tal y como está contemplado en las reformas a la Ley del Seguro Social vigentes a partir del 21 de julio de 1993, eliminando así, una situación que resultaba inequitativa para la mayoría de las empresas, lo que permitió destinar mayores recursos a las reservas actuariales.

Como resultado de la reforma antes mencionada, los trabajadores y sus familiares recibirán un monto de subsidio y pensiones, más acordes al salario real, derivados de las precisiones efectuadas al art. 32, y en su caso, por las modificaciones al tope de cotización.

Diagnóstico

La situación, conforme a la Ley anterior, grava en exceso a la planta productiva que se preocupa por reducir sus riesgos, ya que se encuentra ubicada principalmente en las clases IV y V, desalentado en cierta forma este tipo de medidas que en algunos casos pueden tener un alto costo.

La prima mínima que deben pagar es de 3.19% y de 5.24% de los salarios de cotización, en las clases IV y V respectivamente.

Por otro lado, existen empresas cuya siniestralidad excede por mucho el grado máximo de riesgos de su clase. De esta forma las empresas que toman las medidas adecuadas para la prevención de riesgos, están subsidiando a las que no toman en cuenta para nada este tipo de medidas.

También, las empresas que se encuentran en la clase I, no cubren, en muchos casos, la proporción que les corresponde de los gastos fijos inherentes al manejo de este seguro y mucho menos los gastos provenientes de los accidentes en tránsito, los cuales, no se cargan a la siniestralidad de las empresas.

Frecuentemente se hacen señalamientos sobre el alto costo administrativo de este seguro y sobre las fallas técnicas que se observan en las fórmulas vigentes para calcular la siniestralidad de las empresas.

Comparativamente con otros países, nuestro esquema parece encontrarse en la media respecto al costo.

Seguro de riesgo de trabajo
Cuotas en porcentaje de los salarios

PAIS	SUBSIDIO	CUOTAS			OBSERVACIONES
		Mínima	Máxima	Promedio	
COREA	GOBIERNO	0.20	18.30	1.78	
HONG KONG	GOBIERNO				
INDONESIA	GOBIERNO	0.24	3.60		
JAPON	GOBIERNO	0.50	14.50		POR RESULTADO TRIANUALES
MALASIA				1.25	NOMINA, 14 CLASES DE SALARIO
SINGAPUR		SEGURD PRIVADO			
TAILANDIA	GOBIERNO	0.20	4.50		
TAIWAN		0.29	3.00	0.80	
ALEMANIA	GOBIERNO	0.30	3.00	1.38	
AUSTRALIA		CONFORME AL RIESGO			AUTOSEGURO
AUSTRIA		CONFORME AL RIESGO			1.40
BELGICA	GOBIERNO	CONFORME AL RIESGO			2.60
CANADA		CONFORME AL RIESGO			AUTOSEGURO
DINAMARCA		SEGURO PRIVADO			
ESPAÑA		0.90	18.00		
ESTADOS UNIDOS				2.00	
FINLANDIA		0.31	10.00		TAMBIEN SEGURO PRIVADO
FRANCIA		CONFORME AL RIESGO			3.75
GRECIA		1.00	12.00		
HOLANDA		INTEGRADO CON IVM Y EYM			
INGLATERRA		INTEGRADO CON IVM Y EYM			
ITALIA		0.60	16.00	5.18	
NUEVA ZELANDA		1.20	11.00	2.45	GOBNO. PAGA ACC. TRANSITO
NORUEGA		INTEGRADO CON IVM Y EYM			
PORTUGAL		0.75	21.00	3.00	TAMBIEN SEGURO PRIVADO
SUECIA	GOBIERNO			0.90	DE LA NOMINA
SUIZA		CONFORME AL RIESGO			
TURQUIA		1.50	7.00	2.50	
CHILE		3.40	6.80		+CUOTA FUA DE 0.80%
MEXICO		0.35	10.04	2.60	CUOTA FUA IMPLICITA DE 0.25%

Social Security Programs Throughout the World - 1989
U.S. Department of Health and Human Services

Nueva Ley

Con el propósito de incentivar la protección que se otorgue a los trabajadores, brindarles mejores condiciones en el trabajo, apoyar el esfuerzo de las empresas para consolidar el avance en la seguridad laboral y hacerlas más competitivas, se efectuaron las siguientes reformas, sin afectar en lo más mínimo los beneficios que la Ley anterior concede:

- Desaparecen las clases de riesgo, por lo que cada empresa pagará sus cuotas conforme a su propia siniestralidad, sin importar cuál sea su actividad.
- Se modifican las fórmulas para calcular los índices de frecuencia y gravedad, bajo un criterio técnicamente más sustentable y equitativo.
- Se adiciona una prima fija de 0.25% sobre los salarios, cuyo objetivo es financiar los gastos de administración, con la participación de todas las empresas ya que estos gastos no dependen del grado de peligrosidad de sus actividades.
- Se revisará anualmente la prima de las empresas para confirmarla, reducirla o aumentarla en un máximo de 1% de los salarios de cotización, de acuerdo con los cambios que se observen en su siniestralidad.

Estas reformas beneficiarán a los trabajadores, ya que estimularán una mayor competitividad en las empresas e incentivarán la inversión en prevención de riesgos y por tanto la reducción de los accidentes en el trabajo.

- En consecuencia, las empresas que tengan baja o nula siniestralidad, generalmente verán disminuidas sus cuotas y en el caso contrario serán aumentadas sus cuotas.
- Se realizará una revisión trianual de los riesgos reportados por las empresas, con el objeto de vigilar y garantizar el equilibrio financiero de este seguro.
- Para ello, se tendrá la posibilidad de modificar a la baja o a la alta un factor de prima que se incluye en la nueva fórmula, factor que permite simplificar el cálculo de la prima a cargo de las empresas.
- Estas reformas no representan ningún aumento a la prima promedio, ya que

son totalmente equivalentes, en sus resultados financieros, a las del sistema anterior.

Definiciones

Prima

Es el porcentaje que se aplica a los salarios integrados base de cotización de los trabajadores de una empresa, para determinar la cuota a pagar en pesos.

Factor de prima

Es el factor que se aplica a la siniestralidad de las empresas para garantizar el equilibrio financiero del Seguro de Riesgos de Trabajo.

Premisa

Accidentes en trayecto

No se tomarán en cuenta para el cálculo de la siniestralidad de las empresas los accidentes que ocurran a los trabajadores al trasladarse de su domicilio al centro de labores o viceversa.

Inscripción por primera vez o cambio de actividad de las empresas

Ley anterior

PRIMA EN %	MINIMA	MEDIA	MAXIMA
CLASE I	0.34785	0.54355	0.73925
CLASE II	0.64140	1.13065	1.61990
CLASE III	1.32635	2.59840	3.87045
CLASE IV	3.18550	4.65325	6.12100
CLASE V	5.14250	7.58875	10.03500

Nueva Ley Primer Año

PRIMA EN %	MEDIA
MINIMA	0.25000
CLASE I	0.54355
CLASE II	1.13065
CLASE III	2.59840
CLASE IV	4.65325
CLASE V	7.58875
MAXIMA	15.00000

Ejemplos de aplicación a empresas de cada una de las clases en que se les clasificó por primera vez o por cambio de actividad.

Segundo año

PRIMA EN %	MINIMA	1er. año	MAXIMA	2do. año
EMPRESAS I	0.25	0.54	1.54	0.75
EMPRESAS II	0.25	1.13	2.13	1.28
EMPRESAS III	1.60	2.60	3.60	1.60
EMPRESAS IV	3.65	4.65	5.65	5.65
EMPRESAS V	6.59	7.59	8.59	6.59

Tercer año

PRIMA EN %	MINIMA	2do. año	MAXIMA	3er. año
EMPRESAS I	0.25	0.75	1.75	1.75
EMPRESAS II	0.28	1.28	2.28	0.28
EMPRESAS III	0.60	1.60	2.60	1.90
EMPRESAS IV	4.65	5.65	6.65	6.65
EMPRESAS V	5.59	6.59	7.59	5.59

Nueva ley

Fórmula para el cálculo de la prima

Base: días de actividad perdidos por el trabajador.

$$\text{Prima} = \left[\left(\frac{S}{365} + V * (I + D) \right) * (F / N) \right] + M$$

- S = Total de los días subsidiarios a causa de incapacidad temporal.
 365 = Número de días naturales del año.
 V = 28 años, que es la duración promedio de vida activa de un individuo que no haya sido víctima de un accidente mortal o de incapacidad permanente total.
 I = Suma de los porcentajes de las incapacidades permanentes, parciales y totales, divididos entre 100.
 D = Número de defunciones.
 F = 2.9, es el factor de prima.
 N = Número de trabajadores promedio expuestos al riesgo.
 M = 0.0025, que es la prima mínima de riesgo.

Cuando el resultado se encuentra dentro de un intervalo de -1% a +1% de los salarios de cotización, de la prima correspondiente al ejercicio anterior, este resultado será la nueva prima; si rebasan los límites anteriores, se tomará como prima el límite inferior o superior que corresponda, por ejemplo:

Si el resultado es 2.8% y la prima del ejercicio anterior es 3.5%, la nueva prima será 2.8%.

Si el resultado es 1.9% y la prima del ejercicio anterior es 3.5%, la nueva prima será 2.5%.

Si el resultado es 4.1% y la prima del ejercicio anterior es 3.5%, la nueva prima será 4.1%.

Si el resultado es 9.9% y la prima del ejercicio anterior es 3.5%, la nueva prima será 4.5%.

Ley anterior

Procedimiento para el calculo de la prima

$$I_s = \left[(1000 n / 90) * \left[(S / 365) + V * (I + D) \right] / N^2 \right]$$

- I_s** = Índice de siniestralidad
- n** = Número de casos de riesgos de trabajo terminados.
- 90** = Factor de equilibrio, relativo al número de casos de riesgos de trabajo por cada mil trabajadores expuestos al riesgo.
- S** = Total de los días subsidiados a causa de incapacidad temporal.
- 365** = Número de días naturales del año.
- V** = 16 años, que es un factor de ponderación sobre la vida activa de un individuo que es víctima de un accidente mortal, o de una incapacidad permanente total.
- I** = Suma de los porcentajes de las incapacidades permanentes, parciales y totales, divididos entre 100.
- D** = Número de defunciones.
- N** = Número de trabajadores promedio expuestos al riesgo

$$I_s = \left[(1000n / 90) * [(S / 365) + V * (I + D)] / N^2 \right] * 1,000,000$$

I_s = Índice de siniestralidad

Este índice se multiplica por un millón para facilitar su lectura y aplicación.

Para determinar la prima se le debe comparar con el producto de los índices de frecuencia y gravedad por un millón que aparecen en la tabla del artículo 79 de la Ley vigente.

Esta comparación debe tomar en cuenta la CLASE en que se encuentra ubicada la empresa, ya que si el índice calculado rebasa los límites de la clase correspondiente, se tomará la prima mínima o máxima, según sea el caso.

I_f = Índice de Frecuencia

P = Probabilidad de que ocurra un siniestro en un día laborable.

Ley anterior

$$I_f = (n * 1000 / 90) / N$$

Nueva ley

$$I_f = n / (N * 300)$$

n = Número de casos de riesgos de trabajo terminados

90 = Factor de equilibrio, relativo al número de casos de riesgos de trabajo por cada mil trabajadores expuestos al riesgo.

N = Número de trabajadores promedio expuestos al riesgo.

300 = Número estimado de días laborables por año

Ig = Índice de Gravedad

Ig = Tiempo perdido en promedio por riesgos de trabajo que produzcan incapacidades temporales, permanentes parciales o totales y defunciones,

Ley anterior

entre el número de trabajadores promedio
expuestos al riesgo en el lapso que se analice.

$$I_g = [(S / 365) + V * (I + D)] / N$$

Nueva ley

entre el número de casos de riesgos de
trabajo terminados en el lapso que se analice.

$$I_g = 300 * [(S / 365) + V * (I + D)] / n$$

Ig = Índice de Gravedad

$$\text{ANTERIOR } I_g = [(S / 365) + V * (I + D)] / N$$

$$\text{NUEVO } I_g = 300 * [(S / 365) + V * (I + D)] / n$$

- 300 = Número estimado de días laborables por año.
- S = Total de los días subsidiarios a causa de incapacidad temporal.
- 365 = Número de días naturales del año.
- V = 16 años en Ley vigente y 28 años en la nueva Ley, que es la duración promedio de vida activa de un individuo que (no en la nueva ley) haya sido víctima de un accidente mortal o de incapacidad permanente total.
- I = Suma de los porcentajes de las incapacidades permanentes, parciales y totales, divididos entre 100.
- D = Número de defunciones.
- N = Número de trabajadores promedio expuestos al riesgo.
- n = Número de casos de riesgos de trabajo terminados.

Is = Índice de Siniestralidad

$$Is = If * Ig$$

$$\text{ANTERIOR } Is = (1000n / 90) * [(S / 365) + V * (I + D)] / N^2$$

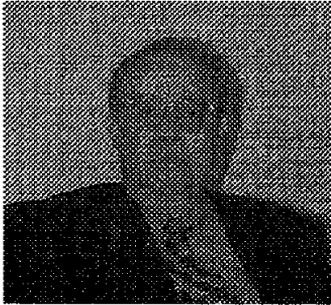
$$\text{NUEVO } Is = [(S / 365) + V * (I + D)] / N$$

- n = Número de casos de riesgos de trabajo terminados.
- 90 = Factor de equilibrio, relativo al número de casos de riesgos de trabajo por cada mil trabajadores expuestos al riesgo.
- S = Total de los días subsidiados a causa de incapacidad temporal.
- 365 = Número de días naturales del año.
- V = 16 años en Ley vigente y 28 años en la nueva que es la duración promedio de vida activa de un individuo que (no en la nueva Ley) haya sido y totales, divididos entre 100.
- D = Número de defunciones.
- N = Número de trabajadores promedio expuestos al riesgo.

Ventajas de la nueva ley

- Se incentivará la prevención de riesgos en beneficio de los trabajadores y de sus familias.
- Se promoverá una mayor competitividad en las empresas, ya que se beneficiará a la planta productiva dándole la oportunidad de reducir sus costos de operación y se penalizará en mayor medida a las empresas que regularmente observen alta siniestralidad.
- Se evitarán las impugnaciones patronales, que derivan en juicios fiscales y en interposición de amparos por la clasificación de las empresas y la falta de proporcionalidad que se observa en la tabla del artículo 79 de la Ley anterior.
- Se reducirá el costo administrativo al simplificarse la operación por la eliminación de las clases de riesgo.
- Las empresas compartirán parte de los gastos derivados por la siniestralidad que se de en forma fortuita en otras, de la misma manera que los asegurados jóvenes pagan la misma prima en relación a sus salarios, que los asegurados de mayor edad.

- Es decir, se anula el concepto de potencialidad del riesgo, ya que las empresas pagarán una prima por sus efectos, y no por la posibilidad de que ocurran los siniestros.



CONFERENCIA MAGISTRAL ASPECTOS JURIDICOS DEL NUEVO SISTEMA PENSIONARIO MEXICANO.

Por: **Sergio Valls Hernández.**

Es Licenciado en Derecho, egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México. Cuenta con estudios de especialización en impuestos, inversión extranjera, Ley Federal del Trabajo, Ley de Amparo y Ley del Seguro Social. Fue Diputado a la LII Legislatura y Magistrado del H. Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal. Actualmente es Director Jurídico del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El año pasado tuve la oportunidad de estar con ustedes y abordar las razones y las finalidades de la reforma a la seguridad social en México. Las causas económicas y financieras, así como demográficas y sociales, ya fueron tratadas en sesiones anteriores en esta II Reunión Internacional de Expertos en Seguridad Social. Por este motivo, más que un marco jurídico de la reforma de la seguridad social, expondré brevemente cual es la normatividad que durante el último año se ha elaborado para regular el nuevo sistema de pensiones.

La nueva Ley del Seguro Social requirió del diseño de una legislación complementaria, que estableciera las reglas de operación para las entidades financieras que participarán en el manejo de las reservas que se integrarán, mediante el sistema de capitalización individual, para financiar las pensiones al momento que un trabajador se vea en la necesidad de retirarse de la fuerza laboral, en razón a su edad y la consecuente disminución de sus capacidades.

Desde que se discutía el proyecto de iniciativa de Ley del Seguro Social, se concluyó, que lo mejor para ganar en claridad y sencillez era regular en la Ley del Seguro Social aquellos aspectos relacionados con las obligaciones del patrón y los derechos del asegurado trabajador, y remitir a otro instrumento legal lo vinculado con la inversión de los recursos acumulados en las cuentas individuales y la operación de éstas, así como la contratación de los seguros de renta vitalicia y de sobrevivencia. De esta forma, en varios artículos¹ del entonces proyecto de iniciativa, se remite

¹ Artículos 167, 175,176,177,179,181,182,183,187,192,195,200 de la Ley del Seguro Social que entrará en vigor el 1° de Julio de 1997.

expresamente a la Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, la cual regula:

- El depósito de las cuotas del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez en la cuenta individual de cada trabajador;
- La constitución y funcionamiento de las administradoras de fondos para el retiro (AFORES), y
- Los mecanismos, procedimientos y términos aplicables a los recursos acumulados en dichas cuentas, la unificación y traspaso de las misma, las obligaciones de las AFORES con el asegurado, entre otras materias.

Uno de los objetivos de la reforma a la seguridad social era trasladar parte de la responsabilidad del control del sistema pensionario al propio asegurado, el que, al otorgarle la ley la propiedad de los recursos previsionales², se convierte en copartícipe de la vigilancia del cumplimiento de las disposiciones de seguridad social, especialmente en materia de aportaciones al sistema.

Esta corresponsabilidad requería de un esquema transparente para el manejo de tales recursos, que permitiera al asegurado conocer oportunamente el monto de lo depositado en su beneficio para el financiamiento de su pensión, o la de sus dependientes económicos en caso de su muerte, y se le garantizara que los recursos que acumulara serían invertidos con la mayor eficiencia, es decir, a las tasas de interés más altas del mercado.

El asegurado se convierte así en el primer interesado en verificar que el patrón, obligado a pagar y retener las cuotas del seguro social, cumpla oportunamente.

El logro de estos fines sólo podía obtenerse mediante la distribución de las funciones del sistema pensionario entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y otros entes públicos y privados. En los cincuenta y cuatro años de existencia del Seguro Social, todas las actividades relacionadas con la recaudación de las cuotas, administración de las reservas y pago de beneficios han estado centralizadas en el IMSS.

Esto conlleva ventajas bajo una legislación que autorizaba que las reservas de los

² Gabriela Sánchez Luna "Previsión Social" en IMSS, ISSSTE, e Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Diccionario Jurídico sobre Seguridad Social. México, D.F. : UNAM, 1994. p. 342. "La previsión es el juicio o conocimiento que se forma sobre los riesgos que pueden perjudicar al hombre en el porvenir y el esfuerzo a realizar, esto es, los medios que han de emplearse para prepararse en defensa contra ellos." En este sentido, los recursos previsionales son aquellos que se utilizarán en el financiamiento del ingreso de un obrero o empleado, cuando por razones de la edad ya no pueda allegarse uno mediante su esfuerzo.

seguros del régimen obligatorio se invirtieran "hasta en un ochenta y cinco por ciento en la adquisición, construcción o financiamiento de hospitales, sanatorios, clínicas, guarderías infantiles, almacenes, farmacias, laboratorios, centros de convalecencia, centros de seguridad social y demás muebles e inmuebles propios para los fines del Instituto"³, en razón a que éste no requería de un intermediario financiero que le administrara las reservas, ni su fin era obtener el mayor rendimiento del mercado, respecto a ese ochenta y cinco por ciento de las reservas, sino ampliar la infraestructura hospitalaria.

Sin embargo, estas ventajas se desvanecen cuando aparece la presión financiera al seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, provocada por el crecimiento aproximado del 7% anual de pensionados y un aumento de los beneficios, sin que éste hubiera sido acompañado de un incremento en las cotizaciones.

En el año de 1990, el legislador consideró que resultaba fundamental un cambio en el esquema financiero de ese seguro, para que sus reservas garantizaran el cumplimiento de los compromisos actuales y previsibles y, por lo tanto, dispuso que las reservas inmobiliarias se transformaran en financieras, con el propósito que éstas generaran un rendimiento medio que permitiera, conforme a cálculos actuariales, cubrir las prestaciones de los futuros pensionados. En este mismo sentido, la exposición de motivos de la nueva Ley detalla las razones por las cuales no es posible seguir subsidiando el déficit de cinco décadas que ha existido en el seguro de enfermedades y maternidad.

En este panorama de la seguridad social, distinto al que prevaleció en los primeros cuarenta y cinco años de su existencia, el IMSS de ninguna manera puede convertirse en una entidad financiera, sin poner en peligro su objeto primordial, ni correr el riesgo de desviarse de su finalidad. Por ello, en la nueva Ley se propone que el rector de la seguridad social siga siendo el IMSS y que sean otros entes, cuyo objeto social sea la actividad financiera, los que inviertan las reservas para aprovechar que, mediante la competencia, se generen mayores rendimientos en beneficio del sistema de pensiones y, por ende, de los trabajadores.

Hay que recordar que el principal interesado en que los recursos depositados en la cuenta individual produzcan los mayores intereses netos posibles es el Gobierno Federal, ya que el legislador, en el artículo décimo tercero transitorio, entre otros, le impuso la obligación de pagar las pensiones de quienes se acojan a los beneficios de la Ley de 1973. Para financiar parte de las mismas, el gobierno deberá recibir los saldos de las cuentas individuales de esos trabajadores y los aportes fiscales serán menores, en la medida que los rendimientos en dichas cuentas sean más elevados.

³ México, leyes, estatutos, decretos, etc. Ley del Seguro Social. Artículo 263 de la Ley del Seguro Social vigente del 23 de diciembre de 1974 al 27 de diciembre de 1990.

De ahí que fuera indispensable distinguir en la Ley del Seguro Social la materia financiera de la propiamente relacionada con los derechos y obligaciones de la seguridad social y así evitar que en esa ley se mezclaran dos cuestiones diversas, por su naturaleza y fines. Por un lado, la regulación de la cobertura que ofrecen los distintos seguros y los requisitos para acceder a sus prestaciones, con una autoridad encargada de aplicarla y, por el otro, una normatividad de las organizaciones financieras que participarán en el sistema de pensiones, con miras a elevar los rendimientos sobre las reservas que se integrarán para cubrir las obligaciones de la seguridad social.

En este orden de ideas, el 23 de mayo de 1996 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el "Decreto de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro"⁴ y de reformas y adiciones a las leyes General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, para Regular las Agrupaciones Financieras, de Instituciones de Crédito, del Mercado de Valores y Federal de Protección al Consumidor".

Asimismo, el 3 de enero de 1997 se publicó, en el Diario Oficial de la Federación, el "Decreto en el que se reforma, adiciona y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros".⁵

Ambos decretos complementaron lo dispuesto por la nueva Ley del Seguro Social en lo que se refiere a los seguros de riesgos de trabajo, invalidez y vida, así como de retiro cesantía en edad avanzada y vejez.

La Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, en varios de sus artículos, remite a un reglamento, que fue publicado el 10 de octubre de 1996. A su vez este ordenamiento hace referencia a reglas de carácter general que deberá emitir la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro en materias como comisiones que pueden cobrar las administradoras de fondos para el retiro, requisitos para la constitución de estas administradoras, régimen de inversión de los recursos, entre otras. A la fecha se han publicado doce reglas generales.⁶

⁴ Artículo decimo segundo del Decreto

⁵ Respecto al marco jurídico de los seguros de rentas vitalicias y seguros de sobrevivencia confr Sergio Vallis Hernández "Las Bases jurídicas de las rentas vitalicias derivadas del nuevo esquema de pensionesh en La Jornada, 27 de febrero de 1997.

⁶ Reglas para la constitución de administradoras de fondos para el retiro filiales; reglas generales que establecen el procedimiento para obtener autorización para la constitución y operación de administradoras de fondos para el retiro y sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro; reglas *generales* que establecen el régimen de capitalización al que se sujetarán las administradoras de fondos para el retiro y sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro; reglas generales sobre la determinación de cuotas de mercado a que se sujetarán las administradoras de fondos para el retiro; reglas generales que establecen el régimen de comisiones al que deberán sujetarse las administradoras de fondos para el retiro; reglas generales a las que deberán sujetarse los agentes promotores de las administradoras de fondos para el retiro; reglas generales sobre publicidad y promociones que realicen las administradoras de

Por otro lado, la nueva Ley otorgó facultades a dos organismos desconcentrados de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a saber, las Comisiones Nacionales del Sistema de Ahorro para el Retiro y de Seguros y Fianzas⁷, relacionadas con la supervisión y vigilancia de las AFORES y de las aseguradoras autorizadas para operar seguros derivados de la seguridad social, así como el manejo de las cuentas individuales y el cálculo de los montos constitutivos, así como respecto a la unidad de renta vitalicia⁸, entre otras.

Para cumplir con las funciones que le asignan las leyes y los reglamentos citados con anterioridad, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y esas Comisiones están facultadas para expedir reglas de carácter general que regulen aspectos específicos de la operación del sistema de pensiones. Las reglas de operación para los seguros de pensiones, derivados de la seguridad social fueron publicadas el 26 de febrero de 1997 en el Diario Oficial de la Federación.

Como puede apreciarse esta legislación complementaria, que emana de la Ley del Seguro Social, y la participación de las mencionadas autoridades financieras, en la regulación y control del sistema de pensiones, marcan de manera especial la reforma mexicana. Por un lado, permanece un organismo público descentralizado como autoridad en la determinación de la procedencia de los derechos derivados de la seguridad social y como ente fiscal autónomo responsable del cobro de las cuotas de seguridad social y, por el otro, un sistema de competencia entre entes privados para la inversión de los recursos de las cuentas individuales, supervisados por una autoridad distinta a la primera.

El Instituto Mexicano del Seguro Social sigue siendo el responsable de la organización y administración del seguro social y la intervención de las AFORES y la información que las administradoras de fondos para el retiro deben dirigir a los trabajadores y al público en general; reglas generales que establecen las características que deben reunir los prospectos de información y los folletos explicativos que las sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro deben proporcionar a los trabajadores; reglas generales que establecen la información que deberá contener el contrato de administración de fondos para el retiro; reglas generales sobre el registro de la contabilidad y elaboración y presentación de estados financieros a las que deberán sujetarse las administradoras de fondos para el retiro y las sociedades de inversión especializada de fondos para el retiro.

fondos para el retiro; reglas a las que deberán sujetarse las administradoras de fondos para el retiro y las empresas operadoras de la base de datos nacional SAR para el registro de trabajadores; reglas generales sobre requisitos mínimos de operación que deberán observar las administradoras de fondos para el retiro; reglas generales que establecen las características que debe reunir normar a las AFORES.

⁷ Ley del Seguro Social en sus artículos 22, 40,157, 159, 164, 175, 177, 185, 187,188, 189,190, 194, 195, 199 y 266 fr. III.

⁸ Ley del Seguro Social en los artículos 58, 64, 120, 127,159 fr. VII y 194.

La leyes de índole financiera sólo regulan la forma en que se manejarán las reservas que se trasladen a las aseguradoras, vía el pago del monto constitutivo de los seguros de renta vitalicia y de sobrevivencia, o que se acumulen en las cuentas individuales de los trabajadores.

Así, en el nuevo sistema pensionario existen varias etapas o enfoques normativos que conviene distinguir:

- A) El aseguramiento, que puede ser obligatorio o voluntario.
- B) La determinación y cobro de las aportaciones de seguridad social.
- C) La administración de los recursos recaudados.
- D) La determinación de la procedencia de una prestación de seguridad social
- E) El pago de la prestación de seguridad social.

A) Aseguramiento

En cuanto al aseguramiento, el seguro social tiene una pretensión de universalidad, por lo que la ley constriñe a los patrones a inscribir a sus trabajadores al régimen obligatorio y establece las condiciones para que las personas no sujetas a una relación laboral puedan incorporarse voluntariamente al régimen obligatorio.

El artículo 6 de la nueva Ley distingue claramente la existencia de dos regímenes:

1. El obligatorio, que se refiere a todos aquellos supuestos en que ineludiblemente el patrón o sujeto obligado debe inscribir a los trabajadores a su servicio ante el Instituto, y
2. El voluntario, que es potestativo contratarlo, tanto para las personas como para el Instituto, y los términos del mismo están determinados en la Ley.

Al régimen obligatorio se ingresa por disposición de ley, por decreto del Ejecutivo Federal o por incorporarse a este régimen mediante convenio.

La importancia de considerar tres formas de incorporarse al régimen obligatorio y la existencia del voluntario, radica en la propia finalidad de extender el beneficio de la seguridad social a toda clase de trabajadores, a los asalariados y no asalariados, porque existen muchos individuos que, sin mantener una relación laboral formal, son trabajadores porque su único ingreso proviene de su esfuerzo físico o intelectual.

La experiencia demuestra que el seguro social debe establecerse con el carácter de obligatorio, para garantizar la estabilidad y permanencia del sistema y también para extenderlo al mayor número posible de personas que deben quedar comprendidas en él, colocándose el Estado dentro de la posición tutelar que, tanto la Constitución

de 1917, entre nosotros, cuanto los principios universales del derecho moderno, le reconocen en aquellas cuestiones de vital interés público⁹.

Debe afirmarse que si se estableciera el seguro sólo con carácter voluntario no pasaría de ser aprovechado por un corto número de personas previsoras, cuando lo que se pretende es proteger a los más amplios sectores de la población económicamente débil. De ahí se justifica que el Instituto tenga la facultad de afiliarse a un sujeto al régimen obligatorio, aún en contra de su voluntad, cuando éste se encuentra vinculado con un patrón por una relación de trabajo y, por lo tanto, se ubica en el supuesto que establece la ley.

La obligatoriedad del régimen del seguro social es la que retoma el contenido tutelar de los derechos de los trabajadores que inspira a la seguridad social. Si se abandonara al libre arbitrio del patrón la inscripción de sus trabajadores al seguro social, posiblemente los grupos obreros menos organizados y con menor capacidad de negociación se encontrarían desprotegidos ante los riesgos de la vida.

Por otra parte, la obligatoriedad en las aportaciones genera el derecho para el trabajador de exigir que se le preste el servicio, aún en la circunstancia que su patrón haya omitido la obligación de inscribirlo al régimen.

Finalmente, es objetivo fundamental de la fracción XXIX del apartado A del artículo 123 Constitucional que ningún trabajador quede desprotegido ante las eventualidades de la vida y esto sólo se puede cumplir si se conserva el carácter obligatorio del seguro social.

B) La determinación y cobro de las aportaciones de seguridad social.

Uno de los pilares del esquema de seguridad social es la calidad de organismo fiscal autónomo que por ley tiene el IMSS y la posibilidad de proceder al cobro coactivo de las cuotas del seguro social mediante el procedimiento administrativo de ejecución, es decir, sin que intervenga una autoridad judicial. El IMSS directamente determina los créditos a su favor, los fija en cantidad, los cobra y los percibe.

El legislador tanto en las legislaciones derogadas como en la nueva Ley y el poder judicial han reconocido la necesidad que el Instituto tenga tales facultades y le han permitido ejercer directamente una de las potestades esenciales para la existencia misma del Estado: la obtención, mediante el ejercicio de la facultad económica coactiva, de recursos para financiar sus fines.

La contrapartida de esta facultad de naturaleza fiscal es la protección que pueden exigir los trabajadores y el fundamento para que a éstos se les otorgue el derecho a

9 México, Leyes, decretos, códigos, etc. Código de Seguridad Social. México, D.F. I.M.S.S. 1945.

denunciar el incumplimiento del pago de las cuotas del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, así como la procedencia del fincamiento de capitales constitutivos. De esta forma, el Estado, a través del IMSS, mantiene el tutelaje sobre los derechos de los trabajadores y vigila que el incumplimiento de un patrón no afecte a los intereses de la clase trabajadora.

Sin embargo, la adopción del sistema de capitalización individual en el seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez obligó al legislador a definir la fuente de financiamiento de las actividades institucionales de emisión, cobranza y control del entero de las aportaciones a las cuentas individuales. En los seguros cuya administración conserva el Instituto, los recursos para cubrir las erogaciones en las que éste incurre para llevar a cabo estas actividades se obtienen de las reservas y representan un porcentaje de las mismas. En cambio, no sucede igual con las reservas que se depositan en las cuentas individuales, ya que éstas son propiedad de los trabajadores y, por ende, la AFORE debe pagar al Instituto los gastos que éste haya realizado para llevar a cabo la tarea de recaudación y fiscalización. Si no fuera así, los demás seguros del régimen obligatorio estarían otorgando un subsidio al seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

El artículo 39 de la nueva Ley establece el plazo para el pago de las cuotas obrero patronales.

Los plazos para el pago son tres:

1. Mensualidades vencidas, para los cuatro seguros, cuyas reservas administra el Instituto, a saber, riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, así como guarderías y prestaciones sociales.
2. Bimestrales para el caso del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, conforme a lo dispuesto en el artículo vigésimo séptimo transitorio, así como las aportaciones a la subcuenta de vivienda.
3. Quince días naturales contados a partir de la fecha de notificación, para los capitales constitutivos.

Otra de las innovaciones consiste en que el pago deberá realizarse ante una entidad receptora, la cual previamente a la recepción del mismo, deberá verificar que la cédula de determinación contenga los datos necesarios para la individualización de las cuotas y que la suma de los importes parciales concilie con el importe total a pagar asentado en el resumen respectivo. En caso que haya algún error, la entidad receptora podrá rechazar el pago, debiendo asumir la responsabilidad del pago extemporáneo el patrón o sujeto obligado.

Ahora bien, la modificación a la Ley del INFONAVIT, publicada en el Diario Oficial el

6 de enero de 1997, establece la posibilidad que ese Instituto y el IMSS puedan convenir en materia de recaudación de contribuciones, con el propósito que se simplifique administrativamente el cobro de las aportaciones de seguridad social y se establezca un procedimiento que otorgue la certeza que las cuotas pagadas a nombre de un trabajador, se depositarán en su cuenta individual, en las respectivas subcuentas de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, vivienda y aportaciones voluntarias.

Con esta reforma legislativa será posible la emisión de una cédula de determinación única, que incluya tanto las cuotas al seguro social como las correspondientes a la vivienda.

La distinción entre los plazos de pago de las aportaciones de seguridad social obliga en los meses no pares del año calendario a que el patrón pague exclusivamente cuotas de cuatro seguros y en los meses pares cinco, más la cuota de vivienda.

C) La administración de los recursos recaudados

Una vez recaudadas las cuotas, éstas tienen dos destinos: aquéllas que todavía administra el Instituto, en razón de lo dispuesto en la fracción 1 del artículo 251, integrarán las reservas de cada seguro y se invertirán en los términos de la nueva Ley y las que administran las AFORES, que se contabilizarán e invertirán conforme a lo dispuesto por la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.

La administración de las reservas de los seguros de enfermedades y maternidad, así como guarderías y prestaciones sociales no sufren cambio alguno con la nueva Ley.

Caso distinto es el de las reservas de los seguros de riesgos de trabajo e invalidez y vida, las cuales son invertidas por el Instituto hasta que ocurre el siniestro que protegen. En ese momento, debe integrarse el monto constitutivo y trasladarse el mismo a una aseguradora elegida por el asegurado o sus beneficiarios y ésta será la que forme las reservas de riesgos en curso para los planes básicos de los seguros de pensiones, que se denominan reservas matemáticas de pensiones, y con éstas cubrir las prestaciones que se comprometen a pagar en razón a los contratos de seguros de renta vitalicia y de sobrevivencia que suscriban.

La administración de las reservas del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez la realizarán las AFORES que hayan obtenido la autorización de la CONSAR.

Artículo 35... El INFONAVIT podrá emitir y notificar las liquidaciones para el cobro de las aportaciones y descuentos a que se refiere el artículo 29. Estas liquidaciones podrán ser emitidas y notificadas por el IMSS conjuntamente con las notificaciones del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, previo convenio de coordinación entre ambas instituciones constituirse y funcionar, y las invertirán mediante sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro que

aquéllas operarán. El procedimiento de inversión requiere de tres etapas:

1. Recaudación y depósito de las cuotas y aportaciones en la cuenta individual del asegurado.
2. Individualización y administración de los recursos de las cuentas individuales.
3. Inversión de los recursos.

Estas tres etapas se encuentran reguladas en cuatro ordenamientos:

- a) La nueva Ley del Seguro Social, que establece los derechos del asegurado que son:
- la propiedad de los recursos de su cuenta individual, la elección de la AFORE que operará la misma,
 - el derecho al traspaso de los recursos de la cuenta individual de una AFORE a otra,
 - el derecho a recibir el estado de cuenta,
 - el derecho de los beneficiarios a que con los recursos de la cuenta individual, la AFORE contrate un seguro de sobrevivencia al otorgar una pensión,

El derecho de un trabajador, o sus beneficiarios, a retirar los recursos que integran su cuenta individual o a contratar una pensión mayor, si derivado de un plan establecido por un patrón o derivado de la contratación colectiva obtiene una pensión que sea mayor en un treinta por ciento a la garantizada, el derecho a realizar aportaciones voluntarias, el derecho a disponer de recursos de la subcuenta de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, en el caso de desempleo, el derecho a retirar recursos de la subcuenta de aportaciones voluntarias cada seis meses, el derecho a heredar el saldo de su cuenta individual, en el supuesto que no haya beneficiario con derecho a pensión, el derecho a no cotizar (en invalidez y vida, así como gastos médicos de pensionados), en caso que reingrese a trabajar un asegurado que recibe una pensión de cesantía en edad avanzada o de vejez, y el derecho a que las aseguradoras o las AFORES no retengan por ningún concepto el pago de rentas vencidas.

Asimismo, ese ordenamiento faculta a la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro a: autorizar la constitución de las AFORES, intervenir en las reclamaciones que los trabajadores y, en su caso, los beneficiarios presenten en contra de las AFORES,

- Inspeccionar y vigilar el funcionamiento de las AFORES,
- el autorizar y registrar los planes de pensiones establecidos por los patrones

o derivado de la contratación colectiva,

- el opinar sobre las reglas de carácter general que expida la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas sobre los seguros de renta vitalicia y de sobrevivencia,
- Autorizar mecanismos, procedimientos, formas y términos relacionados con el seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y

Regular la disolución y liquidación de las AFORES.

A la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la misma Ley del Seguro Social le otorga las facultades siguientes:

- Expedir las reglas de carácter general a las que se sujetarán las aseguradoras, en la contratación de los seguros de renta vitalicia y de sobrevivencia, y
 - Elaborar anualmente las tablas que se deberán utilizar para calcular la unidad de renta vitalicia, que servirá para determinar el monto de la anualidad en el retiro programado.
- b) La Ley de los sistemas de Ahorro para el Retiro, que establece entre otras cuestiones:
- La integración, funcionamiento y facultades de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro. Respecto a la primera se debe advertir la integración tripartita del órgano de gobierno, es decir, la participación de los obreros y patronos en la determinación de las políticas de dicho organismo.
 - La definición de 105 participantes en los sistemas de ahorro para el retiro, que son las entidades financieras, las instituciones de crédito, administradoras de fondos para el retiro, sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro, las instituciones de seguro, la empresa operadora de la base de datos y las empresas que presten servicios complementarios y auxiliares directamente relacionados con los sistemas de ahorro para el retiro.
 - Los requisitos para la constitución y funcionamiento de las AFORES, el objeto de las mismas, la limitación en su participación en el mercado de los sistemas de ahorro para el retiro, las reservas que deben integrar, las reglas a que se sujetará el capital mínimo pagado exigido y la regulación del contralor normativo y consejero independiente, que tienen el propósito de vigilar la operación de la AFORE y de representar los intereses de los trabajadores, así como verificar que se cumpla con la normatividad interna y externa.

- El objeto y fin de las sociedades de inversión especializadas en fondos para el retiro, los requisitos para su constitución y funcionamiento y el régimen de inversión de los recursos de las cuentas de los trabajadores, así como la integración del comité de análisis de riesgos y el comité de valuación de los documentos y valores susceptibles de ser adquiridos.
- El régimen de comisiones que pueden cobrar las AFORES, la regulación de los traspasos y la unificación de cuentas individuales, las disposiciones respecto a la publicidad y promoción de las AFORES, así como las prohibiciones expresas a las AFORES y SIEFORES.
- Los procedimientos de sanción a las AFORES, a los consejeros, contralores normativos, directivos, comisarios y apoderados de las mismas, de revocación de las autorizaciones y de liquidación y disolución de una Afore.
- El objeto exclusivo de las empresas operadoras de la Base de Datos Nacional del SAR, los requisitos que debe contener la concesión de la operación de dicha base, los supuestos de revocación de la concesión y de requisa de la misma.
- Las relaciones entre las administradoras y los grupos y entidades financieras, así como los conflictos de interés, de tal forma que se sancione el uso indebido de la información sobre las inversiones o la práctica que favorezca a una u otra entidad financiera en perjuicio de los trabajadores, así como los requisitos para la adquisición de valores por parte de las SIEFORES.

Las reglas sobre la apertura de la cuenta individual, el traspaso, el ejercicio del derecho de invertir en dos o más SIEFORES operadas por una misma AFORE (situación que se presentará en el futuro), el manejo de la cuenta concentradora a la que se transferirán los recursos de los trabajadores que no elijan AFORE durante los siguientes cuatro años posteriores al primero de julio de 1997, la recepción, depósito y retiros de las cuentas individuales, así como las reglas para realizar las aportaciones voluntarias de los trabajadores y las adicionales de los patrones.

La exclusión de la subcuenta de aportaciones voluntarias en la integración del monto constitutivo que el IMSS deberá entregar a las aseguradoras en el caso de que se presente la eventualidad protegida por los seguros de riesgos de trabajo e invalidez y vida.

- La conformación del comité para el establecimiento de los procedimientos para el cálculo de monto constitutivo en la contratación de los seguros de rentas vitalicias y seguros de sobrevivencia.
 - Las reglas para el registro de los planes de pensiones establecidos por patrones o derivados de contratación colectiva.
 - Las reglas para la supervisión de los participantes de los sistemas de ahorro para el retiro, los supuestos de procedencia de la intervención administrativa y gerencial, los casos en que proceden las sanciones y la descripción de los tipos delictivos, así como la regulación del procedimiento de conciliación y arbitraje que se instaure por quejas que tengan los trabajadores y patrones en contra de algún participante de los sistemas de ahorro para el retiro.
- c) El reglamento de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro norma en forma específica las relaciones entre los participantes de los sistemas de ahorro para el retiro, los institutos de seguridad social, las entidades receptoras y las instituciones de crédito liquidadoras. Asimismo establece reglas particulares sobre la administración e integración de la cuenta individual, entre otras materias.
- d) Las reglas de carácter general expedidas por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro que regula los aspectos de la operación que, por su dinamismo y referencia a cuestiones técnicas, no pueden ser objeto de un reglamento.

D) La determinación de la procedencia de una prestación de seguridad social.

La nueva Ley del Seguro Social establece que la autoridad responsable de evaluar los requisitos de procedencia de una prestación económica es el IMSS. En ese punto, mantiene, como en las leyes que la antecedieron, la facultad de dictaminar una solicitud de pensión. Esto se conserva en todos los ramos de aseguramiento, inclusive en el de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez y ningún asegurado o sus beneficiarios podrán acudir a contratar un seguro de renta vitalicia o de sobrevivencia con una aseguradora o convenir un retiro programado con una AFORE, sin que medie resolución del IMSS.

De esta forma, conserva en todo momento la rectoría del sistema de pensiones y es el IMSS el organismo que verifica, con fundamento en la Ley, que se han cumplido los supuestos necesarios para acceder a una pensión o, en su caso, autoriza el retiro parcial de recursos de la cuenta individual.

Este es un rasgo esencial del esquema mexicano, en el que a pesar de la intervención de entes privados en la administración de las reservas y en el pago de las

prestaciones, mantiene una intervención estatal importante en la regulación de esos derechos que tiene un asegurado y en la determinación de los beneficios que le corresponden.

Esto se reafirma con la intervención que la nueva Ley otorga a la Comisión de Vigilancia del Instituto en la supervisión de los recursos acumulados en la cuenta individual de los trabajadores.

E) El pago de la prestación de la seguridad social.

En este punto, el nuevo sistema de pensiones distribuye la responsabilidad entre varios entes del sector público y del privado. Unos beneficios serán cubiertos directamente por el IMSS y otros por las AFORES y aseguradoras.

Los que quedan a cargo del IMSS son:

1. Subsidios de los seguros de riesgos de trabajo y enfermedades y maternidad (artículos 58, 96 y 101),
2. Pensiones con carácter provisional (artículo 67),
3. Pensiones por incapacidad permanente parcial, cuyo grado sea igual o menor al cincuenta por ciento y superior al veinticinco por ciento (artículo 58 fr. III),
4. Indemnización global equivalente a cinco anualidades de la pensión, cuando la incapacidad sea igual o menor al veinticinco por ciento o cuando el asegurado acreedor a la pensión mencionada en el inciso anterior prefiera la indemnización (artículo 58 fr. III), y
5. Pensiones mínimas garantizadas en el seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, una vez agotados los recursos de la cuenta individual (artículos 171 y 172).

Las prestaciones que quedan a cargo de las aseguradoras son:

1. Pensiones derivadas de una incapacidad permanente total (artículo 58 fr. II),
2. Pensiones derivadas de una incapacidad permanente parcial superior al cincuenta por ciento (artículo 58 fr. III),
3. Pensiones derivadas de la muerte de un asegurado a consecuencia de un riesgo

El Artículo 266, señala que la Comisión de Vigilancia tendrá las atribuciones siguientes:

Sugerir a la Asamblea General, al Consejo Técnico, y a la Comisión

Nacional de Sistema de Ahorro para el Retiro, en su caso, las medidas que juzgue convenientes para mejorar el funcionamiento de los seguros que ampara esta Ley (artículos 64 y 66),

4. Pensiones derivadas del ramo de invalidez (artículo 120),
5. Pensiones derivadas del ramo de vida (artículo 127),
6. Pensiones mínimas garantizadas, derivadas de los seguros de riesgos de trabajo e invalidez y vida (artículo 141),
7. Pensiones derivadas del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, cuando el asegurado opte por contratar una renta vitalicia (artículos 157 fr. I y 164 fr. I), y
8. Pensiones derivadas de la contratación del seguro de sobrevivencia a que está obligado quien se retira en forma anticipada (artículo 158) y el que se debe contratar en favor de los beneficiarios por la Afore al momento de que se otorgue una pensión por la alternativa de retiro programado (artículo 189).

Quedan a cargo de las AFORES:

1. Pensiones derivadas del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, cuando el asegurado opte por mantener el saldo de la cuenta individual en la Afore y efectúe retiros programados a cargo de éste, (artículos 157 fr. II y 164 fr. II) y
2. Pensiones mínimas garantizadas en el seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, hasta que se agoten los recursos de la cuenta individual (artículos 171 y 172).

Esta breve exposición de las cinco etapas en que se divide el sistema de pensiones muestra como se lograron separar dos actividades - la de tutelar los derechos de los trabajadores y la que corresponde al esquema financiero - que se encuentran vinculadas, desde la creación de la seguridad social, para no mantener ociosos los recursos recaudados por concepto de contribuciones a la seguridad social. Sin embargo, se dividen por su naturaleza y fines. Una se encarga de determinar la existencia del derecho a recibir una prestación derivada de la seguridad social y otra a buscar la mejor forma para que, por la inversión de los recursos destinados a esta materia, se obtengan mayores rendimientos.

La distribución de responsabilidades entre entes dedicados exclusivamente a organizar y administrar el seguro social y aquellos abocados a las actividades financieras, en el mediano plazo, incrementará la eficiencia del sistema y esto deberá

traducirse en mayores beneficios para los asegurados. Este último fin, que es el que motiva la reforma, puede lograrse en la medida que uno de los contralores esenciales de este sistema es el asegurado, que en la nueva Ley pasa de ser un mero sujeto pasivo, en espera de que se le concedieran derechos, a un agente de su propio futuro pensionario.

El nuevo sistema pensionario mexicano esta en marcha, habrá que ajustar los conceptos y reelaborar las categorías jurídicas para dar paso a esta nueva realidad. Presenciamos una activa participación de la ciencia del derecho en estos aspectos de la seguridad social, lo que conlleva la consecuencia de que el derecho administrativo sea cada vez, en mayor medida, una rama del derecho que está rigiendo parte importante de la actividad de no pocos administrados: patrones, asegurados, pensionados y beneficiarios.

Del marco jurídico complementario antes expuesto, se desprende que estamos presencia de una activa participación de la ciencia del derecho en estos aspectos de la seguridad social.

Es evidente que el nuevo sistema pensionario mexicano está en marcha y, como se hizo con la nueva Ley del Seguro Social, cumpliendo escrupulosamente con el marco constitucional y legal, habrá que seguir ajustando los conceptos y reelaborando las categorías jurídicas para dar paso a esta nueva realidad económica y social, en



CONFERENCIA MAGISTRAL

EL ROL DEL ESTADO EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Por: **Patricio Tombolini**
Versión Estenográfica

De nacionalidad Chilena, es Contador Auditor por la Universidad de Talca. Se ha desarrollado en tareas de Asesoría Tributaria, Contable y Financiera Administrativa, dentro del sector privado. Actualmente se desempeña como Subsecretario de Previsión Social.

¿Porqué nos interesa discutir el rol del Estado?. El título de este Seminario que habla de reflexiones sobre las reformas, nos está planteando que reflexionemos sobre el cambio. Nos señala que ya es inevitable, que los sistemas de seguridad social en el mundo empiezan a sufrir algún tipo de transformaciones y que estas transformaciones y los cambios como en toda actividad humana generan incertidumbres, generan preocupación, máxime que cuando estamos introduciendo cambios en los sistemas que tienen como objetivo básico y final, proteger de manera adecuada a los seres humanos. Nos encontramos con que este no es un problema aislado de una exigencia que nos hace el sistema económico imperante.

El sistema económico imperante le ha exigido a los países que hagan ajustes estructurales profundos y desde esa perspectiva deberíamos tener un mayor crecimiento económico. Estos ajustes estructurales significan regular el comercio exterior, significan generar mecanismos de reinserción internacional, significan eliminar los déficit fiscales de nuestras economías, significan generar flexibilidad laboral al interior de nuestras sociedades y se empieza a producir una discusión ideológica entre lo público y lo privado.

No podemos desconocer que el crecimiento de los países latinoamericanos en los últimos 50, 60 ó 70 años ha estado dado fundamentalmente por un rol activo en la economía. Lo que ha ocurrido es que se han producido cambios y lo que se exige a los países latinoamericanos es que hagamos los ajustes que necesitamos para tener un crecimiento en lo cual podamos tener equidad y justicia social, que es lo que requieren y necesitan nuestros países.

En estos cambios estructurales que se le piden a nuestros países se incorpora a la seguridad social. Se le exige que se autofinancie, que sea eficiente, que tenga

bajos costos de administración y que amplíe su cobertura. Por eso hablamos de reformas en la seguridad social, y no de reformas de la seguridad social. Yo creo que es importante hacer la distinción de porqué es en la seguridad social y no de la seguridad social. Cuando estamos hablando en la seguridad social estamos conceptualizando que al interior de la seguridad social debe haber cambios en sus sistemas en cómo ella se organiza, en cómo ella opera y en cómo ella cubre las necesidades de su país.

Es importante hacer esta distinción en opinión de nosotros los chilenos. No todos los chilenos comparten lo que voy a decir pero sí el gobierno. Ustedes han escuchado muchos chilenos que no van a compartir esto, pero nosotros tenemos una opinión de lo que es la seguridad social y nosotros estamos convencidos, y la historia lo demuestra desde un principio, que los seres humanos nos estamos organizando para crear instituciones que nos aminoren los riesgos, para crear instituciones que protejan a nuestros ciudadanos. Eso lo hace el Estado, que es la sociedad políticamente organizada. Por tanto, nosotros concluimos que, bajo cualquier situación de cambio, o de reforma, la seguridad social sigue siendo responsabilidad de los Estados. Los Estados no pueden abandonar a sus ciudadanos, están obligados a velar por el bien común, tienen que buscar mecanismos para proteger a sus ciudadanos y el único mecanismo efectivo es que la seguridad social sea responsabilidad de los Estados y eso es en Chile lo que hemos hecho.

Hemos permitido la generación, la creación o el desarrollo de instituciones en el área de la seguridad social, pero no hemos renunciado a la potestad o al rol tutelar que tiene el Estado cuando estamos hablando de recursos públicos de afectación al normar, al legislar y al fiscalizar lo que se hace en el ámbito de la seguridad social.

Es bueno decir cuáles son las cosas que ocurren en Chile y que significan en definitiva que se produzca una reforma o un cambio en los años 80's, se producen dos situaciones que viven todos los países latinoamericanos y que no están ajenos a ellos. Yo diría que la primera corresponde a un éxito que se ha propuesto la humanidad, que es mejorar la calidad de vida y las condiciones de vida de los seres humanos y que, por lo tanto, ha significado un aumento en las expectativas de vida y en este mismo momento, las expectativas de vida acompañadas de una disminución de la tasa de natalidad, ha generado que la relación entre activos y pasivos se nos empiece a achicar o a disminuir. Por lo tanto, los sistemas de reparto, en el caso chileno, se nos empiezan a hacer deficitarios y eso es lo que induce a hacer un cambio, a cambiar un sistema de reparto, por un sistema de capitalización individual, donde lo básico de este sistema de capitalización individual es vincular aportes del trabajador, hoy día, con los beneficios que este trabajador va a obtener el día de mañana.

Esto que es bastante simple de explicar y señalar, requiere de una serie de regulaciones que el Estado hace y va a seguir haciendo, porque aquí lo que está en juego es la confianza pública, lo que está en juego es la responsabilidad del Estado de proteger a sus ciudadanos y, por tanto, desde esa perspectiva nosotros no vamos a renunciar, ni hemos renunciado, al contrario vamos a extender nuestra influencia, porque vamos a regular, vamos a seguir regulando, vamos a seguir legislando y vamos a seguir fiscalizando a estas instituciones que son las Administradoras de Fondos de Pensiones, y que por imperio de la Ley y de nuestro país ellos sólo pueden recaudar las cotizaciones e invertirlas en aquellos instrumentos que la Ley señala y, más aún, sólo los porcentajes que la misma Ley establece.

También es importante destacar de manera reiterada el rol que cumple el Estado en cuanto al control y fiscalización de los regímenes de pensiones, principalmente respecto del nuevo sistema.

En este aspecto cabe tener presente que existe una institución pública denominada Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, encargada de controlar y fiscalizar el funcionamiento de estas entidades privadas llamadas AFP. Corresponde a esta Superintendencia, entre otras funciones, no sólo autorizar la creación de una AFP así como su disolución cuando corresponda, sino además ejercer el control jurídico administrativo y financiero sobre todo el sistema de las Administradoras de Fondos de Pensiones.

Por lo tanto, el Estado a través de esta superintendencia fiscaliza el funcionamiento de las AFP, interpreta la normativa vigente en la materia, y propone las reformas legales y reglamentarias que permitan un mejor funcionamiento del sistema, sin perjuicio de lo analizado en cuanto al rol que juega el Estado en el nuevo régimen previsional chileno, como generador de normas legales, fiscalizador, controlador y garante del sistema. Es necesario también destacar el importante papel que cumple en él, todo nuestro sistema de seguridad social, otorgando beneficios asistenciales a los ancianos, a los inválidos, a los menores carentes de recursos, pagando las asignaciones familiares, los subsidios de cesantía, para proteger en parte el período inmediato aquel en que el trabajador pierde su empleo, la protección en caso de accidentes o enfermedades laborales, tanto en cuanto a la asistencia médica al otorgamiento de subsidio, pensiones y rehabilitación, la asignación por muerte que permita a la familia del trabajador hacer frente a los gastos funerarios en caso del fallecimiento de éste.

Yo les he contado de manera general, lo que es el sistema chileno. Digo sistema porque es un conjunto de normas armónicas que nosotros como gobierno estamos de manera permanente modificando, porque estamos convencidos de que el rol tutelar del Estado de la seguridad social no puede ser reemplazado por instituciones de carácter privado, porque estamos convencidos de que lo que sí estamos

dispuestos a hacer, es permitir la administración en algunas áreas de la seguridad social. Pero junto con permitir la Administración, el gobierno de Chile, hoy día, está discutiendo una tercera generación de reformas en el sistema previsional chileno. La primera generación de reforma se hizo en el régimen militar y apuntó fundamentalmente a darle mayores facilidades en el tema de las inversiones a esta institución.

Pero a partir del año 1990 donde hicimos una segunda generación de reformas que en nuestra opinión fue importante, porque fueron enfocadas y diseñadas a que el Estado tuviera un mayor control sobre los cuantiosos recursos administrados por estas empresas, recursos de los trabajadores, propiedad de los trabajadores, de las cuales el Estado es garante y, por tanto tienen la obligación de generar normas de carácter legal, que les permitan tener un control importante.

Esta segunda generación de reformas en el sistema la hemos definido como la generación que reguló los conflictos de intereses al interior de la economía chilena, podía generar influencias negativas tanto en el ámbito económico como en el ámbito político. Por tanto, costó mucho lograr la aprobación de distintas leyes que regularon de manera definitiva el tema de las inversiones y lo que hemos denominado conflicto de intereses.

Hoy día estamos discutiendo en Chile una tercera generación de reformas, al interior del sistema, que apuntan básicamente en un sólo sentido, que es generar la mayor libertad de opción por parte de los trabajadores. Aquí ya no estamos hablando de elegir una AFP u otra porque tiene mejor slogan, estamos hablando de generar las condiciones para que los trabajadores chilenos puedan elegir aquella Administradora que le otorga la mejor rentabilidad, le cobra el menor precio y le otorga el mejor servicio.

Eso significa hoy día, regular la competencia entre ellas, generar mecanismos de mayor transparencia. En nuestro país hasta hace muy poco tiempo, el precio que cobraba una Administradora estaba confundido con el costo del seguro de invalidez y sobrevivencia. Por lo tanto, uno de los requisitos básicos que existen en una economía de mercado donde teóricamente todos tienen libre acceso a la información era una cuestión básica, había desconocimiento del precio y por tanto, el tema de la elección estaba dado por otras cosas. Estamos liberando un techo legal que había sobre la rentabilidad mínima a objeto de generar mayor competencia por rentabilidad, porque lo que en definitiva va a permitir que los trabajadores chilenos tengan una mejor pensión el día de mañana, es la rentabilidad que obtenga la Administradora por una parte y el precio que le cobra por la otra.

Nosotros hemos estimado que el costo de administrar el sistema en nuestro país, es caro por estos gastos de comercialización, porque no hay una competencia efectiva. Por tanto, se distorsionan los sistemas, se habla de un aumento espectacular

de los gastos de comercialización y estamos haciendo un esfuerzo para legislar con el fin de disminuir esto y que nuestros trabajadores se informen de manera adecuada y sean informados de manera adecuada para poder elegir su Administradora en relación a la trilogía que de la rentabilidad que es el bien que van a obtener con su cotización, el precio que es el costo de lo que están cobrando por administrar y el servicio que le otorga la Administradora.

¿Qué va a pasar mañana?. La verdad es que los seres humanos desde que existen, racionalmente hemos tratado de adivinar el futuro. Razonablemente ninguno de nosotros puede hoy día señalar qué va a ocurrir en 40 o en 50 años más, como cuando se formó el CISS en Chile en el año 44 ó 45. Nadie en ese minuto podía afirmar razonablemente que casi 50 años después estábamos discutiendo cómo vamos a proteger a nuestra población de manera adecuada, qué vamos a hacer con una población que cada día tiene mayores expectativas de vida, que requiere que amplíemos la cobertura, con un sistema económico que nos exige que terminemos con nuestros déficits al interior de nuestras economías. Nosotros en Chile no sabemos qué va a ocurrir en 50 años más, pero sí tenemos una cosa clara, que en 50 años más la seguridad social va a seguir siendo responsabilidad de los Estados. Vamos a seguir estando preocupados por aumentar la cobertura, por tener políticas asistenciales, y por tal interviniendo en nombre de este rol tutelar para fiscalizar, para normar y para hacer las reformas que sean necesarias para tener una seguridad social mucho más eficiente y de mucha mejor calidad.



REFLEXIONES SOBRE LAS REFORMAS A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA

Por: **Alejandro Bonilla García**

Versión Estenográfica

Es Actuario, egresado de la Universidad Anáhuac México, y cuenta con la Maestría en Matemáticas Aplicadas a la Economía y el Doctorado en Políticas Económicas en Toulouse, Francia. Se ha desempeñado en diversos cargos dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social y la Organización Internacional del Trabajo. Actualmente es Especialista Principal en Seguridad Social de la OIT para México, Centroamérica y el Caribe.

Tengo la seguridad que una de los rasgos más sobresalientes del Siglo XX en América Latina, que narrarán los historiadores en el futuro, lo constituirá la creación de sistemas de seguridad social.

Igualmente estoy seguro que los historiadores no dejarán de analizar los sistemas de seguridad social en el contexto en que se desarrollaron en la mayor parte del siglo. Dicho contexto se caracterizó, entre otros elementos por la presencia de alguno, varios o todos los siguientes fenómenos: desequilibrios internos, deudas externas monumentales, deudas internas abrumadoras, déficits educacionales abrumadores, inflación, desempleo, subempleo, crecimiento del sector informal, déficits públicos, corrupción, clientelismo, amigismo, partidismo, dictaduras, golpes, aumento de la pobreza cuyo dinamismo solamente es comparable al de la pobreza extrema.

El final de siglo será sin duda uno de los más interesantes a analizar en retrospectiva ya que todos los países se han dado a la tarea de transformar prácticamente todos los elementos de sus estructuras económicas y sociales. La seguridad social no podía ser la excepción.

A lo largo de la historia reciente de los sistemas de seguridad social en la región, se puede observar que hasta la década de los 80s, los cambios se habían hecho poco a poco y en la mayoría de los casos en respuesta a problemas o conveniencia particulares de corto plazo, más que con apego a un plan nacional de mediano o de largo plazo. Es por esta razón que en trabajos anteriores, he hablado del proceso de envejecimiento y no de maduración de ciertas instituciones.

A pesar de que los avances graduales de corto plazo son inevitables en función del ritmo de desarrollo de las sociedades, de la aparición de nuevas prioridades, de sus nuevas posibilidades y ventajas así como de los nuevos retos y limitaciones; en la década actual y a unos cuantos años de concluir el presente siglo, se ha hecho evidente que la adopción de nuevas estrategias y orientaciones es deseable y necesaria.

¿Como buscar, identificar y poner en práctica las nuevas estrategias y orientaciones?, es sin duda el reto actual de las sociedades. Me refiero a sociedades y no a instituciones de seguridad social ya que es evidente que un adecuado sistema de seguridad social, no de seguro social, implica la participación y el compromiso de todos los sectores de la sociedad.

La evolución reciente de los sistemas de seguridad social ha demostrado que el desarrollo de nuevos y modernos sistemas de seguridad social son de la competencia de responsables de una amplia gama de instituciones como son los institutos de seguridad social, los ministerios de salud, los ministerios de finanzas o de hacienda pública, los bancos centrales.

Esta amplísima participación, de los diferentes sectores de la sociedad así como del gran número de agencias y dependencias gubernamentales involucradas, ha resultado en que tanto en el desarrollo de los sistemas de seguridad social, como en sus recientes procesos de reforma, haya avances considerables, inevitablemente traslapes, en ocasiones falta de consistencia o de cohesión, falta de claridad en las responsabilidades y competencias, etcétera.

Si se combinan las múltiples posibilidades teóricas para el desarrollo de un sistema de seguridad social así como las circunstancias actuales, tendencias y características propias de cada uno de los países de la región, es inevitable concluir lo que se ha venido concluyendo en prácticamente todos los foros, seminarios y talleres dedicados a la reforma de la seguridad social: no existe una receta universal, cada país, cada sociedad debe de hacerse el tantas veces citado "traje a la medida".

En la elaboración de los trajes a la medida, existe la confrontación entre aquellos que quisieran hacer un perfeccionamiento de los sistemas actuales y los que quisieran hacer un cambio de sistema.

Entre los que quisieran que los objetivos sociales privaran sobre los objetivos económicos y entre los que privilegian los objetivos económicos como medio de consecución de los objetivos sociales.

En la elaboración de los trajes a la medida, se da igualmente la confrontación entre los sistemas de reparto colectivo, capitalización colectiva, capitalización intermedia colectiva, capitalización de grupos selectos, capitalización individual, etcétera.

No deja de ser un tema apasionante el debate sobre si los sistemas deben ser de

prestaciones definidas o bien de beneficios definidos y sobre si deben ser de administración pública o privada.

Adicionalmente a los temas antes señalados existe una gran gama de posibilidades en cuanto al desarrollo mismo de la reforma.

- ¿La reforma se debe hacer desde las instituciones de seguridad social o bien desde los ministerios de finanzas?
- ¿La reforma debe ser elaborada conjuntamente con los copartícipes sociales o bien se les debe de presentar una propuesta para su aprobación?
- ¿La reforma debe de tener cálculos previos a la legislación o bien los cálculos se deben hacer después de pasada la legislación? ¿La legislación por medio de la cual se aprueba la reforma debe de ser exhaustiva o por el contrario debe de establecer un marco general sobre el cual se desarrollen legislaciones posteriores complementarias?
- ¿En el desarrollo de las legislaciones complementarias quién debe participar?
- ¿Será una reforma parcial o nacional? ¿Considerará a los regímenes de petroleros, electricistas, telefonistas, magisterio, fuerzas armadas, banqueros, empleados del banco central, empleados de las regiones o de los estados, a los empleados de los municipios?

Todos estos puntos de análisis y de debate han evolucionado a lo largo de los procesos de reforma en la década de los 90s.

De esta manera, a principios de la década, el sistema de ahorro individual adoptado por Chile desde 1981 se presentó en todos los países como una alternativa viable de cambio y fue rodeado de una aureola de facilidad y casi de perfección. Resultaba curioso que si bien en el propio Chile se hicieron ajustes y correcciones basados en la propia crítica interna, en muchos otros países se le hacía propaganda al modelo sin reparar en los costos, sacrificios, dificultades vencidas y retos pendientes. El único argumento considerado en Chile, que no lo es en el resto de los países, es la prohibición a la banca de participar directamente en el sistema de pensiones.

Todavía al inicio de la década se hablaba del impacto positivo en el ahorro nacional, de la ampliación de la cobertura, incluso al sector informal, el impacto en todos los sectores de la economía, el mayor interés que el sistema debería de suscitar en el asegurado y la reducción de costos.

La gran ventaja del paso del tiempo es que nos permite hacer una distinción muy clara entre lo que debe o debió de pasar y lo que efectivamente pasa o está pasando.

Dando una muestra de honestidad y objetividad admirable, los últimos análisis retrospectivos efectuados en el mismo Chile concluyen que no es posible confirmar que el ahorro previsional haya tenido un impacto positivo en el ahorro nacional, mismo que si, efectivamente, se ha visto incrementado pero fundamentalmente por otros motivos.

Por otro lado, basta con observar las excelentes publicaciones periódicas de la Superintendencia de AFP del propio Chile para detectar que sistemáticamente la relación entre afiliados al sistema y aportantes regulares al sistema se ha venido reduciendo, alcanzando en la actualidad tan solo el 55%, porcentaje muy similar al del resto de los países latinoamericanos con o sin sistemas reformados.

Las mismas publicaciones de la Superintendencia de AFP hacen transparente que los sectores en donde se concentra la abrumadora mayoría sin versiones de los fondos de pensiones son el propio Gobierno, el sector eléctrico y el de telecomunicaciones y que la derrama en los otros sectores ha sido muy reducida.

En lo que respecta a las comisiones, la experiencia de los países que han adoptado el sistema de cuentas individuales es que éstos se sitúan alrededor de un 25% del aporte, monto que supera, por mucho, a la mayoría de los costos incurridos por las instituciones de seguridad social en el mundo.

Cabe señalar que el porcentaje señalado corresponde a un trabajador promedio y que, dependiendo de la fórmula de cobro de las comisiones así como del nivel del salario del asegurado y de su fondo, dicho porcentaje puede fluctuar entre un 18% para los salarios más altos y un 33% para los salarios más bajos.

Cada vez más, el análisis de lo que pasó en las jóvenes reformas en materia de seguridad social de fin de siglo, substituye a la argumentación repetitiva y “glamourizada” de lo que debió pasar o de lo que debería pasar.

Cada vez más el diálogo efectivo y la búsqueda del consenso son las formas privilegiadas para encarar las reformas de la seguridad social en la región.

De esta forma, los procesos que se están llevando a cabo en la mayoría de los países de Centro América, República Dominicana y en Venezuela, así como las acciones de actualidad en Colombia son ejemplares.

En Panamá, en cumplimiento de acuerdos tripartitos, la OIT está realizando un diagnóstico de la situación de la Caja del Seguro Social. Este diagnóstico tiene la característica de que se está haciendo conjuntamente con los copartícipes sociales. De esta manera, el Gobierno no ha efectuado un diagnóstico que somete a la consideración de los sectores, sino que más bien hace el diagnóstico con los propios sectores y con el apoyo de Naciones Unidas.

Para garantizar el correcto y transparente desarrollo del sistema se ha constituido una Comisión de Contacto y Seguimiento con representación de los trabajadores, empleadores, seguro social, Ministerio de Planificación y Ministerio del Trabajo. A mediados de año se tendrán los resultados a legislación constante y en el último trimestre, la valuación de las alternativas propuestas por los diferentes sectores.

En República Dominicana, uno de los primeros decretos del Presidente de la República fue la instalación de una comisión tripartita para la reforma del sistema de seguridad social, presidida por el Ministro de Trabajo y Seguridad Social.

Dicha comisión sesionó entre diciembre y febrero, logrando alcanzar un consenso en cuanto a una Ley Marco, que fue llamada Ley de Bases de la Seguridad Social. Por decisión del Presidente de la República, dicha ley con su reglamentación básica sería presentada en el mes de agosto al Congreso para su consideración. El modelo adoptado en materia de pensiones es multipilar con una estructuración de un primer pilar colectivo y un pilar complementario de ahorro individual, obligatorio a partir de un cierto nivel de salario.

En Honduras se concluyó un estudio elaborado con la participación y aporte de los copartícipes sociales que aún se encuentra en etapa de redacción final pero que debería ser analizado en un foro nacional el mes próximo. La estructura del sistema hasta ahora analizado, es la de un sistema de dos pilares compuesto por uno colectivo y uno de ahorro individual, con modificaciones tanto en el primero como en el segundo de los pilares orientadas a evitar errores y desaciertos antiguos y recientes.

En Costa Rica se reformó recientemente el régimen del magisterio y la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social aprobó una serie de medidas tendientes a racionalizar el sistema de pensiones. La idea que pareciera prevalecer es la de un sistema de dos pilares complementarios. Un primer pilar que gradualmente reduciría sus pretensiones de alcanzar una tasa de reemplazo del 70% a un reemplazo del 50% y un segundo pilar complementario.

En Guatemala se ha constituido una Comisión Presidencial para la Reforma de la Seguridad Social que se inclinaría por la substitución del sistema colectivo administrado por el IGSS por un sistema de ahorro individual. Sin embargo, recientemente el Prof. Mesa Lago, con el auspicio de la Fundación Friedrich Ebert realizó un diagnóstico, valuación actuarial, análisis de factibilidad y propuesta cifrada. Las autoridades han manifestado su interés de analizar las diferentes propuestas y abrir el tema al análisis profundo y a la búsqueda del consenso.

Nicaragua es un caso especial ya que en los últimos años efectuó reformas "de facto" de sus sistemas de salud y de riesgos del trabajo, al no haber sido sometidos a legislación alguna.

En Nicaragua la OIT efectuó una valuación actuarial en 1991. Posteriormente el propio INSS efectuó valuaciones actuariales. En 1995 se integró una Comisión Internacional con la participación de la OIT, la AISS, la CISS y la OISS. Finalmente, Don Julio Bustamante, en su carácter de Consultor Internacional elaboró un estudio para el Banco Mundial. Lo sobresaliente de las recomendaciones de Don Julio Bustamante es que retoma y confirma muchas de las recomendaciones previamente elaboradas y no recomienda la adopción de un sistema de cuentas individuales.

Recientemente y una vez más, el propio Prof. Mesa Lago elaboró un análisis de los estudios previos, una valuación actuarial actualizada y una propuesta que ha sido sometida a la consideración de las nuevas autoridades. Dichas autoridades han manifestado interés por que se inicie un proceso transparente de análisis y reforma con la participación de los copartícipes sociales así como con la posible colaboración de la CISS, CEDESS y OIT.

En Venezuela, recientemente fue creado el Ministerio de Seguridad Social y una comisión tripartita en el Congreso se ha abocado a la tarea de redacción de una Ley marco de seguridad social. La OIT está prestando su colaboración.

Por último, es importante señalar que precisamente el día de hoy se estaría firmando un acuerdo entre la OIT y el Gobierno de Colombia para la Valuación Actuarial del ISS. Este proyecto es de una gran trascendencia ya que es el primer ejercicio valuatorio post reforma que se lleva a cabo. Las autoridades han decidido seguir un proceso de valuación transparente con el seguimiento y verificación de los copartícipes sociales así como de estudiosos en la materia.

Las breves reflexiones y descripciones presentadas, me parecen que evidencian que la reforma de los sistemas de seguridad social no tiene principio ni fin y que, es más, debe constituir un proceso continuo y dinámico de análisis, respeto, diálogo, cuestionamiento y transformación de los sistemas existentes.



FUNDAMENTOS DE LA REFORMA Y SU VINCULACION CON EL AHORRO DE LARGO PLAZO

Por: **Luis C. Cerda González**

Versión Estenográfica

Estudió la Licenciatura en Historia, la Licenciatura en Administración Pública y Ciencias Políticas y obtuvo la Maestría en Historia Económica en la Universidad Nacional Autónoma de México. Es Candidato a Doctor en Historia Económica por la Universidad de Chicago. Se ha desempeñado en distintos cargos dentro del sector público y privado y actualmente es Coordinador de Asesores del Secretario de Hacienda y Crédito Público.

Si se piensa como pensaron los artífices de la reforma de la Ley del Seguro Social en 1943, se vería el futuro de este sistema con tan buenas expectativas como nosotros lo vemos hoy en día en México, lo cual quiere decir que cualquier sistema previsional es perfectible en el tiempo y debe ser perfectible en tanto que trabajamos con instituciones y las instituciones cambian en el tiempo.

Quizá una de las preocupaciones que al grupo que trabajamos en esta reforma más nos inquietaba, era ver la viabilidad de este proyecto en el largo plazo. No teníamos en mente tanto salir bien librados a los ojos de la gente en el corto plazo, queríamos ver un proyecto más de largo plazo. Por tanto quizá una de las preocupaciones más importantes era probablemente ver a nuestros nietos con cargas fiscales menores, con impuestos más manejables para ellos y para el país, que tendría que regular sobre las cargas impositivas en ese momento.

De modo que yo creo que ese es un elemento fundamental en todo esto, y al mismo tiempo, obviamente, está el tema de la equidad.

Hay tres personas cuyo criterio, indirecta o directamente, me hizo reflexionar sobre esto, Carlos Soto, Giovani Tamburi y Alejandro Bonilla.

Creo que hay que ser prudentes en todas estas reformas, hay que saber que hay que ir poco a poco y no hay que tener demasiadas ambiciones de corto plazo por la viabilidad. Hay que saber aceptar que las cosas pueden cambiar. Hay dos cuestiones que a mi parecer son muy importantes para cualquier reforma de esta

índole, una es el envejecimiento de la población, cuál es el perfil demográfico que estamos analizando y dos, cuál es la situación financiera del prestatario. Estos dos elementos a mi parecer son fundamentales.

La evolución de la problemática del envejecimiento de la población y de la problemática financiera no es exclusiva de México. Todos los países están tratando de hacer hoy por hoy reformas a sus sistemas de reparto, para poder dar algún tipo de alternativa que haga más manejable el costo fiscal, que haga más equitativo el sistema que se vuelve distorsionante en ese sentido.

En una encuesta reciente el 51% de los casos que hicieron reformas al sistema de reparto lo hacen básicamente en términos de las aportaciones, el 24% lo ha llevado a cabo en cambios en lo tocante a los sistemas de otorgamiento de pensiones y solamente un 14% de los casos ha llevado a cabo reformas radicales a estos sistemas. Ello implica desde mi punto de vista, que a nivel mundial aún los cambios son escasos y que esto tarde o temprano va a plantear problemas de financiamiento, de fuerte disociación entre la estructura de aportaciones y beneficios, de cargas fiscales crecientes que deberán ser afrontadas. En la medida en que la reforma busque solucionar de manera radical el problema creciente de desfinanciamiento la solución será menos onerosa para la sociedad en el mediano y largo plazo.

En este momento me ha tocado hacer una presentación de la relación que se ve o que se pudiera entrever, entre la reforma previsional al sistema del IMSS y la posible generación de ahorro interno. Este tema, por lo demás, es un tema muy debatible, muy controvertible. En el caso mexicano, sí hay algunos indicios de que hay un pequeño ahorro, por lo pronto, pero que no hay un desahorro y eso me parece muy importante.

No tengo una aspiración triunfalista, ni mucho menos, con respecto a un sistema que aún no existe, pero quiero compartir con ustedes algunas ideas acerca de la reforma de pensiones que estamos llevando a cabo en este momento en México, y su relación con la estabilidad macroeconómica y con generar mayores volúmenes de ahorro interno.

Los dos problemas, si bien uno tiene más bien sus orígenes en cuanto al agotamiento financiero de un esquema, y en cuanto al perfil demográfico que tenemos que enfrentar, el otro también es importantísimo, el del ahorro interno y ambos están directamente relacionados.

Voy a tratar de plantear, en un primer apartado, cuáles fueron las razones de la reforma, y en las razones de la reforma, voy a abordar cuatro temas, que es el desequilibrio financiero del IMSS, el problema de las distorsiones en el mercado laboral, el problema de un segundo pilar que no funcionó, el SAR, en el caso de México y, por último, los problemas de ahorro interno y de profundización en los mercados financieros.

Dicho esto voy a hablar de la viabilidad de la reforma de pensiones de México. Por qué es viable la reforma en el caso mexicano, por qué no va a ser tan onerosa desde el punto de vista fiscal y por qué tiene algunas posibilidades de generar ahorro interno de largo plazo, pero sobre todo de profundizar en los mercados financieros. Después voy a plantear muy someramente, este punto de la viabilidad que me parece un elemento vital para discutir con ustedes hoy, por qué es viable la reforma en México. Después voy a hablar de algunas de las principales características del modelo del IMSS, no voy a ahondar más porque seguramente algunos de mis colegas ya hablaron acerca del tema, pero voy a hablar quizá un poco más acerca de la filosofía para después pasar al tema que realmente me debería de ocupar la mayor parte de mi exposición, que tiene que ver con la relación entre pensiones y ahorro interno y por último plantearé algunas conclusiones diciendo cuáles serían mis recomendaciones de corto plazo para poder asentar bien la reforma mexicana en los próximos 4 ó 5 años, y luego cuáles podrían ser las conclusiones que deriváramos de mi exposición.

¿Por qué la reforma de pensiones? Como ya se ha dicho, el IMSS enfrentaba problemas financieros, porque básicamente el Seguro de IVCM que han señalado todos mis colegas, daba subsidios cruzados a un ramo muy importante y que poco a poco se ha vuelto cada vez más caro: el seguro de enfermedades y maternidad. Si esto lo unimos a la problemática demográfica, al violento cambio que sufre la pirámide poblacional en México a partir de 1980, vemos cómo cada vez el IMSS tiene que financiar más pero con menos, ya que la tasa de natalidad cae, la tasa de mortalidad aumenta y la efectividad de los sistemas de salud aumenta considerablemente, de manera tal que el IMSS tiene que hacer más con menos. Por el otro lado, el hecho de que haya un divorcio entre las aportaciones y los beneficios para los trabajadores, sobre todo a partir de la década de los 80s, hace que haya un crecimiento muy fuerte del sector informal. Esto no es solamente motivado por el tema de las aportaciones a la seguridad social pero, sin lugar a dudas, tiene un papel importante en cuanto al crecimiento y la informalidad, de modo tal que lo que venimos enfrentando es que nuestros trabajadores mexicanos cada vez más van al sector informal para no pagar impuestos y esto genera distorsiones en el mercado laboral que necesariamente se ven en menores índices de productividad para el país y en mayores índices de pobreza.

Por el otro lado, tenemos la problemática de un segundo pilar. Como bien se ha dicho, ha habido muchas reformas desde que se inició este sistema previsional.

Una que trataba de atacar más o menos de manera radical el problema fue el famoso SAR, Sistema de Ahorro para el Retiro, que comenzó en 1992. Sin embargo, el SAR, como algunos de ustedes lo saben o a lo mejor todos, no funcionó en la práctica.

Desde sus orígenes, venía ligado con una serie de defectos en el proceso de individualización de cuentas, en el proceso de cobro de comisiones, en el proceso, sobre todo, de manejos de los recursos al no estar bien individualizadas las cuentas y en el proceso de supervisión y vigilancia de los manejos de estos dineros y de la individualización adecuada de las cuentas.

Creo que la experiencia del SAR en México ayuda mucho a nuestros amigos latinoamericanos y de otros países a pensar en qué no se debe de hacer, cómo no se debe de hacer una reforma o un segundo pilar.

Por el otro lado, está el tema de la falta de ahorro interno, que como ustedes saben, constituyó uno de los detonantes más importantes de la crisis económica de 1994-1995. Efectivamente la carencia de ahorro interno y la sustitución y una gran dependencia de parte de los mexicanos en el ahorro externo, fue un detonante fundamental para explicar la profundidad de la crisis económica de 1994-1995.

En cuanto a los problemas financieros del IMSS, yo diría que básicamente es el incremento en la carga financiera por concepto de presiones demográficas. Por ejemplo, en 1960, la tasa de dependencia era de 4% mientras que en 1994 llega al 12.5% por cada 100 contribuyentes, véase como individuos o como porcentaje.

Por otro lado, el crecimiento continuo en los beneficios; en 50 años hubo más de 40 cambios en la estructura de beneficios a este sistema de IVCM mientras que sólo se dieron tres cambios en las contribuciones y los cambios fueron a fechas recientes, el déficit actuarial proyectado es de 141 puntos a valor presente neto del producto interno bruto. A precios de 1994 el déficit efectivo, el déficit en flujo de caja de acuerdo a estas proyecciones llegaría para el año 2007.

Sin embargo, la reforma en este sentido ha disminuido a la mitad el costo fiscal. De cualquier manera 141 puntos del producto interno bruto seguramente hubieran significado una carga fiscal muy difícil de sobrellevar para las generaciones futuras.

Por lo que corresponde a las tendencias demográficas, en los dos censos poblacionales, uno de 60 y otro de 90 se ve básicamente que la población está envejeciendo, que cae la tasa de natalidad y, por el otro lado, se ve el aumento de la tasa de dependencia, es decir los individuos mayores de 60 años.

México, de cualquier manera, tiene una población trabajadora aún suficientemente joven, pero lo que sí es muy importante destacar es que las tasas de crecimiento de esta población con edades superiores a los 60 años crecen muy rápido, mucho más rápido que en el caso de Colombia o que en el caso de Chile incluso.

Por otro lado nos encontramos con los problemas financieros del IMSS, en términos de las obligaciones actuariales y vemos cómo las contribuciones van disminuyendo, mientras que van aumentando las pensiones en una proyección al año 2042.

Por lo que toca al tema de evasión y disminución del empleo formal, en 1980, 64% trabajadores estaban en el sector formal y 36% en el informal y crece a 41% en 1995 el sector informal.

En cuanto a tendencias del ahorro interno, en 1987 que empezamos todo el ajuste estructural, el porcentaje de ahorro interno a producto interno bruto fue del 22% y cae aceleradamente, para representar sólo un 16% en 1994. En este sentido tenemos una tendencia decreciente del ahorro interno, podemos ver efectivamente cómo cae el interno y cómo hay un efecto de sustitución en donde el externo pasa a ser verdaderamente el elemento importante.

También puede verse cómo el ahorro forzado, que esto es básicamente la experiencia del SAR, comienza a volverse más importante que el propio ahorro voluntario. ¿Cómo es posible que haya habido una desregulación del sector financiero, un crecimiento muy fuerte de la cartera de los bancos y de otras instituciones de crédito y cómo es posible que, sin embargo, el ahorro interno haya caído? Hay demasiadas explicaciones que se han dado acerca de este fenómeno, pero sin lugar a dudas yo me atrevería a decir que el tema central es por un lado el rezago en los salarios reales y por el otro lado que donde estaban concentrados los niveles más altos de ingreso, hubo un consumo muy importante y un apalancamiento de la capacidad crediticia de las familias, también sumamente considerable.

¿Qué es lo que queremos ahora con el sistema de pensiones? El sistema de pensiones trata de restablecer la situación financiera del Instituto, trata de generar mayores volúmenes de ahorro interno y trata de flexibilizar el mercado de trabajo.

En este sentido el sistema de pensiones viene a ser un brazo con el régimen fiscal, que trata de fomentar el ahorro y, por lo tanto, la inversión que se canalice efectivamente a generar mayores volúmenes de empleo y crecimiento.

Por lo que toca a las políticas macro, mantendremos la política de estabilidad para poder generar precisamente los incentivos para mayores volúmenes de inversión y por lo que toca a la política de capital humano, ésta ha jugado también un papel muy importante como proyecto de mediano y largo plazo para aumentar la productividad. El cambio estructural también se está fundamentando a través de una asignación más eficiente de recursos, vía las desregulaciones en las que estamos involucrados ahora.

Creemos que esto puede llevar a más inversión, más productividad y, por lo tanto, a un círculo virtuoso de empleo y crecimiento.

Por lo que toca a la viabilidad de la reforma, es viable en dos sentidos. En primer lugar, porque los costos fiscales derivados de la reforma son más manejables; esto fundamentalmente porque la población trabajadora en México aún es joven; el grueso de la población trabajadora está más o menos entre los 15 y los 32 años de edad,

pero, por el otro lado, y esto es un elemento importante, el ajuste macro llevado a cabo en México está redundando en finanzas públicas más sanas que nos facilitan el enfrentar los costos fiscales. La población es relativamente joven, 65% de los contribuyentes se encuentran en edades entre 15 y 35 años de edad, la carrera salarial es creciente; no estamos hablando de carreras salariales planas, para la mayor parte de los afiliados, el máximo de carrera salarial, 4 salarios mínimos se encuentra a los 42 años de edad.

La carrera salarial promedio de un trabajador mexicano. Empieza al percibir uno y medio salarios a los 15 años para llegar a un máximo de cuatro salarios hacia los 42 años de edad y después la pendiente de la curva se va suavizando para efectivamente ir perdiendo ingreso. Pero el grueso de la población afiliada al IMSS está justamente entre los 15 y los 35 años de edad, ese es un elemento fundamental que nos ha ayudado a hablar de costos fiscales muy manejables en comparación con otras latitudes.

Ahora, permítanme hacerles el comentario acerca de las finanzas públicas sanas. La deuda pública neta total como porcentaje del PIB disminuye y la deuda pública neta total en la comparación internacional es muy baja: México tiene 33.4% del producto mientras que vemos casos escandalosos como Canadá o como los Estados Unidos o como la propia Italia.

En cuanto a la deuda externa del sector público de algunas naciones latinoamericanas comparadas con México, tomando en cuenta los intereses a exportaciones, y con proyecciones para el 97, México está en un lugar bastante más prudente que otros países latinoamericanos y que el promedio. Por lo que toca a deuda externa del sector público, vemos también cómo ha venido cayendo en estos años, de manera tal, que estamos hablando de un sector público que es más prudente y que está intentando buscar a toda costa finanzas públicas más sanas para hacer más manejable la política macroeconómica.

Otro detalle también que me parece muy importante y que tiene bases sobre los dos argumentos que he dado anteriormente, es cuál es el costo de oportunidad de la reforma. En caso de haber mantenido el IVCM hubiéramos llegado a estos 140 puntos del producto interno bruto en valor presente neto. En términos de valor presente neto estamos disminuyendo a la mitad del costo fiscal, ya que cuesta 70% del producto interno bruto.

El nuevo sistema previsional forma parte de reformas integrales a nivel micro que también son de mediano y largo plazo, en donde estamos atacando educación, salud, combate a la pobreza, desregulación del aparato productivo y apoyo al sector financiero.

Estamos haciendo un trípode, en el que le estamos dando una mayor importancia al papel del Estado. En este sentido no estamos privatizando, y en este sentido

México está tomando un papel quizá distinto al caso de otros países en cuanto que es nuestro deseo, es nuestra orientación poder asegurar un papel rector del Estado y poder asegurar al mismo tiempo mecanismos de redistribución y mecanismos de solidaridad a través del primer pilar. Eso es algo quizá único si comparamos con otros países, especialmente latinoamericanos. Hay otros europeos en donde no, pero sí vemos que al legislativo le importó de manera muy especial poder dar señales de que el Estado se iba a mantener, de que el IMSS iba a seguir manteniendo la administración de las pensiones pero que a la vez íbamos a poder fomentar la participación del sector privado a través de la creación de cuentas individuales, del manejo de estas cuentas individuales y la administración de fondos y el manejo de rentas vitalicias.

Una cuenta individual per se no garantiza absolutamente nada, pero garantiza algo muy importante que son derechos de propiedad privada y ese es un elemento fundamental que a nivel legal garantiza derechos de propiedad privada y, por el otro lado, está la cuenta de ahorro voluntario, que a la fecha en México todavía las Afores no lo toman demasiado en cuenta, pero que si lo vemos a la luz de la experiencia chilena vemos que estas cuentas de ahorro voluntario juegan un papel bien interesante, sobre todo en la generación de transición que quiere retirarse antes de cumplir la edad necesaria.

Por otro lado, estamos apuntalando este trípode sobre una filosofía que trata de generar derechos de propiedad más claros, ¿cómo?, a través del manejo de las cuentas individuales, del derecho que tiene el trabajador sobre su cuenta individual y de la participación de empresas privadas, y por el otro lado, mayor eficiencia operativa y mayor eficiencia administrativa y financiera, separando a todos los ramos de seguro dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social. Como ustedes saben, antes las aportaciones entraban solamente a una bolsa, ahora estamos tratando de que haya más transparencia en el manejo de estos recursos y que se hagan las provisiones necesarias de acuerdo a las reservas que se especifiquen para cada uno de estos ramos de seguro. Por otro lado, estamos tratando de brindar más beneficios para el trabajador a través de elementos redistributivos de cuotas, especialmente en lo tocante al seguro de enfermedades y maternidad y de ofrecer garantías mínimas de bienestar a través de la pensión mínima, a través de la cuota social, etc.

¿Por qué pensamos que es buena nuestra reforma?, porque frente a los problemas que teníamos estamos tratando de dar soluciones concretas. Frente al desfinanciamiento del IMSS, estamos tratando de dar viabilidad financiera, frente a la inequidad del actual sistema estamos tratando de dar mayor equidad, relacionando plenamente las contribuciones con los beneficios. Frente a las deficiencias del SAR estamos tratando de generar un nuevo pilar con cuentas individuales. Frente a los costos fiscales crecientes tratamos de tener costos fiscales más manejables y

frente al problema de ahorro interno estamos tratando de fomentar mayor ahorro interno a través del ahorro forzoso.

En cuanto al ahorro interno se refiere, ¿por qué nosotros pensamos que el nuevo sistema cumple con elementos para poder generar mayores volúmenes de ahorro interno?

Nuestro nuevo sistema de pensiones es compatible con la previsión efectiva de seguridad en el ingreso en la vejez y promueve al mismo tiempo una mayor acumulación de ahorro y crecimiento económico, en cuanto a que estamos trabajando con una población mayoritariamente joven que tiene muchos años por delante para contribuir. Lo que hemos observado es que hay una alta elasticidad de la oferta y la demanda de trabajo en el sector formal, que se traduce en mayor crecimiento potencial del sector formal. Es plausible que si damos la orientación adecuada, los incentivos adecuados y tratamos sobretodo de hacerlos públicos, haya individuos que estén en el sector informal que vean conveniencias claras para regresar al sector formal de la economía.

De cualquier manera, debo de reconocer que éste es un tema de debate en el que debemos de seguir profundizando para los próximos años.

La reforma no es financiada con deuda. En el caso mexicano, como el costo fiscal es muy manejable no nos estamos financiando con deuda, lo que deberá resultar por esto en un impacto positivo sobre el ahorro y la acumulación de capital. Por el otro lado, estamos impulsando el desarrollo de instrumentos de inversión de largo plazo, que le va a dar más profundidad a los mercados financieros y que nos va a permitir poder intermediar mejor estos recursos de los trabajadores y, por el otro, se eliminan distorsiones en el mercado laboral.

Hemos estimado el saldo neto acumulado en las cuentas individuales para el periodo 1997-2006. Es un modelo que estamos empezando a hacer y estamos suponiendo una tasa de interés del orden del 3.5% de rendimiento y nos estamos refiriendo en este modelo al saldo neto, debido a que consideramos los retiros de aquellas personas que se están pensionando.

En 1998, por lo tanto, estamos previendo que las aportaciones a las cuentas individuales van a ser del orden del 1.2% del producto, más o menos. Es un modelo que todavía no está acabado, pero quiero dimensionarles el asunto. Estamos considerando el seguro de IVCM con su tasa de retorno del 5%, mientras que estamos considerando la aportación al Infonavit en tasa 0. Esto nos da un punto aproximadamente del producto interno bruto, como aportaciones.

Los ahorros crecen anualmente para alcanzar en el año 2006, estas aportaciones, no ahorro, una cifra igual más o menos al 9.11% del producto interno bruto. Ahora, si lo comparamos con nuestros costos fiscales del año de 1998 al año 2006,

solamente para poner un caso, no llega siquiera a representar un punto porcentual del producto interno bruto. Lo que estamos diciendo en pocas palabras, es que tenemos un ahorro pequeño, que es como de 0.25% del producto interno bruto, pero que se va acumulando y que se va capitalizando. Esto, en un escenario sumamente conservador, porque estamos asumiendo que la tasa de rendimiento es baja, no es la histórica, es de 3.5% mientras que estamos considerando que la subcuenta de vivienda está dando tasa 0 y con todo eso hay un ahorro neto para el país a través de la reforma previsional. Este es uno de los elementos más interesantes de la reforma mexicana, no podemos decir que sea exitoso porque no lo hemos llevado a cabo aún, pero las proyecciones actuariales nos hacen ver algo muy positivo, en un escenario en donde no hay cambios en el mercado laboral, no hay incrementos en los salarios y en un escenario donde estamos considerando el salario promedio en 2.8 salarios mínimos. Es decir, estamos hablando de un modelo sumamente conservador. Por lo tanto, sí podríamos decir que se va a generar ahorro interno en México, modesto en los primeros años, pero lo que nos debe de importar en este tipo de reformas es el largo plazo, no el corto plazo.

En síntesis, permítanme decirles cuáles creo yo que son los retos de corto plazo para esta reforma previsional y cuáles podrían ser las conclusiones que yo deduzco de la presentación.

En primer lugar, creo yo que es muy importante que amplíemos la cobertura. Es un problema muy serio, pero hay que tratar de ampliar la cobertura, reflejar adecuadamente los costos fiscales que ésa es la idea con la que hemos venido operando durante estos últimos meses, una reestructuración financiera y operativa del IMSS, que ya está en marcha, mayor flexibilidad en la inversión de los fondos, una supervisión adecuada de la estructura de comisiones; las comisiones muerden mucho a la salida a las aportaciones de los trabajadores; un proceso de simplificación del esquema operativo, esto es fundamental desde mi punto de vista, y una implantación del mercado de rentas vitalicias.

Esta no es la posición de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, es la mía propia, pero creo que son las tareas para los próximos años.

En síntesis ¿qué estamos haciendo con la reforma del sistema de seguridad social?,
1.- Saneamiento financiero del IMSS; 2- Tratar de aumentar los beneficios para los trabajadores. 3.- Dar una mayor transparencia en el manejo de los recursos, que toda la sociedad sepa qué se está haciendo. 4.- Una contribución al ahorro interno y 5.- Una profundización del sector financiero.



EL PAPEL DEL ESTADO Y DEL SECTOR PRIVADO EN LA REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES

Por: **Eduardo Macías Santos**

Cursó la Licenciatura en Ciencias Jurídicas en la Universidad de Nuevo León y la Licenciatura en Filosofía y Letras en la misma Universidad. Realizó estudios de Posgrado, a nivel de Maestría y Doctorado en Derecho Comparado, en New York University. Desde 1987 ha asistido anualmente como representante del sector empleador de nuestro país a las sesiones de la Conferencia de la Organización Internacional del Trabajo. Actualmente es Asesor de la Dirección General de Administración del GRUPO VITRO.

Cuando la inmensa mayoría de los Senadores de la República aprobaron, a finales de 1995, la nueva Ley del Seguro Social, ratificaron en sus términos la legislación formulada en la Cámara de Diputados, después de amplios debates precedidos por uno de los procesos de consulta a la opinión pública más copiosos e intensos que hayan tenido lugar en nuestro país.

Este proceso tuvo como antecedente un cuidadoso y sincero *Diagnóstico*, elaborado en el propio IMSS por encargo del Presidente Zedillo, el cual sirvió de base para que, durante los *Foros de Consulta* celebrados en las diversas regiones de México, se señalaran por la comunidad las propuestas para remediar las fallas y deficiencias encontradas en los servicios del Instituto, *acumulándose cerca de 1,000 ponencias en el lapso de medio año de consulta nacional*, presentadas por sindicatos, universidades, expertos individuales, cámaras y otros representantes del Sector Privado.

Este gran esfuerzo de difusión y auscultación popular permitió, a quienes desearon hacerlo, adquirir los elementos necesarios para tener una opinión informada sobre la urgente necesidad de perfeccionar el modelo de seguridad social vigente, conservando su carácter **público**, especialmente en la normatividad, fortaleciendo su carácter **solidario**, mediante la *cuota social*, haciéndolo realmente **igualitario**, a través de la cuota uniforme - igual para prestaciones iguales-, y propiciando su **universalidad**, por medio del *Seguro de Salud para la Familia*.

No se puede menos que admirar, además, el gigantesco esfuerzo y empeño de la autoridad presidencial para explicar esta ley y hacerla entendible tanto en su problemática como en sus propuestas de solución.

Cabe recordar que el ramo de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte del Seguro Social se inició en 1944, como instrumento financiero capaz de garantizar niveles mínimos de bienestar a un amplio sector de la población, al momento en que, por razones de edad o invalidez, se retiraran de la vida laboral.

Asimismo, preveía el otorgamiento de una pensión digna para los familiares del pensionado que le sobreviviesen. Este seguro se creó bajo una estructura de fondo colectivo e inició operaciones con una cuota de 6% sobre el salario de cotización de cada trabajador, definiéndose las pensiones como montos nominales fijos, sin prever ajustes por inflación.

Desde su inicio, las reservas generadas por el ramo fueron destinadas a constituir el patrimonio inmobiliario del Instituto y a otras actividades en lugar de constituir un fondo que permitiese enfrentar obligaciones futuras. El ramo opera como Fondo de Reparto, donde las obligaciones son cubiertas con las aportaciones de los cotizantes en activo. Este mecanismo, sustentado en la solidaridad entre generaciones, permitió en sus orígenes que aumentaran los beneficios sin modificar las cuotas y se utilizaron los excedentes del ramo para apoyar la construcción de infraestructura y coadyuvar a financiar la operación del seguro de Enfermedades y Maternidad.

Como resultado de la inflación de los años setentas y ochentas, las pensiones, al no tener un mecanismo de indización, sufrieron un fuerte rezago que afectó considerablemente los ingresos reales de los pensionados. Este desajuste, que atentó contra los principios esenciales de la seguridad social, se corrigió parcialmente en 1989, creando pensiones dinámicas proporcionales al salario. La cuantía mínima se ligó al salario mínimo para actualizarse automáticamente. De esta forma, los montos de las pensiones y los beneficios del seguro se incrementaron sustancialmente.

Particularmente en los últimos 5 años se incrementó considerablemente el monto de las cuantías mínimas, pasando de ser cerca del 35% de un Salario Mínimo del D.F. en 1989, al 100% del mismo a partir del primero de enero de 1995.

En el caso de la pensión de viudez, en el mismo lapso, la pensión se incrementó a 90% del Salario Mínimo, cuando era de tan solo el 20% de dicho salario.

A pesar de que se pueda considerar que las pensiones no son todavía suficientes, debe mencionarse que en la actualidad todos los pensionados reciben, en términos reales, más de lo que aportaron.

Todos los incrementos en prestaciones se hicieron sin actualizar de manera realista la cuota correspondiente. Esta situación, aunada al crecimiento más dinámico de

pensionados que de asegurados como resultado del cambio demográfico, comprometió gravemente las finanzas del ramo.

Hay que destacar también que nuestras reservas de IVCM, en el IMSS, al 31 de diciembre de 1994 son menores a 1,000 millones de dólares, después de más de 50 años de existencia del Instituto ; mientras que el sistema chileno de cuentas individuales tiene ya acumulados 26,000 millones de dólares en sólo 15 años.

Originariamente este ramo de aseguramiento (IVCM) estuvo concebido con una estructura de financiamiento mediante constitución de reservas en fondo colectivo; sin embargo, hace ya varios años que colapsó este sistema del IMSS y ha sido necesario hacer frente a las necesidades de pensión cubriéndolas, en su mayoría, con los ingresos corrientes.

Las exigüas reservas que todavía quedan se agotarán en pocos años,- para 1999 -, y el Estado tendrá que asumir las obligaciones correspondientes al sistema actual, en materia de vejez y cesantía, compensando así, en alguna medida, todos los años que omitió cumplir con el compromiso, originalmente contraído con la sociedad, de cubrir al menos el 25% del financiamiento del IMSS.

En algún momento hubo la tentación de intentar el rescate del sistema de fondo colectivo, mediante el traspaso del SAR y/o INFONAVIT a IVCM, pero el más simple cálculo actuarial pone en evidencia que si se recurriese a esa medida extrema, - que además sería de cuestionable legalidad -, lo único que se lograría sería prolongar la agonía del sistema vigente.

Como lo han advertido reiteradamente muchos de los grandes actuarios del mundo, todos los sistemas de pensiones, con estructura financiera de fondo colectivo, tienden al colapso. Pensar que, en el caso de México, pudiera haberse dado una excepción, habría sido totalmente ilusorio.

Para terminar de demostrar la imposibilidad de rescatar el sistema de fondo colectivo del ramo de IVCM del IMSS, bastaría recordar que el fondo per cápita que se requiere sería el equivalente a \$ 15,000 US dólares, mientras que el sistema actual de fondo colectivo del IMSS solo tiene \$ 60 dólares, en promedio, per cápita - lo cual resulta de dividir el saldo, a diciembre de 1994, de \$ 660 millones de dólares entre 11 millones de asegurados y pensionados -; mientras que en Chile, tienen ya, en solo 15 años, un fondo promedio, per cápita, de US \$ 5,000 dólares y esperan completar los US \$15,000 dólares, en 20 años más, con su sistema de cuentas individuales.

En México, para rescatar el sistema de fondo colectivo, habríamos necesitado \$165,000 millones de dólares, como se ve de multiplicar US \$ 15,000 por 11 millones de asegurados y pensionados y solo tenemos menos de \$ 1,000 millones de dólares, por lo que, aún si se hubiera traspasado el saldo actual del SAR e INFONAVIT, que es de \$ 10,000 millones de dólares americanos, se evidencia la imposibilidad que

tuvimos de rescatar el viejo sistema.

Por otra parte, el nuevo sistema de cuentas individuales, operado por múltiples administradoras, ha probado ser, en muchos países, de insuperable eficacia para promover el ahorro interno.

La importancia de esta reforma del régimen de seguridad social y, en particular, del sistema pensionario hace de esta pieza legislativa, según se puede apreciar, la más relevante del presente siglo y podría, sin duda significar el rescate definitivo de la economía nacional.



LA REFORMA DE PENSIONES Y EL DESARROLLO DE LAS RENTAS VITALICIAS

Por: Luis Sosa Gutiérrez

Egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México, donde cursó la carrera de Actuaría. Ocupó los cargos de Director General y Apoderado Ejecutivo en la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C. Actualmente es Presidente y Director General de Acad, Agente de Seguros, S.A. de C.V. y se desempeña como miembro de la Comisión de Seguridad Social del Consejo Coordinador Empresarial.

Mi profesión hizo que tuviera que ir paulatinamente conociendo cada vez con mayor profundidad el esquema mexicano de seguridad social y al mismo tiempo ir profundizando en los esquemas establecidos en diversos países, tanto de los llamados desarrollados, como de los en vías de desarrollo, para implementar los beneficios de la seguridad social.

Prácticamente durante los últimos diez años le he dedicado buena parte de mi tiempo, al análisis de nuestro sistema de seguridad social y participé en diversos grupos de trabajo que hicieron propuestas de solución al «caso mexicano», incluyendo la última propuesta que se convirtió en Ley en el mes de diciembre de 1995.

Estoy convencido que prácticamente se han llevado a cabo las modificaciones necesarias para esta primera etapa, que permitirá que en el mediano plazo tengamos un nuevo sistema de seguridad social que verdaderamente otorgue con certeza, los mínimos beneficios que todos los mexicanos debemos tener, sin el riesgo de ser una carga, que las futuras generaciones no puedan soportar.

Por otra parte, es indiscutible que este nuevo sistema de seguridad social tiene como beneficio adicional el que se constituye en un pilar fundamental del ahorro interno de nuestro país, que tanto necesitamos, de tal manera que nos permitirá iniciar el círculo virtuoso de «ahorro del trabajador-ahorro interno-inversión productiva-acumulación de capital-generación de empleo-incremento de los salarios reales y finalmente un mayor ahorro del trabajador.

Mi exposición la he dividido en tres partes, en la primera hablaré de «Las Reformas» pero en forma particular las que se refieren al tema que me han pedido que exponga,

rentas vitalicias; en la segunda hablaré de las actividades que llevamos a cabo un grupo multidisciplinario y conformado por funcionarios públicos, tanto del Instituto Mexicano del Seguro Social como de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, de las Comisiones Nacionales del Sistema del Ahorro para el Retiro y de Seguros y Fianzas, como funcionarios y asesores del sector asegurador, para establecer las reglas de operación de este nuevo sistema de rentas vitalicias, con el principal objetivo de garantizarle a los asegurados, los beneficios mínimos que marca la ley y mediante una libre competencia, permitir que estos beneficios puedan irse mejorando.

En la tercera parte mencionaré el desarrollo que esperamos se dé en las rentas vitalicias en los próximos años, para concluir con algunos comentarios que considero pertinentes

L a s r e f o r m a s

Con el objeto de poder explicar de mejor manera, los cambios más importantes que se llevaron a cabo en esta reforma y afectan de manera especial a las rentas vitalicias son:

- a) Reclasificación del Régimen Obligatorio
- b) Riesgos de Trabajo
- c) Seguro de Vida e Invalidez
- d) Retiro Cesantía y Vejez

L a s r e n t a s v i t a l i c i a s

En esta parte trataré de exponerles las principales actividades que se llevaron a cabo para definir la reglamentación necesaria que permitiera cumplir con los objetivos que se establecieron en la reforma de nuestro sistema de seguridad social, los cuales podemos resumir en:

Garantizarle a los trabajadores mexicanos el pago de un beneficio mínimo establecido en la Ley del Seguro Social, propiciando mediante un sistema de libre competencia el que estos beneficios mínimos se puedan incrementar, pero sin perder la garantía de los beneficios mínimos; evitar que estos beneficios se vuelvan una carga para las generaciones futuras, por lo que deberán estar financiados desde el inicio al 100% y que los recursos que se acumulen con el tiempo apoyen el desarrollo integral de nuestro país.

Con base en estas premisas lo primero que se estableció en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, fué que las instituciones de seguros que practiquen la operación de los seguros de rentas vitalicias derivadas de

la seguridad social, deberán operar estos seguros de manera exclusiva, con el objeto de que haya una vigilancia muy estrecha por parte de las autoridades.

Sin embargo, se otorgó un plazo de cinco años para que las compañías que operan el ramo de vida, puedan operar estos seguros mediante autorización expresa, pero se exige un capital y el llevar la contabilidad y las inversiones, de manera independiente con el resto de las operaciones.

Por otra parte, de acuerdo con la legislación aprobada, era necesario que se establecieran las bases para determinar el monto constitutivo que se debería pagar a la institución de seguros, para que ésta pueda otorgar las rentas vitalicias establecidas en la Ley del Seguro Social, para lo cual se establecieron grupos de trabajo que definieron las principales variables para su determinación, como fueron:

- Tabla de mortalidad de no inválidos
- Tabla de mortalidad de inválidos
- Directivas médicas
- Tasa de interés
- Parámetro de gastos
- Definición de beneficios
- Nota técnica del monto constitutivo

Posteriormente, se vio la necesidad de establecer un mecanismo de constitución de reservas técnicas que otorguen la seguridad a los asegurados, de que sus beneficios están debidamente garantizados, para lo cual se definieron las siguientes reservas técnicas:

- Reservas de riesgos en curso para los beneficios básicos y para los adicionales.
- Reserva matemática especial.
- Reserva de previsión.
- Reserva de fluctuación de inversiones
- Reserva de obligaciones pendientes de cumplir.

Por otra parte, también se formó un grupo de trabajo para establecer las reglas necesarias para determinar el «capital mínimo de garantía» de esta operación. Con los estudios realizados se definió un capital mínimo del equivalente a \$ 28'000,000.00 de UDIS o el 4% de las reservas de riesgos en curso, lo que sea mayor.

Sin embargo, aún con las reservas técnicas antes mencionadas y el capital mínimo de garantía, se consideró que sería conveniente, por lo menos en los primeros años de operación, la constitución de un «fondo global de contingencia» que se formara con aportaciones de todas las instituciones de seguros, que operen los seguros de rentas vitalicias, derivados de las leyes de seguridad social.

Este fondo global de contingencia se constituirá con aportaciones de dos fuentes, la primera de los flujos de liberación de la reserva de previsión y la segunda por los montos excedentes de la reserva para fluctuación de inversiones, desde luego, que la forma como se estructuró este mecanismo, busca premiar la eficiencia de las instituciones de seguros.

También fue necesario constituir grupos de trabajo, que apoyaran en el diseño de una póliza única, así como un clausulado uniforme, para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que la Ley del Seguro Social le impone a las instituciones de seguros, así como la elaboración de un convenio, que rija la interrelación entre el IMSS y las instituciones de seguros, para evitar problemas en el futuro; todo esto fue concluido con gran éxito de manera conjunta.

Finalmente, quedaban dos puntos adicionales que eran indispensables regular, como era la creación de un sistema estadístico que permita validar las suposiciones que se hicieron y que vaya tomando en cuenta, de manera permanente, los cambios demográficos que se vayan realizando, para actualizar los parámetros técnicos del cálculo del monto constitutivo y evitar sorpresas en el futuro.

El último se refiere a la comercialización para evitar malas prácticas que eleven el costo innecesariamente al asegurado, como ha sucedido en otros países.

Para resumir todos los acuerdos antes mencionados fue necesaria la publicación en el Diario Oficial, de las «Reglas de Operación para los Seguros de Pensiones, derivados de las Leyes de Seguridad Social», las cuales fueron dadas a conocer por la CNSF el 13 de febrero, mediante la Circular S-22.1 la cual tiene el siguiente contenido:

Titulo primero.-	Disposiciones generales, requisitos de autorización y capital mínimo pagado.
Titulo segundo.-	De las reservas técnicas.
Titulo tercero.-	Del registro de bases técnicas y documentación contractual.
Titulo cuarto.-	Del reaseguro.
Titulo quinto.-	Del capital mínimo de garantía.
Titulo sexto.-	Del fondo especial.
Titulo séptimo.-	Del régimen de inversión de las reservas técnicas.
Titulo octavo.-	De la contabilidad

- Título noveno.- De los sistemas estadísticos, de prospectación y de cotización.
- Título décimo.- De la operación de los seguros de pensiones.
Transitorias

Desarrollo esperado

De acuerdo a como se estructuró el nuevo sistema de seguridad social, al no otorgar un «Bono de reconocimiento» a los asegurados de la transición, sino únicamente darles la opción, al momento de llegar a la edad de la cesantía o de la jubilación, de elegir entre la pensión a que se tendría derecho en el antiguo sistema, o la que puede comprarse con el ahorro que se haya constituido desde el inicio de vigencia de la nueva ley a esa fecha, hace que para los próximos veinte años, sea prácticamente imposible que una persona pueda lograr comprar una pensión mayor, con su ahorro individual, que el que le daría el sistema antiguo, razón por la cual el mercado potencial que se tendría en rentas vitalicias, es el que corresponde a los trabajadores afiliados al IMSS bajo el régimen obligatorio que se incapaciten, se invaliden o se mueran.

Las proyecciones que hemos desarrollado de acuerdo con la población asegurada en el régimen obligatorio del Seguro Social, considerando una inflación para 1997 del 18%, para 1998 del 15% y para 1999 en adelante del 10%; con un crecimiento del PIB para 1997 del 5.1%, para 1998, 1999 y 2000 del 4.5% y del 2001 en adelante del 4.0%, nos dan los siguientes Pensionados, Montos Constitutivos y Reservas Acumuladas:

PROYECCIONES DE PENSIONADOS, MONTO CONSTITUTIVO Y RESERVAS ACUMULADAS

AÑO	PENSIONADOS		MONTO CONSTITUTIVO	RESERVAS ACUMULADAS
	AÑO	ACUMULADO		
1997	13,315	13,315	4,305.70	4,328.90
1998	26,567	39,882	8,852.60	12,868.10
1999	30,671	70,553	11,172.00	22,955.50
2000	33,043	103,596	12,586.90	34,581.20
2006	45,774	342,618	18,789.40	115,222.50
2011	52,464	586,453	25,831.30	202,086.20
2016	61,886	874,095	35,530.40	312,022.70

* MILLONES DE PESOS CONSTANTES.

Como se puede observar en el cuadro anterior, el número de pensionados crece de 13,300 en 1997 a poco mas de 45,500 en el 2006 (10 años) y a casi 62,000 en el 2016 (20 años); sin embargo, los pensionados totales para el año 2000 ya serán mas de 100,000, para el 2006 casi 350,000 y para el 2016 cerca de los 900,000, lo que significa un reto importante para el sector asegurador mexicano.

Por otra parte, los montos constitutivos que serán pagados al sector asegurador, serán del orden de los 4,300 millones en 1997 de 12,500 para el año 2000 de 18,800 para el 2006 y de 35,500 para el 2016.

Finalmente, las reservas acumuladas para el año 2000 serán de 34,500 millones de pesos o sea de unos 4,300 millones de dólares y para el 2006 de 115,200 millones de pesos ó 14,400 millones de dólares y para el 2016 de 312,000 millones de pesos o sea 39,000 millones de dólares; con lo cual podemos observar, que efectivamente las proyecciones indican, que este cambio será altamente beneficioso para el desarrollo integral de nuestro país, con lo que indiscutiblemente se dará el círculo virtuoso de que al inicio de nuestra plática hablamos: Ahorro del trabajador-ahorro interno-inversión productiva-acumulación de capital-generación de empleo-incremento de los salarios reales y finalmente mayor ahorro del trabajador.



LA REFORMA DE PENSIONES Y SU ARTICULACION CON EL SISTEMA FINANCIERO

Por: Luis Huerta Rosas

Es actuario por la Universidad Anáhuac, ha sido Presidente del Colegio Nacional de Actuarios, Presidente de la Asociación Mexicana de Actuarios y ha ocupado diversos cargos directivos en varias instituciones de seguros. Actualmente es Director General de Seguros Génesis y Presidente de la Junta de Honor del Colegio Nacional de Actuarios.

El Sistema Financiero Mexicano

El Sistema Financiero Mexicano ha sido un protagonista muy importante en la vida económica de nuestro país a lo largo de este siglo. Sin duda ha apoyado importantes y fundamentales proyectos de inversión que han representado cimientos para el desarrollo de nuestra patria.

Pensar u opinar lo contrario sería absolutamente injusto, sería negar una realidad evidente.

Sin embargo hay que reconocer que no contamos con un sistema financiero sólido y estable. En las últimas dos décadas hemos podido constatar que los cambios en la dinámica económica de México han rebasado por mucho la capacidad del sistema.

Si volteamos a principios de los 70's y comparamos las instituciones de entonces y de ahora si vemos cómo se ha movido la paridad de nuestra moneda; si observamos la gigantesca variabilidad de las tasas de interés, si monitoreamos las principales instituciones del sistema, claramente vemos que éste no fue capaz de apoyar en la solidez económica de la nación ni pudo sobrevivir con integridad todos los embates de este tiempo.

Instituciones que veíamos como sólidos pilares para soportar el desarrollo de la infraestructura necesaria en México para ofrecer a nuestros compatriotas un mejor y promisorio futuro, hoy se encuentran con serios problemas de subsistencia. No sólo no pudieron mantener el ritmo de desarrollo requerido para coadyuvar al crecimiento de México, sino que, además, han tenido que recurrir a socios de otros países para poder permanecer activas.

La actividad bursátil ha tenido en este tiempo grandes momentos de auge al

tiempo que lamentables momentos de crisis.

La banca se estatizó a principios de los 80's. Hace tan sólo un lustro se reprivatizó y ahora ha tenido que ser rescatada con recursos sociales y con inversión foránea.

La industria aseguradora creció a tasas muy modestas y principalmente en seguros anuales como son los de daños y automóviles. Los seguros de vida y pensiones, que por su naturaleza requieren de activos de largo plazo, representaron una proporción muy pequeña del producto interno.

No es objetivo de esta presentación ser crítico con respecto al pasado, sólo se pretende sentar un marco de referencia.

Un sistema financiero basado en: inversiones de corto plazo, expectativas de tipo especulativo, situaciones circunstanciales, no pueden servir de base para el desarrollo de la infraestructura de un país con necesidades de hacerle frente a carencias históricas y a tasas de crecimiento poblacional superiores a la media internacional.

Cuando la mente del inversionista está fija en lo que puede ocurrir en los próximos 15 ó 30 días en vez de 15 ó 30 años, se está expuesto a una gran inestabilidad.

Y siendo honestos, esta ha sido la historia reciente de nuestro sistema financiero.

El Financiamiento de Pensiones en el Sistema Público

Creo que es innegable que desde el surgimiento del sistema de seguridad social en México ha habido grandes avances. Se han proporcionado muchos servicios básicos a un sector cada vez mayor de la población.

Sin embargo, los recursos captados para financiar prestaciones y beneficios de largo plazo como son los de invalidez, fallecimiento y retiro, fueron canalizados a apoyar soluciones a problemas de corto plazo. No se logró que estos recursos ingresaran al sistema financiero con una visión de largo plazo. No se pudieron canalizar al desarrollo de infraestructura. No se pudieron canalizar para respaldar proyectos de inversión de largo plazo.

Nuevamente, es importante aclarar que no se pretende criticar la administración pasada de la seguridad social. Simplemente se destaca que esa importante cantidad de recursos que pudieron haber apoyado la estabilidad financiera de México no fueron aprovechados con ese propósito.

Implicaciones Financieras de la Reforma

La Reforma tiene implicaciones de muchos tipos y en muchas áreas. La parte social, que es sin duda una de las más importantes, no es materia de esta

presentación. Es innegable su impacto positivo en ésta área, pero se enfocará este análisis a las implicaciones financieras, que fue la asignación otorgada.

Si vemos en su conjunto las reservas, con sus activos correspondientes, generados tanto por el seguro social como el privado a la fecha, para financiar las prestaciones de los riesgos que mencionamos como naturales generadores de ahorro de largo plazo, como son la invalidez, el fallecimiento y el retiro, encontramos que ascienden al cierre de '96 a menos de diez mil millones de pesos, lo cual significa un muy modesto y precario 0.3% del producto.

Esta misma cifra, tan sólo en la parte privada, representa en otros países similares entre el 1% y 2% y en países de elevado desarrollo llega a significar hasta un 8%.

Estos activos evidentemente son incapaces de brindar estabilidad alguna a un sistema financiero.

Antes de analizar de qué manera pudiera darse esto, me voy a permitir comentar el impacto que tuvo una reforma similar en Chile, país que como sabemos la llevó a cabo hace 16 años.

La influencia de los fondos de pensiones en el desarrollo del mercado de capitales se ha materializado de las siguientes formas:

a. Asignación de recursos en forma eficiente.

Existe una fuerte competencia entre las administradoras y aseguradoras, siendo la rentabilidad uno de los factores que influyen en el nivel competitivo. Por lo tanto, la competencia obliga a estas entidades a orientar sus inversiones de acuerdo a criterios económicos que busquen optimizar sus rendimientos.

b. Financiamiento de proyectos.

A través de la adquisición de una gran diversidad de instrumentos financieros definidos en la ley, los fondos de pensiones permiten el financiamiento de grandes proyectos de inversión debido al volumen de recursos que acumulan puesto que son los mayores inversionistas institucionales del país. Por lo tanto, un segundo efecto es el hecho de aportar recursos financieros, a través del mercado de capitales, a la inversión en proyectos de gran magnitud que de otra forma serían mas difíciles de financiar.

c. Financiamiento directo a la empresas.

Debido a la posibilidad de los fondos de pensiones de aportar grandes cantidades de recursos al financiamiento de diversas inversiones, muchas

empresas ya no ven solamente en los bancos e instituciones oferentes de capital, sino también a los fondos de pensiones a través de la adquisición, por parte de estos últimos, de títulos representativos de capital o deuda. Es decir, gran parte de los flujos ahorro-inversión se canalizan directamente desde los fondos de pensiones hacia los inversionistas, teniendo como contraparte una caída relativa del rol de financiamiento de la banca comercial a las operaciones del sector privado.

d. Impacto sobre las bolsas de valores.

Dado que la ley exige que todas las transacciones que realicen los fondos de pensiones deban efectuarse en mercados secundarios y primarios formales autorizados, el principal impacto de estos sobre las bolsas de valores ha sido de mayor profundidad y transparencia a estos mercados y ha derivado en la mayor eficiencia de estas bolsas, las que han perfeccionado continuamente sus sistemas de información y mecanismos de negociación.

e. Clasificación de riesgo.

Otra área en que ha influido el régimen previsional y que también ha sido importante para el desarrollo del mercado de capitales, es la industria de clasificación de riesgo (calificación de instrumentos), elemento relevante para el buen funcionamiento y transparencia del mercado de capitales.

f. Nuevos instrumentos financieros.

El gran volumen de recursos que administran los fondos de pensiones y los límites establecidos para la inversión, han permitido la creación de nuevos tipos de instrumentos financieros y el desarrollo de otros, que si bien existían, no estaban del todo desarrollados. Esto con el fin de satisfacer la demanda por nuevos títulos en la medida que se incrementaban los fondos de pensiones.

g. Resultados en los primeros 15 años de operación.

Desde el inicio del sistema privado de pensiones en Chile, el impacto sobre el mercado financiero ha sido determinante. El mercado accionario se ha incrementado en 19 veces. En el caso del mercado de deuda se ha incrementado en 90 veces.

Volviendo a las perspectivas en México, un punto muy importante a considerar será el régimen de inversión que seguirán las AFORES, ya que se espera que el primer año de operación sólo existirá una sola SIEFORE y sólo podrá invertir en instrumentos de deuda, públicas y privados. Sería a partir de julio de 1998, donde

se podría autorizar a las AFORES a tener mas de una SIEFORE y poder acceder el mercado accionario, que entonces si podríamos decir que las AFORES están contribuyendo directamente al crecimiento de la planta productiva del país.

A continuación podemos observar una tabla que nos señala el impacto aproximado que tendría la inversión de las AFORES en el mercado accionario:

IMPACTO DE LAS AFORES SOBRE EL MERCADO ACCIONARIO

PENSIONES		PENSIONES Y RENTAS VITALICIAS
% Cartera	% de peso en mercado accionario	% de peso en mercado accionario
10	0.58	2.68
20	1.17	5.36
30	1.75	8.03
	60,000 millones pesos	1,150,000 millones pesos

En el mercado de deuda, es de esperarse que el impacto sea mucho mayor, particularmente en instrumentos de financiamiento de largo plazo. Destacarán en este sentido los bonos corporativos, vivienda y banca de desarrollo para el impulso de infraestructura.



LA MODERNIZACIÓN DEL ESTADO, LA DESCENTRALIZACIÓN Y LA REFORMA EN EL SECTOR SALUD: UNA VISIÓN REGIONAL AMERICANA

Por: **Jose Maria Marín**

Es Español de nacionalidad. Tiene formación en Filosofía, en Antropología, Administración, con especialidad en Desarrollo Institucional y Administración Pública de Servicios de Salud. Es Asesor Regional en Administración de Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Funcionario de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, habiendo desempeñado funciones en Colombia, Costa Rica, Guatemala y actualmente en Washington.

Previo a identificar específicamente qué cambios se observan y hacia qué dirección se dirigen los procesos de reforma sectorial, permítanme comentar un poco sobre el "por qué" de la reforma en salud para después hacer una caracterización global de dichos procesos de reforma sectorial, sin entrar a especificarlos en detalle porque cambian de país a país, pues no hay -y consideramos que no debe haber- ni un modelo único, ni una receta única sino un proceso peculiar en cada coyuntura nacional. Posteriormente, trataré de presentar un perfil global de los elementos comunes observados en los diferentes procesos nacionales en el tema de descentralización.

Quisiera partir de la pregunta ¿ por qué los procesos de reforma?

El contexto en el que sobreviven los sistemas de salud, -y obviamente el contexto voy a presentarlo sesgado hacia el tema que me corresponde- la descentralización en la organización y provisión de servicios, se caracteriza por el conflicto entre los recursos y los problemas.

Con frecuencia se ha caído en la superficialidad de señalar que el problema reside exclusivamente en la escasez de recursos. Si bien reconocemos que hay una brecha entre recursos y necesidades, adicionalmente -y esto creo que es uno de los principales argumentos que están motivando las reformas- hay que plantearse la cuestión sobre el rendimiento y productividad social de los recursos que están disponibles o que son movilizables: ¿cuál es la eficiencia en su gestión? ¿qué eficacia hay en su utilización? ¿con qué equidad se están distribuyendo y asignando? Visualicemos por un momento al sector salud en la región como una

gran empresa con una fuerza laboral representada por cerca de siete millones de profesionales de salud, que maneja una infraestructura de atención médica de ochenta mil establecimientos entre hospitales y unidades ambulatorias y que en su funcionamiento utiliza más de cincuenta y un mil quinientos millones de dólares al año. Sin embargo, con todos esos recursos aún encontramos a ciento sesenta millones de personas en el continente americano sin cobertura. Y como ejemplo de que el problema no lo podemos simplificar a una cuestión de disponibilidad de recursos, valga recordar que sólo en Estados Unidos de América, sabemos el alto porcentaje del producto interno bruto que dedica a salud, hay más de treinta millones de ciudadanos sin cobertura de servicios de salud. En el ámbito de América Latina, un 23% de la población se encuentra sin acceso a servicios de salud. De un millón y medio de muertes evitables en América Latina, el 70% ocurre en menores de 15 años.

Este es el drama que de alguna manera plantea cuestiones no sólo a nivel de los estamentos políticos y de expertos, sino también a nivel de toda la sociedad: la legitimidad, la credibilidad y la sostenibilidad de los sistemas de salud. Por ello, sugiero partir de varias cuestiones relacionadas con el título asignado a esta ponencia que muy rápidamente voy a enunciar, sin pretensiones de dar un tratamiento exhaustivo a cada una de ellas.

La primera cuestión surgió sobre el desarrollo. La discusión ha estado por años polarizada en: ¿qué es primero, el desarrollo social o el desarrollo económico? El consenso formado sobre los factores estructurales de la crisis económica y los escasos logros sociales de las políticas de estabilización, ajuste y crecimiento, ha permitido la unificación de criterios en cuanto al cambio de estilos en la gestión del desarrollo hacia esfuerzos más integrales. Ahora la pregunta correcta parece ser: ¿el modelo de desarrollo vigente hasta estos años atrás es el adecuado? La cuestión empieza a resolverse en términos del enfoque de desarrollo centrado en la persona humana; un desarrollo que ofrezca a todas las personas igualdad de oportunidades para realizarse a plenitud como ser humano, con el compromiso y la participación de cada una de ellas. No se trata del conflicto entre el desarrollo social y el económico, sino el desarrollo entendido como una sola moneda que tiene dos caras ineludiblemente unidas: el desarrollo de la persona humana en sus dimensiones económica y social.

Cualquier estrategia de desarrollo para el futuro tendrá que integrar varios objetivos, entre los cuales se encuentran la aceleración del crecimiento económico, la reducción de la pobreza, el desarrollo del capital humano y la preservación del entorno físico, con una intencionalidad explícita de desarrollo de y para las personas, y mediante una abierta participación social.

La integralidad del enfoque supone estrategias que buscan la solución de los

problemas económicos y sociales, como componentes de un único proceso de desarrollo, para lo cual es necesario alcanzar un alto grado de participación política del gobierno, de todos los sectores y de todos los grupos sociales en la generación y la distribución de condiciones y niveles de bienestar.

Este cuestionamiento y esta búsqueda para superar el mencionado conflicto en términos del modelo de desarrollo humano conlleva la segunda cuestión sobre la modernización del Estado. ¿Es el Estado, en los términos en que actualmente se configura, el instrumento pertinente para poder hacer efectivo ese nuevo paradigma del desarrollo?

Y se han planteado muchos esquemas para abordar la “modernización”: ¿la solución es dotar de nueva tecnología a una estructura obsoleta? ¿el problema realmente es el tamaño de algunos de los instrumentos del Estado como son el gobierno y la administración pública?

Consideramos que éste es apenas la “punta del iceberg”. O ¿será más bien una reacción de espanto, positiva, ante las propias deformaciones que la administración pública tiene en la gestión del desarrollo y un requerimiento de cambios que los signos de los nuevos tiempos plantean?

Las presiones impuestas al Estado, tanto por las críticas situaciones internas como por las tendencias globales del desarrollo, consecuentemente demandan modificar las estructuras tradicionales del Gobierno y la revisión de su participación en el desarrollo y de sus relaciones con la sociedad civil, alejándolo de funciones accesorias y en las que no es suficiente, pero haciéndolas más fuerte y capaz en las funciones que le corresponde y es irremplazable, como son muchas de las que tienen que ver con el desarrollo social y la prestación de servicios de salud, para encontrar el adecuado balance entre las funciones de las instituciones públicas, como instrumentos para ejecutar la voluntad nacional, y la participación de todos los demás actores sociales con el fin de asegurar que el Estado ejerza las acciones, y las responsabilidades que debe y no puede dejar de cumplir con eficiencia y eficacia.

El eje fundamental de todas las propuestas de modernización del Estado consiste en la redefinición de las relaciones de las estructuras de gobierno frente a la economía y la sociedad civil. Alrededor de este núcleo se articulan varios elementos comunes a estas reformas: el fortalecimiento del poder regulador y de producción de políticas públicas, el reordenamiento de las relaciones económicas, el incremento de la productividad para tener mejores condiciones de competitividad, la reducción del gasto social, la focalización del gasto hacia los sectores más necesitados, la reforma tributaria y la mejora de la transparencia y control del gasto, la desgubernamentalización de la producción de bienes y los servicios públicos, el fortalecimiento de una democracia participativa mediante la

reforma electoral y el fortalecimiento de los partidos políticos, el redimensionamiento de las instituciones del gobierno, la descentralización y la participación social.

Se busca un Estado que asegure la cohesión social, la creación de condiciones que mejoren la producción y la productividad nacional y, sobre todo, la equidad y la vigencia de los valores de democracia y participación social.

Por lo tanto, la propuesta de cambio no reside necesariamente en la reducción del aparato gubernamental, sino que debe concentrarse en una readecuación para lograr que éste cumpla con transparencia, eficiencia y eficacia los papeles y responsabilidades que debe y no puede dejar de cumplir, en especial, que inciden en la productividad y la equidad.

Se trata de lograr una presencia gubernamental más efectiva en las decisiones de orientación y movilización de los recursos nacionales hacia un desarrollo que conduzca a niveles mayores de justicia y bienestar social, tanto para la generación actual como para las futuras. En resumen, este compromiso de modernización del Estado para el desarrollo humano exige un nuevo rol del Gobierno y un cambio en sus relaciones con la economía y la sociedad, buscando, por un lado, una mayor productividad para la competitividad y una mayor participación corresponsable para hacer efectivo el principio de equidad, por el otro. En ello la descentralización es imprescindible.

La tercera cuestión que se plantea es el asunto del financiamiento. Ya les comente que considero que se ha caído también en algunas posiciones simplistas en el tratamiento de este tema, sobre todo cuando toda una cuestión de tal magnitud se restringe a sólo el problema de escasez; y por lo tanto, en tal supuesto, lo que se tendría que hacer es esperar que llegue la llamada de algún benefactor interno o externo que diga: "ahí van unos millones más" que habría que ver como se gastan. Y la pregunta que surge es: ¿para hacer qué y cómo? Realmente consideramos que no es suficiente sólo esperar a recibir; sino que es necesario, primero, adoptar una actitud proactiva para movilizar potencialidades presentes en toda sociedad y, segundo, desarrollar una capacidad gerencial para optimizar los recursos de forma que sean más productivos socialmente, en función de esos objetivos de desarrollo que cada sociedad, que cada Estado, que cada país tiene. De nuevo, la descentralización es esencial en este abordaje.

Estas tres cuestiones básicas condicionan el planteamiento del tema de la reforma del sector salud. A estas tres grandes cuestiones se agrega otro factor más directamente relacionado con la salud que ha incidido en este proceso de cambio, en esta tendencia de los procesos de reforma sectorial. Es el redimensionamiento del concepto de salud. La salud se plantea trascendiendo lo biológico para

entenderse como componente necesario del bienestar y rebasando la acción institucional eminentemente clínica para asumirse como un proceso social, en el que diversos actores sociales y no solamente los proveedores de los servicios médicos de salud, abordan aquellos factores que como resultante producen un estado de salud, entendida ésta como bienestar de los individuos y las comunidades. Una vez más, la descentralización es necesaria.

De esta nueva concepción de salud en el desarrollo, el quehacer del sector salud excede los marcos limitados de la tradicional visión sanitaria para considerar los factores de condiciones de vida y bienestar social; esto impone la necesidad de que las formas de actuación sectorial sean revisadas y replanteadas como un campo de intervención intersectorial de múltiples actores sociales en proceso biológico, ecológico, cultural y socioeconómicos predominantes en una sociedad y en un momento dados.

Estos nuevos paradigmas que se están construyendo han puesto a los sistemas de salud en crisis; están afectados por una crisis de tipo política, económica, social -y entiendo la crisis no en términos peyorativos, sino como transformación del estado presente no satisfactorio en búsqueda de nuevas respuestas a las preguntas planteadas por la realidad de una insuficiencia de las respuestas institucionales-. Hay una brecha entre lo que se puede hacer y lo que se hace con los recursos que realmente se dispone, porque están siendo marejados con un alto grado de ineficiencia, con baja eficacia y con grandes problemas de desigualdad en la distribución y el acceso; lo cual está produciendo una deuda social acumulada que crece permanentemente como bola de nieve. Las instituciones del sector salud fueron seriamente cuestionadas en cuanto a su rol social como instrumentos de desarrollo. Ello demanda un proceso de revisión y reformulación de su organización y formas de actuación, buscando el fortalecimiento de la gestión local de políticas públicas sociales, con un enfoque estratégico, en referencia a los procesos de desarrollo y bienestar de conjuntos sociales concretos. Ante ello, los sistemas de salud se ven obligados a enfrentar ciertos retos de los cuales quizás nos convenga resaltar algunas metas específicas:

Lo primero es redimensionar la salud como componente del desarrollo y no como gasto necesario o aporte marginal al proceso de desarrollo humano.

En segundo lugar, universalizar la cobertura con servicios básicos para hacer efectivo el derecho igual de todos a satisfacer sus necesidades de salud.

Tercero: proveer una atención más efectiva con servicios integrales y de calidad accesibles para todos.

Y para ello, cuarto, se requiere redefinir las formas de conducción, de organización y provisión, y de financiamiento de los sistemas de salud; para que, en quinto

lugar, la gestión sanitaria tenga mayor eficiencia, eficacia, calidad con participación activa y responsable de la sociedad de tal manera que la capacidad operativa, productiva, de esa empresa de salud que maneja el volumen de recursos enunciados pueda realmente cumplir como factor fundamental del desarrollo humano.

En estos propósitos se reconoce que el reto nuclear es la equidad que se convierte, consecuentemente, en el objetivo central de los procesos de reforma y así lo ha explicitado la mayoría de los países. Se parte de la premisa de que la equidad es el principio sustantivo de la reforma sectorial, de profundo sentido gerencial por su estrecha relación con los fines últimos de las instituciones del sector y sin ella no es posible lograr una distribución justa de los servicios de salud en la sociedad.

Por ello, y para ello actualmente se propone y ejecuta reformas sectoriales, que han dominado la agenda política de los países de la región en los últimos años. Así es como los procesos de reforma sectorial de salud surgen como respuesta a una serie de factores económicos, sociales y políticos, -condicionantes externos-, además de los argumentos epidemiológicos y gerenciales al interior del sector.

Reconociendo la diversidad de los procesos nacionales, en las propuestas de reforma sectorial se identifica como el propósito general el de mejorar el nivel de salud de toda la población. Junto a ese propósito, las motivaciones más frecuentes aducidas para iniciar un proceso de reforma pueden ser resumidas en las siguientes razones:

- Retos derivados de los cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos.
- Persistencia de inequidades en las condiciones de salud y en el acceso a los servicios.
- Ineficiencia en la asignación de recursos y en la gestión de los servicios.
- Deficiencias en la calidad de los servicios.
- Dificultades derivadas de la sostenibilidad de los servicios públicos de salud.

Sin perjuicio de la lógica diversidad entre países, las reformas en general parten de una serie de principios fundamentales, entre los que destacan:

- Fomentar la equidad en el estado de salud, en el acceso de los servicios y en el financiamiento de los mismos;
- Mejorar la calidad de la atención, tanto desde la perspectiva técnica del proveedor como desde el punto de vista del derecho del usuario;

- Aumentar la eficiencia del gasto en salud y de la asignación y gestión de los recursos;
- Asegurar la sostenibilidad, tanto en términos de legitimación como de financiamiento:
- Impulsar la participación social en la planificación, la gestión, la provisión y la evaluación.

La reforma del sector salud, como un componente específico de la modernización del Estado, está entonces dirigida a lograr una situación futura de mayor equidad, eficacia, eficiencia, calidad, transparencia y participación en la formulación de políticas de salud y en la regulación, organización, financiación, gestión y provisión de la atención sanitaria.

La reforma sectorial, con esta direccionalidad dentro del proceso de desarrollo necesario, es en la actualidad coyuntural algo absolutamente indispensable. Cada país, cada sociedad tiene que definir las características específicas de esta reforma. Pero en todo caso parece imprescindible que la transformación sectorial se oriente a mejorar la equidad en el acceso a los servicios de salud y en la distribución de las cargas económicas; procure un mayor nivel de articulación interna, en todos los planos y de coordinación con los demás sectores, se necesita una mejor definición de las funciones de dirección y vigilancia, o sea de la rectoría del sector, y una redefinición en cuanto a las funciones de financiamiento y provisión; se requiere tener mayor capacidad de movilización de los diversos actores sociales para que participen en la definición, financiación, provisión y control de la prestación de los servicios; y se deberá establecer una relación de mutua responsabilidad entre los prestadores de servicios de salud y las poblaciones que reciben dichos servicios. Ello también supone una política de descentralización.

Asumiendo el riesgo de parecer simplista, trataré de caracterizar los procesos de reforma con elementos generales que, en alguna forma y en más o menos grado, tienen un común la mayoría de las propuestas nacionales. No todos los elementos que enunciaré están presentes en todos los modelos, pero son lo que vemos en forma más constante en las propuestas de reforma que están siendo planteados en los países de la región: 1) la formulación de políticas saludables, dentro del modelo de desarrollo nacional; 2) la descentralización y la participación social; 3) la tendencia a la separación de las tres funciones; la rectoría, el financiamiento y la provisión de servicios; 4) una oferta de paquetes o canastas básicas de servicios focalizados hacia grupos y problemas más prioritarios por su postergación con el propósito de optimizar con productividad social los recursos públicos; 5) la adopción de nuevas formas de financiamiento y pago de servicios; 6) una readecuación del aparato prestador; y 7) el establecimiento de nuevas formas de gestión. Todo

ello orientado a que el sector adquiriera un nuevo perfil, una nueva institucionalidad, que le permita lograr el objetivo de cobertura universal cumpliendo con ciertos criterios de eficiencia, de calidad de participación y de sostenibilidad.

No obstante la amplia justificación y la magnitud de la tarea comentadas, creo conveniente plantear, precisamente entre expertos, la tensión que consideramos que los procesos de reforma sectorial tienen en la actualidad en la medida que las intervenciones que contemplan están incidiendo en aquellos componentes que menos impacto tienen en las condiciones de salud. Nosotros sabemos bien que los determinantes de tipo político y económico, y algunos otros factores condicionantes del perfil del bienestar, no están siendo afectados por los procesos de reforma con la misma intensidad que, por la concentración que tienen los proyectos que los acompañan, lo están siendo las nuevas formas de organizar, proveer y financiar los servicios de salud.

La anterior afirmación no demerita la importancia de abordar el tema de los servicios de salud. Los servicios de salud, y ello implica una decisión coyuntural y estratégica, deben ser modificados, ciertamente; pero es necesario tener conciencia de que las intervenciones para el cambio de los sistemas de salud no pueden reducirse a la modificación de la organización, porque el impacto de las reformas en la mejora de la salud, que es su objetivo; sería relativamente pequeño.

Hay dos salidas posibles de este conflicto. Por un lado, el redimensionamiento de los procesos de reforma hacia intervenciones más allá de la mera organización, provisión y financiamiento de los servicios; pero por otro lado, también, el relacionamiento sinérgico del proceso de reforma sectorial con otros procesos de transformación en un marco más amplio de modernización del Estado. En ambas opciones juega un papel de trascendencia estratégica la política de descentralización; que -como hemos visto- es un tema presente tanto en los esfuerzos de modernización del Estado como en los procesos de reforma de los sistemas de salud.

Planteado el tema del contexto, el ámbito y los propósitos de los procesos de reforma sectorial, la pregunta sobre los cambios en la *organización de los sistemas de salud* se resuelve, en síntesis, mediante la opción en cuanto a las diferentes formas posibles de combinar, por un lado, las funciones y, por otro lado, los actores. Las tres funciones que con que se ha caracterizado el quehacer de los sistemas de salud, en las propuestas de reforma, son: la rectoría, la provisión y el financiamiento. Y a los actores los podemos clasificar en los sectores público y privado, y la sociedad en general. Las distintas formas de organizar significan el peso relativo que se decida asignar al sector público en términos de mayor o menor función de provisión, en relación con el que pueda tener y las responsabilidades que se les pueda delegar y asumir al sector privado en términos

de financiamiento y provisión; manteniendo la función rectora en el sector gubernamental. En esta dirección están moviendo las diferentes alternativas que en América Latina y el Caribe están siendo probadas.

Un elemento substancial presente en muchas reformas consiste en redefinir los roles del gobierno central y los gobiernos regionales y locales del sector público, de los sectores llamados solidario (ONGs, beneficencias, Iglesias, etc.) y privado, y de la comunidad en la gestión de los sistemas y servicios de salud, para cumplir los mandatos derivados del proceso de modernización del Estado y garantizar la atención prioritaria a los grupos más postergados o vulnerables. En consecuencia, se está diseñando estrategias de descentralización que acrecienten al máximo el acercamiento de los servicios a los usuarios y reduzcan al mínimo los riesgos de transferir obligaciones a quienes no cuenten con recursos o capacidad de gestión suficientes para sumirlas. En todo caso, se afirma la responsabilidad, como garante del acceso equitativo de todos los ciudadanos a los servicios de salud, de los poderes públicos y, en particular, del gobierno central mediante el ejercicio de las funciones de condición y regulación.

En la organización de los sistemas de salud, se destaca el énfasis de las propuestas para ampliar la cobertura, mejorar el impacto en el estado de salud y asegurar la equidad en el acceso a la atención de los grupos poblacionales que carecen de acceso regular a servicios básicos de salud, estableciendo sistemas de seguros universales de salud.

Los cambios en la organización de los sistemas para la provisión de los servicios también están considerando la separación de funciones; la combinación de lo público y lo privado, cada vez más creciente, nuevas formas de contratación de servicios; y la focalización de paquetes básicos hacia problemas y grupos prioritarios para optimizar el rendimiento de los servicios públicos.

En líneas generales, también haciendo una sobre-simplificación para traer a su memoria lo que está pasando en los países que ustedes bien conocen, he resumido las alternativas que están discutiéndose en cuanto a organización de los sistemas de salud en dos grandes líneas de cambio. Por un lado, la creación o la consolidación de sistemas nacionales de salud cada vez más orientado a sistemas de seguros nacionales. Por otro, la creación o la consolidación de sistemas nacionales de salud cada vez más orientados a sistemas de seguros nacionales. Por otro lado, el esquema de descentralización buscando la apertura de espacios a una mayor participación de otros actores sociales además del gobierno central y no necesariamente bajo fórmulas cerradas que pudiéramos llamar de "privatización", considerada ésta como una modalidad más para la apertura de espacio a otros actores sociales, entre ellos al sector privado en los esquemas de provisión de servicios en una forma crítica y gradual, sin recetas; no todos los

países están dispuestos y están en condiciones de poder adoptar posiciones externas en cuanto a estos procesos de descentralización, porque muchas veces resultan atentando contra las posibilidades de acceso de los servicios de salud de los más postergados; siendo que la descentralización procura y busca acercar la capacidad de respuesta que el Estado tiene a los usuarios en la satisfacción de sus necesidades.

En el campo de la *provisión de los servicios*, las reformas pretenden mejorar la eficiencia, la calidad, la productividad, la sostenibilidad y la cobertura de los servicios. En primer lugar, se pretende ampliar el número y variedad de los proveedores públicos y privados sin y con ánimo de lucro, mediante mecanismos de mezcla de lo público y lo privado contratados por el sector público, de tal manera que aumenten las posibilidades de elección de financiadores y usuarios; además, se trata de reestructurar los hospitales públicos como empresas de servicios con autonomía de gestión y capacidad de recuperar costos.

Una segunda característica de los procesos de reforma en materia de provisión de los servicios es la redefinición de los modelos de atención con énfasis en la integralidad y la participación social, donde se destaca un aumento del peso relativo de la atención ambulatoria en la comunidad, de base promocional y preventiva en articulación con acciones intersectoriales en favor de la salud.

Una opción importante en la provisión de servicios consiste la ordenación de la atención definiendo conjuntos básicos de prestaciones diferenciados en función de los perfiles epidemiológicos prevalentes, la disponibilidad de recursos, las preferencias de las comunidades y las opciones de política de cada país, con el fin de focalizar los recursos disponibles y la oferta de servicios hacia los grupos y problemas prioritarios.

Habiéndose generalizado la idea de que una asistencia de calidad tiende a ser más eficiente y, a menudo, más solidaria y humana, se promueven asimismo programas de garantía de la calidad que incluyen la habilitación, categorización y acreditación de los establecimientos y del ejercicio profesional de salud.

En la mayoría de las reformas, se intenta modificar las formas de gestión e introducir incentivos que estimulen la eficiencia y desalienten la sobreprestación de servicios y el uso inapropiado de tecnologías complejas, estableciendo sistemas para medir la producción, incentivar la productividad y controlar los costos. Con el mismo propósito se está adoptando nuevas formas de contratación a terceros de servicios de atención y de apoyo logístico.

También se está incorporando mecanismos de incremento de la competencia interna; entre ellos, facilitar la libre elección, sistemas diferentes de remuneración y pago, y formas de subsidio a la demanda para hacer factible que el usuario que, hoy por hoy está dependiendo de la oferta, pueda él de alguna manera empezar

a modular la oferta en función de sus necesidades, expectativas y derechos.

En resumen, las políticas en cuanto a organización y provisión están apuntando hacia implantar modalidades de seguros nacionales y de contratación de servicios a proveedores privados, donde los gobiernos mantienen la responsabilidad pero compran servicios bajo diferentes modalidades a proveedores del sector privado; impulsando los procesos de descentralización y de participación social; estableciendo esquemas de universalización de la seguridad, promoviendo mecanismos de seguros privados; transfiriendo alguna responsabilidad en las prestaciones, como puede ser la progresiva incorporación de la atención preventiva en la práctica privada bajo los conceptos de promoción de salud, de los conceptos de atención gerenciada y municipios saludables; la focalización de servicios orientando los recursos y servicios públicos hacia grupos y problemas prioritarios; y, por último, convocando a una mayor responsabilidad y menor dependencia al sector privado, a los individuos y a las comunidades. (Todavía hay constituciones nacionales que dicen que la salud es un derecho de todos y una responsabilidad del gobierno; formulación que de alguna manera ha generado una "deresponsabilización" individual y colectiva frente a la salud como bien individual y social; al punto que coexisten prácticas no saludables con las demandas al gobierno para que cure las consecuencias de dichas prácticas).

Es una caracterización muy genérica que surge del análisis de los grandes lineamientos rectores sobre los cambios en organización y provisión con que los países están abordando los procesos de reforma sectorial, que en síntesis se presenta en el siguiente cuadro.

POLITICAS ADOPTADAS PARA EL CAMBIO EN LA ORGANIZACION Y PROVISION DE LOS SERVICIOS

FILIPINA	APLICACION
SISTEMAS NACIONALES DE SALUD D DE SEGURIDAD SOCIAL	ESTABLECIMIENTO DE SEGUROS NACIONALES DE SALUD CON FINANCIAMIENTO MIXTO
CONTRATACION DE SERVICIOS A PROVEEDORES PRIVADOS	GOBIERNO MANTIENE RESPONSABILIDAD QUE EJERCE COMPRANDO PAQUETES DE SERVICIOS A PROVEEDORES PRIVADOS
DESCENTRALIZACION CON PARTICIPACION SOCIAL	PROMOVIENDO SEGUROS PRIVADOS TRANSFIRIENDO COBERTURAS AL SECTOR PRIVADO. AUMENTANDO LAS RESPONSABILIDADES INDIVIDUALES Y GRUPALES
INCREMENTO DE COMPETENCIA INTERNA	FACILITANDO LIBRE ELECCION, CAMBIANDO SISTEMA DE PAGD, SUBSIDIANDD A LA DEMANDA
PROMOCION DE MEDICINA PREVENTIVA EN LA PRACTICA PRIVADA	ESTABLECIENDD SISTEMAS DE ATENCION GERENCIADA, IMPULSANDO LA PRDMOCION DE LA SALUD Y LOS MUNICIPIOS SALUDABLES
FOCALIZACION DE SERVICIOS	ORIENTANDD LOS RECURSOS Y SERVICIOS PUBLICOS A LOS GRUPOS Y PRBLEMAS MAS NECESITADDS

En materia de financiamiento se parte de la constatación de que los recursos públicos son insuficientes para atender las necesidades presentes y los incrementos esperados, y de que los escasos recursos disponibles no están siendo administrados eficientemente. Desde muy pronto, los procesos de reforma en los países han tratado de identificar y movilizar fuentes de financiamiento adicionales, hallar la combinación más adecuada de ellas y orientar el gasto con criterios de equidad y eficiencia.

Esto hace evidente la necesidad de analizar el tema del financiamiento desde una perspectiva integral, de forma que se evalúe las distintas modalidades existentes o propuestas, no solo en función de su capacidad para generar fondos o recuperar costos en el nivel donde son aplicados, sino en función de sus potenciales efectos sobre la asignación y utilización de los recursos.

Un elemento común a los procesos de reforma es que reconocen que el financiamiento público no requiere ir ineludiblemente unido a la provisión pública de servicios, por lo que tienden a separar las funciones del financiamiento y provisión; asignando la adopción, implantación y evaluación de las distintas opciones de financiamiento como responsabilidad gubernamental. Otro elemento es la preocupación por la equidad financiera, es decir, por la adopción de mecanismos de financiamiento que distribuyan adecuadamente cargas y beneficios, y no desalienten de usar los servicios a quienes no tienen capacidad de pago; además, se trata que el financiamiento público reasigne los recursos hacia actividades, servicios, programas y grupos sociales, mediante los cuales se fomente la equidad y que resulten costo-efectivos.

Para garantizar la sostenibilidad financiera en salud, las reformas tratan de ajustar el nivel de gasto y su financiamiento a las posibilidades de la economía nacional, las cuales determinan tanto la capacidad de financiamiento público como las capacidades de pago individuales. Para ello, entre otras cosas, tratan de mejorar los sistemas de asignación, utilización y control de los servicios y recursos -tanto a nivel nacional como de establecimientos sanitarios-; de elaborar escenarios del comportamiento de las principales fuentes de financiación y de las principales partidas del gasto sanitario público y privado; de establecer formas de recuperación de costos, y de buscar fórmulas de complementariedad entre los esquemas de aseguramiento sanitario público y privado.

Haciendo conexión del tema de la organización y provisión de servicios con el tema de financiamiento, el modelo más vigente estaba concentrado en un financiamiento público y una prestación pública, con algo de financiamiento privado para aquellos que podían comprar los servicios a los proveedores privados. Se está desplazando el esquema hacia utilizar el financiamiento público para comprar servicios a proveedores privados mediante diferentes modalidades. Está disminuyendo el esquema de compra de servicios a establecimientos públicos

con financiamiento privado. Está aumentando el esquema de mayor participación y responsabilidad individual y colectiva; y, en la medida de las posibilidades económicas de los grupos y de las personas, el esquema de la provisión privada con financiamiento privado, principalmente mediante los mecanismos de seguros privados, y de la compra y pago directo por los usuarios.

Fundamentalmente en esta dinámica de cambio la descentralización se ha revalorizado. En medio de la crisis social, económica y política imperante en la región de las Américas, se ha profundizado una toma de conciencia de las implicaciones y brecha creciente que dichas crisis imponía al sector salud ante su compromiso de la meta social de "Salud para Todos", con especial atención a los aspectos de desarrollo de la capacidad operativa y resolutive de los servicios de salud a nivel local, en énfasis en su relación con la estrategia de Atención Primaria de Salud y la atención a los problemas prioritarios presentes en los grupos más postergados y vulnerables.

Consecuentemente, una serie de esfuerzos tendientes a intervenir con intensidad y urgencia en los aspectos más críticos del incremento de la capacidad operativa y resolutive de los servicios de salud a nivel local se han venido realizando con el propósito de hacer una contribución efectiva al establecimiento de la equidad entre los grupos sociales y a la satisfacción de las necesidades básicas de los grupos más postergados; siendo el eje de dichos esfuerzos la "política de descentralización".

Desde hace tiempo se ha estado afirmando que el enfoque, dimensión y prácticas de la administración tradicional, eminentemente centralizada y centralizadora, prevalentes en los sistemas de salud de la región no se consideraban suficientes ni adecuados para el incremento de la capacidad de resolución de problemas de salud y de aportación al desarrollo nacional, pues la complejidad de sus desafíos demandaba una capacidad gerencial, institucional e interinstitucional con nuevos enfoques y dimensión.

Uno de los puntos críticos de este desafío se encontraba en la inadecuada estructura institucional de los sistemas nacionales de salud, por la relación entre los recursos que concentraban y los beneficios que por medio de ellos se hacen llegar a los distintos sectores socioeconómicos de la población, conformando de hecho una relación inversa entre los niveles de necesidad y riesgo y los patrones de distribución de recursos.

Por eso, los países de la región adoptaron la política de descentralización acompañada de la estrategia de fortalecer los sistemas locales de salud, como medios para lograr la transformación de los sistemas nacionales de salud y el incremento de la capacidad operativa y resolutive de éstos.

El desarrollo de los sistemas locales de salud se constituyó en la opción para concretar la política de descentralización vigente en todos los países de la región; para ello se requería la transferencia de competencias y poderes de decisión a otros niveles de la estructura de los sistemas nacionales de salud, constituyendo instancias locales de gestión desconcentrada de los servicios de salud. Ello llevó a considerar los aspectos de descentralización y desconcentración del sector salud.

Para una distribución equitativa de los servicios era preciso considerar medidas para eliminar todas las restricciones para que todos tengan acceso y uso igualitarios de los servicios en igualdad de condiciones de salud; tales como nueva estructura y diagramación de la red de recursos y servicios del sector salud y el estímulo al empleo y a la utilización universal de los servicios, así como el establecimiento de nuevos criterios para la asignación y reasignación de los recursos en cada grupo social, de acuerdo con su cultura y posibilidades.

La política de descentralización se proclama como factor condicionante y determinante -una estrategia instrumental- para el desarrollo de la capacidad operativa y el proceso efectivo de transferir facultades, programas, recursos y competencias a efecto de fortalecer la toma de decisiones en el lugar donde se generan los problemas, no como un fin, sino como un medio por el cual se pueda ir creando mejores condiciones de alcanzar la equidad, el impacto y la eficiencia en las acciones de los sistemas nacionales requeridas para la aplicación de la estrategia de atención primaria de salud y el cumplimiento de las metas de salud para todos y por todos.

Por ello surgió la opción de fortalecimiento de los sistemas locales de salud, en primera instancia, mediante procesos de *desconcentración* de los niveles centrales a los locales dentro del aparato público del sector, buscando mayor capacidad de respuesta a los requerimientos de la población, y la consecuente necesidad de un cambio fundamental en las actitudes básicas del comportamiento gerencial de los funcionarios.

En este contexto, el tema de descentralización-desconcentración adquirió una especial vigencia, y el debate fundamentado sobre ello fue un factor estimulante en los esfuerzos nacionales para el desarrollo de los servicios de salud. En tomo a los términos de descentralización y desconcentración se levantó una polémica en los medios de la administración sanitaria y ante ella es obligado a hacer una conceptualización técnica desde la perspectiva de las ciencias políticas, el derecho administrativo y la administración pública.

La falta de claridad y homogeneidad en la comprensión de tales conceptos se ha convertido en muchas ocasiones en principal argumento que trataba de justificar la resistencia a los cambios inherentes a implantación de la política de descentralización y de transformación de los sistemas de salud.

En el origen de las confusiones y controversias se ha podido identificar, al menos, a tres factores. En primer lugar, el hecho de que en las ciencias políticas sólo existe el término “descentralización” para designar genéricamente el proceso y el efecto de extender el poder y la facultad de gestión a las instancias periféricas (en sentido amplio) del Estado y del Gobierno, mediante un traslado de competencias y recursos, para propiciar una distribución más equitativa de los productos del desarrollo nacional.

Por eso en las manifestaciones de políticas gubernamentales -en cualquiera de sus formas- se hablaba solamente de descentralización. Pero al implementar tal política en el sector público, se había de acudir al instrumental de las ciencias jurídicas y administrativas; donde sí se daba una diferenciación de los términos descentralización y desconcentración, como formas válidas de hacer efectiva la política de descentralización.

Como segundo factor se reconoció el que la teoría y la docencia de la administración en salud se alimentaba primordialmente de los conocimientos de la administración de empresas, donde no existe el término de desconcentración. La desconcentración no forma parte de las conceptualizaciones que sobre formas o modelos de gestión empresarial se han desarrollado. En la teoría de la administración de empresas la necesidad de diferenciación conceptual sólo se produce entre los conceptos de centralización y descentralización. La razón es que la desconcentración es pertinente como categoría, como problema y como forma de gestión, únicamente en el ámbito de la organización estatal. Era consecuentemente un producto del derecho administrativo y de la administración pública.

Asimismo, como tercer factor, había influido el hecho que la literatura circulante en la región sobre administración en salud provenía mayoritariamente de países con organización federal, donde los conceptos jurídicos de descentralización y desconcentración tienen aplicaciones concretas diferentes que en los Estados de tipo unitario, como lo son los países cuyas administraciones públicas habían sido desarrolladas siguiendo los lineamientos del derecho administrativo francés.

El promover un rigor básico específico para contexto nacional se considera importante no sólo por las necesidades inevitables de diferenciación conceptual, sino por los efectos operacionales que resultan de la adopción de estas formas o modelos de gestión gubernamentales de políticas de descentralización y procesos de desarrollo local de los sistemas de salud.

La importancia radica en que tanto la desconcentración como la descentralización representan modelos de gestión críticamente vinculados con la eficiencia y la eficacia de las instituciones públicas de salud, pero con dimensiones e implicaciones políticas y administrativas distintas.

En la práctica se observa un cruce cultural que hacía más complejo el problema de la comprensión y operacionalización de estos conceptos. Así, la cultura del gerente público y del empleado público en general se veía influida principalmente por la ciencia jurídica y la ciencia administrativa; a su vez, en la concepción salubrista la confusión llevaba a contraponer los términos por la presencia o no de la transferencia de poder en sentido impreciso. Los planteamientos concordantes o discordantes están en relación directa con el punto de vista que se adoptaba ya sea éste estrictamente político, jurídico o administrativo, con énfasis en gestión pública o en concepción política.

El derecho administrativo y la administración pública como disciplinas tienen en tomo a estos conceptos mayor precisión y afinidad, debido en gran parte a las características mismas de formación y evolución de ambas, responsables en gran medida del desarrollo de la teoría del Estado, en la cual los conceptos de desconcentración y descentralización son fundamentales. Tanto en el Derecho Administrativo como en la Administración Pública, un mismo objeto de estudio como lo es el Estado ha provocado la necesidad de crear las categorías conceptuales denominadas desconcentración y descentralización y que, hoy en día, constituyen formas, modelos y niveles de gestión estatal. La existencia y aplicabilidad de estas formas de gestión ha sido suficiente razón para que en estas disciplinas se haya reconocido la necesidad de la diferenciación conceptual en la administración pública.

La necesidad de rigor en el uso de conceptos obedece más a consideraciones estratégicas y operacionales que a un prurito académico. La ausencia de rigor se tomaba más crítica cuando se utilizaba como excusa para no decidir sobre estas formas de gestión que generaban consecuencias jurídicas diversas, tanto para los órganos de la administración como para sus titulares y para los administrados.

Con esta clarificación, el principal campo de actuación de los países fue la organización de los sistemas locales y generar las condiciones adecuadas para la administración desconcentrada y producción de servicios de salud con características de eficiencia, eficacia, equidad y participación en respuesta a las necesidades y problemas de salud que experimenta la población en cada realidad local, para incrementar la capacidad de resolución de los sistemas locales de salud. Por ello el énfasis se ha puesto hasta el presente en la desconcentración, mejorando la organización y operación local de los sistemas de administración de persona, de suministros y presupuestaria, principalmente.

La progresiva experiencia en los procesos de organización de los sistemas locales con participación social y desconcentración administrativa fue gestando el convencimiento de que la gerencia necesaria para cumplir con el reto y la responsabilidad citados en la definición, financiación, producción y provisión de bienes y servicios de salud, tenía como funciones básicas la conducción integral

de las instituciones y actores sociales que los conforman y la administración institucional de los recursos de acuerdo a los requerimientos del plan operativo elaborado, concertado y negociado integralmente.

El organizar y dirigir esta red social y de servicios, coordinada y operante, se convirtió en una cuestión fundamental en el proceso de constitución de los sistemas locales de salud. La conformación misma de la red debía considerar los recursos disponibles, tanto del sector como de otros sectores y actores sociales contribuyendo a la salud, y contrastarlos con las necesidades de servicio indentificadas en la población y en el territorio respectivo.

Esto implicaba que el liderazgo que se debía ejercer desde la gerencia era de significación mayor que la competencia administrativa y requería de la distribución del poder para decidir y actuar con la autonomía suficiente que hiciera viable la movilización social de voluntades y recursos, el establecimiento de compromisos, la asunción de responsabilidades, la flexibilidad en el manejo de los recursos y la posibilidad de adaptarse a los cambios del entorno, en búsqueda colectiva de soluciones más apropiadas para una actuación concertada de los sectores económicos y sociales en la superación de problemas, cumpliendo los requisitos sustantivos de equidad, eficacia y eficiencia sociales, sostenibles y orientadas a la vigencia plena de los derechos ciudadanos.

En resumen, las características de las condiciones de vida y de salud de la región, los efectos del ajuste estructural de la economía de los países, los requerimientos generales para el modelo de desarrollo adoptado y los desafíos emergentes en el escenario de los países en términos de salud y de la deuda social acumulada, han configurado una situación que requiere propuestas de intervención desde la óptica de la política social y que sean lo suficientemente estratégicas para que concurren efectivamente al esfuerzo global de desarrollo humano sustentable con equidad.

En este enfoque se identificó a la *descentralización* y al desarrollo local como instrumentos idóneos de los procesos de profundización de la democracia, mayor participación ciudadana y justicia social, para lograr eficiencia, eficacia y equidad de la gestión pública de los servicios de salud.

La experiencia acumulada en el transcurso de estos años ha llevado a la revisión del enfoque, de la dimensión y las prácticas de la administración tradicional; reconociéndose necesaria, pero insuficiente, en función del nuevo perfil de actuación descentralizada que se corresponde con las características del Estado moderno.

En los países de la región, el enfoque de gestión de políticas públicas explícita e internacionalmente adoptado para orientar y actuar con intensidad en las

transformaciones de los aspectos más críticos de la gestión sanitaria, llevan a incrementar la capacidad operativa y resolutive de los servicios de salud, en el contexto de la modernización del Estado orientados hacia el desarrollo humano.

Significó esto que el concepto de gerencia pública, aplicado a la gestión sanitaria local con enfoque estratégico, representaba la posibilidad de la identificación de aquellas formas que permitan la relación de tres grandes elementos: **(a)** los problemas y las necesidades de salud, **(b)** los conocimientos y los recursos, y **(c)** los consensos sobre problemas y prioridades comunes de grupos sociales específicos.

El enfoque gerencial de la actuación local debía caracterizarse por desarrollar una adecuada gestión participativa de las políticas públicas, en respuesta a problemas de su ámbito de intervención y en conformidad con las políticas del proceso nacional de desarrollo.

El enfoque adoptado se centra en el desarrollo de la capacidad de gestión de las políticas públicas, que privilegia la consideración de las formas participativas y medios democráticos para diseño, ejecución y evaluación de conjuntos significativos de orientaciones de procesos reguladores y productivos sobre temas específicos. Este enfoque reconocía también la evidente necesidad de racionalizar la estructura y procedimientos del aparato estatal y de incrementar y mejorar la calidad de sus recursos humanos e insumos materiales. Pero es en torno al flujo de formulación, ejecución y evaluación de las políticas que los problemas de estructura, de funcionamiento, de recursos y de cultura del sector público debían ser analizados y resueltos.

En rigor, el cambio en la gestión pública empezó a plantearse en una perspectiva substancial, que implicaba mejorar la capacidad de manejar el complejo proceso de modificaciones en las correlaciones de poder, la interacción entre los factores de presión y los intereses por la distribución de los productos del desarrollo y la movilización concertada de las potencialidades del juego.

En esta perspectiva es donde el concepto de descentralización -más que el de desconcentración- asumía una gran trascendencia para fortalecer la capacidad de formular, ejecutar y evaluar las políticas públicas: adquiriendo prioridad en el proceso de reforma del sector salud en todos los países de la región americana.

Ello significa, entre otros aspectos, desarrollar la capacidad de los gestores de las políticas públicas para movilizar las potencialidades de integración y acción conjunta y maximizar la eficiencia y productividad social de los recursos asignados al sector público. Asimismo, se necesita adelantar en la conformación de mecanismos que aseguren la participación social efectiva en los momentos trascendentales de la gestión pública la garantía de los derechos ciudadanos,

funcionamiento democrático de sus estructuras, la transparencia de los actos públicos, el control social de los mismos y la vigencia plena de la práctica de petición y rendición de cuentas.

De la anterior descripción de la experiencia en la región de las Américas, caracterizada en dos momentos o escenarios, se desprenden algunas consideraciones importantes. En primer lugar, la política de descentralización no constituye ni un acto reflejo ni una respuesta aislada, sino más bien un conjunto de iniciativas y respuestas promovidas en un momento histórico y en un contexto determinados que permiten concertar el papel de los diversos sectores del Estado frente a cuestiones que atañen a sectores significativos de la sociedad.

En segundo término, las políticas de descentralización se hacen efectivas mediante la movilización y la administración de los recursos humanos, materiales e inmateriales tanto del sector público como privado y de la sociedad en general en la dirección indicada por las políticas públicas; y no sólo por la administración desconcentrada de los recursos institucionales.

Tercera, lo anterior significa que los procesos de descentralización están determinados por consideraciones de tipo administrativo como también políticas. La administración pública cumple un papel considerable en la aplicación de las políticas de descentralización, en la medida que facilita u obstaculiza la modificación de las prácticas preexistentes. Pero toda práctica social los ingredientes estrictamente políticos representan de la compleja gama de factores que intervienen en su consolidación o reemplazo; en la realidad, la gestión de políticas sociales se presenta como complejos procesos políticos donde las demandas, los intereses y valores que la provocan y orientan no tienen, necesariamente, que vincularse con el aspecto técnico específico del tema que cubren.

Cuarta, de ello se desprende que sea imprescindible considerar al menos dos argumentos en los procesos de descentralización: el político y el administrativo. El tema tiene que ver con mejoras sustanciales en el diseño y concertación de las políticas públicas pertinentes, pero involucra como una dimensión clave la cuestión de la capacidad institucional y social de su ejecución eficiente.

Con frecuencia, el enfoque tradicional de la administración pública pretendió entender la dinámica de los programas sociales a partir de la difundida dicotomía entre “política” y “administración”. La posición “asépticamente administrativa” marginaba las continuas luchas por el poder que se presentan en todo proceso de gestación y ejecución de los programas sociales; que trata de una asignación de recursos escasos con propósitos de bien común y que se produce en un marco de conflictos de poder. La aspiración a obtener dichos recursos no se reduce a los sectores postergados como beneficiarios legítimos, sino que también son optados

por otros sectores sociales que procuran beneficiarse en la asignación, ya sea participando en las decisiones políticas o interviniendo en el proceso de ejecución.

La consideración, en lugar de la marginación, del tema del poder en la gestión pública de programas sociales y el reemplazo de la ficción de la dicotomía política y administración por un esquema conceptual más cercano a la realidad, permitiría diseñar políticas y programas desde una perspectiva que integra consideraciones sobre los posibles comportamientos de los intereses actuantes y prevé estrategias para viabilizar su implantación y maximizar los efectos buscados a favor de los beneficiarios legítimos. Ello ha incidido en la reconceptualización de la política de descentralización en el sector salud.

En conclusión: los nuevos paradigmas del desarrollo, de la modernización del Estado y de la administración pública, y la reforma sectorial han redimensionado la política de descentralización en el sector salud. La trascendencia que se llega a reconocer a la política de descentralización reside en su papel estratégico en la organización y reparto del poder para dar respuesta a los diferentes sectores de población que demandan soluciones a los problemas que los afectan. La realización de esta política exige una capacidad de gestión en términos de una gerencia pública "comprometida" con la ejecución del proyecto nacional de desarrollo, soportada por la capacidad de conducción democrática de procesos sociales además de administrar con productividad los recursos y los servicios.



LA REFORMA DEL IMSS DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS TRABAJADORES.

Por: **Juan Moisés Calleja**

Es Lic. en Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ha sido cuatro veces Diputado Federal del Partido Revolucionario Institucional; en tres ocasiones Presidente de la Cámara de Diputados. Se desempeña actualmente como Secretario General del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Para quien es dador de su fuerza e inteligencia para construir satisfactores, entiende a la seguridad social como la generadora de derechos fundamentales del hombre que son: la dignidad y el valor de la persona humana y, al seguro social como una parte de ella, que la realiza, concretamente para beneficio de los trabajadores y dependientes económicos.

Lo anterior puede servir para asegurar, anticipadamente, que lo plasmado y por acometer respecto al seguro social mexicano, bien en sus avances legislativos o modernización, tienen cabal respaldo de los trabajadores, no solo por lo imprescindible, sino porque aquel siendo de su creación, es un patrimonio de reivindicaciones que garantizan salud, tranquilidad ante lo imprevisto conforme a una filosofía profundamente humanista.

Ojalá, que de una breve panorámica retrospectiva no haya abuso de su atención; mas es necesario para situar conclusiones, advertir qué significado tiene para los trabajadores la institución que por más de cincuenta años le ha servido para proporcionar a lo largo de una vida lo propio para una existencia digna, particularmente en un mundo convulso por las luchas de poder, control de mercados y persistencia de conductas lesivas para los grandes núcleos de población.

Sin negar que entre nosotros, se intuye la seguridad social más por inseguridad y desamparo, históricamente no se pueden excluir influencias religiosas o de carácter ideológico; sin embargo, la creación del seguro social depende de las inquietudes y lucha de la clase obrera que desde siempre sintió y ha sentido la necesidad de protegerse en la adversidad. Es de ellos su creación, consolidación y desarrollo.

Las mutualidades que aparecen en la colonia con el régimen corporativo destinadas para ayudar limitadamente a sus integrantes en la enfermedad o la muerte, no dejan de advertir un estado de desatención para la población trabajadora.

Después, si bien es verdad que el sistema gremial declina por causas políticas y desaparición del sistema anterior, aquellas tuvieron permanencia y transformación.

En efecto, la promoción industrial a mediados del siglo XIX, concretó la mano de obra en un artesanado libre y otro industrial. El primero, conserva el mutualismo original. El segundo avanza con la minería, la instalación del ferrocarril, el aumento de las fábricas, pero agrega preocupaciones políticas y de resistencia contra la dictadura porfirista y condiciones en el trabajo. Se transforma en círculos de obreros que después se encauzan hacia el sindicalismo.

Se conjuntan los reclamos a mejores salarios y menos horas de trabajo y la previsión social a cargo de los empleadores. Así aparecen las demandas sindicales que al desembocar en huelgas sufren la represión de la dictadura porfirista.

En el programa liberal mexicano de Ricardo Flores Magón y sus grupos, destacados ideólogos prerevolucionarios reclaman mantener en las fábricas mejores condiciones de higiene; seguridad a la vida de los operarios e indemnizaciones por accidentes de trabajo.

Con el pacto de la Casa del Obrero Mundial, que se caracterizó por su tendencia anarcosindicalista y la rebelión constitucionalista, celebrado el 17 de febrero de 1915, se conviene que al fin de la lucha armada, no bastaría el reparto de la tierra y de las riquezas naturales, ni abrir más escuelas, sino "algo más grande y más sagrado: restablecer la justicia social".

Pero el pacto impuso a los trabajadores su presencia en la lucha armada, integrando los batallones rojos casi aniquilados en diversas batallas; mas sirvieron para que en el llamado período preconstitucionalista se expidieran leyes del trabajo en varios estados de la República: Coahuila, Veracruz, Yucatán, Estado de México, entre otros, reglamentando la previsión social.

Después, en 1917, se promulgó la Constitución Federal en la cual los trabajadores lograron el artículo 123 encuadrado en el título del trabajo y de la previsión social que en su fracción XXIX, indica la necesidad de establecer cajas de seguros populares de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de accidentes y de otros fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal, como el de cada estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión social.

En 1929, se reformó la fracción considerando de utilidad pública la expedición del Seguro Social. Finalmente en diciembre de 1974 el texto, que es el que permanece, determina que es de utilidad pública la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier

otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.

Un reconocido tratadista nacional, el doctor Mario de la Cueva, dijo que la Carta Magna de la República, en sus artículos 27 y 123, uno para el campo y el otro para el trabajo, no fueron obra de gabinete, ni siquiera de juristas, fueron fruto de una explosión jurídica y social de los hombres del pueblo que venían de la gran revolución del siglo XX y que a, través de ella conocieron la tragedia y el dolor de los campesinos y de los trabajadores.

En 1917 quedó, en el orden constitucional establecida la seguridad social en el país; no obstante permanece como una declaración formal por veintiséis años. Los patrones, de acuerdo con las leyes locales del trabajo y después con la Ley Federal de 1931, obligatoria en toda la República, únicamente respondían de los riesgos laborales con atención médica y la indemnización.

En general; los trabajadores continuaban en la inseguridad salvo los que por la contratación colectiva adquirían otras atenciones. Fue de ella, un reclamo ininterrumpido la implantación efectiva del seguro social.

Los gobiernos de la Revolución lo intentaron, mas las condiciones económicas del país y una sostenida oposición patronal lo impedían. El presidente Alvaro Obregón, el 9 de diciembre de 1921, envió al Congreso de la Unión un proyecto para la creación del seguro obrero. Después, el presidente Lázaro Cárdenas, el 27 de diciembre de 1938, presentó una nueva iniciativa de Ley de Seguros Sociales, con carácter obligatorio, tampoco tuvo éxito. Es, hasta el gobierno del general Manuel Ávila Camacho, cuando se aprueba la Ley del Seguro Social aún vigente, con las modificaciones o adiciones que en el tiempo han ocurrido. La más reciente constituye el fondo de ahorro para el retiro.

En la iniciativa expuso el Presidente: «que en un país no pueden realizarse grandes y nobles aspiraciones sin haber elevado a las masas a la dignidad de sus derechos, a la conciencia de su fuerza y de su responsabilidad». Ratificó que la Revolución Mexicana "ha sido un movimiento social guiado por la justicia histórica que ha logrado conquistar para el pueblo una por una sus reivindicaciones sociales" por lo que las leyes de seguridad social protegerán a todos los mexicanos en las horas de adversidad, en la orfandad, en la viudez de las mujeres, en la enfermedad, en el desempleo, en la vejez para sustituir este régimen secular que por la pobreza de la nación hemos tenido que vivir.

En consecuencia, el Seguro Social Mexicano es resultado de la lucha de los trabajadores que desde siempre en su explotación, tuvieron conciencia de la necesidad.

Tardía en su implantación y en la adopción del nombre. Siempre aquellos se propusieron que con la misma sobrepasarían los infortunios, las enfermedades, los riesgos de trabajo y de afrontar con previsión y dignidad lo inevitable:

En el año de 1943, inició sus actividades el Instituto Mexicano del Seguro Social, en condiciones limitadas. Sin embargo, los trabajadores habían sobrepasado la mutualidad y la previsión social.

Entendieron y entienden al seguro social como suyo. Es su patrimonio colectivo con el cual se conserva la paz social. Es la protección para sí y su familia en la salud y frente a la inseguridad.

En su funcionamiento, es una institución que admite la representación, de los trabajadores, de los empresarios y del gobierno. Los órganos superiores son: una Asamblea General, un Consejo Técnico, una Comisión de Vigilancia y una Dirección General. Los tres primeros son tripartitos. En la última, es titular uno de los consejeros gubernamentales.

El Instituto Mexicano del Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional que funciona como un organismo público descentralizado con personalidad y patrimonio propios.

En síntesis, es una institución que surge de las necesidades y aspiraciones de los hombres del trabajo y de la decisión de un pueblo de implantar la justicia social. Así lo entiende la clase laborante, como también admite la proyección hacia la seguridad social que es encuentro y destino para los mexicanos.

A más de cincuenta años de existencia, su revisión se tomó imperativa. Mostraba quebrantos, insuficiencias, reclamos. Necesitaba de un nuevo impulso financiero, mejor administración, modernidad, descentralización, productividad para elevar la calidad de los servicios.

El actual Presidente de México orientó su transformación, la concretó en cinco puntos: no a la privatización; no aumento a las cuotas de los trabajadores y empresarios; finanzas sanas; ampliación de la cobertura promoviendo empleo y productividad y el cambio con el consenso de la clase trabajadora del país.

La Dirección General del Instituto presentó a la comunidad nacional un Diagnóstico realista que señaló fortalezas y debilidades; lo cumplido y lo faltante; lo positivo y lo negativo.

El documento fue analizado en todos los foros. En las confederaciones de trabajadores, en los sindicatos, en las cámaras industriales y de comercio, en las universidades, en las academias.

Al final, los sectores obreros y empresariales concretaron un documento, intitulado: "Propuestas para el Fortalecimiento y Modernización de la Seguridad Social".

En los considerandos, ratificaron que el Instituto Mexicano del Seguro Social debe resguardar y dar plena vigencia a su filosofía social original. Como patrimonio del pueblo, la seguridad social mexicana tiene que reafirmar sus valores humanistas, de redistribución del ingreso, de bienestar familiar y de desarrollo comunitario, superando así las concepciones reducidas de los seguros sociales individualistas basados en meros criterios financieros.

El IMSS debe permanecer como instrumento de la seguridad social integral, para coadyuvar a alcanzar la plena igualdad de oportunidades que nuestro país exige.

Señalaron como proposiciones, una reforma financiera partiendo del reconocimiento de la vulnerabilidad de su situación y de que en estos tiempos es claramente inconveniente incrementar las cuotas obrero patronales, siendo necesaria una mayor participación de recursos fiscales.

Destacaron como propósito firme, que se brinde mayor protección hacia el trabajador elevando la calidad de los servicios, cumplir su cobertura bajo los principios de universalidad y mejores prestaciones. En enfermedades y maternidad deberá garantizarse la prestación de servicios médicos con mejor calidad, oportunidad y trato humano procurando un nuevo sistema de abastecimiento que permita la satisfacción oportuna de las necesidades de medicamentos y materiales de curación de todos los derechohabientes.

Asimismo el Instituto debe trascender los límites de la protección al trabajador y a las empresas instaladas, para pasar a promover activamente la generación de empleos y el crecimiento económico, contribuyendo a aumentar el ahorro interno que es base segura y permanente para un continuado desarrollo industrial.

Del régimen pensionario y de guarderías, compartieron la decisión de eliminar la práctica de transferencias de sus fondos a otros seguros, replanteando un sistema con propósitos justos y dignos, complementado con la creación de un sistema de fondos individuales para el retiro y una aportación mayor del Gobierno Federal, a fin de garantizar pensiones dignas.

Continuar impulsando los diversos programas de modernización y sistematización para obtener más eficiente la operación del IMSS y elevar la productividad con calidad y calidez.

En síntesis, las propuestas fijaron propósitos de transformación para la seguridad social mexicana fortaleciendo sus principios, brindando mayor bienestar; certidumbre financiera y conversión en motor específico del incremento del ahorro interno nacional para la generación de empleos.

Son inquietudes del tiempo presente los cambios a fondo en el orden social y financiero.

La tendencia privatizadora los propone. Está en contra de un estado que intervenga en lo social, puesto que la competitividad y el desarrollo globalizado imponen la reducción del gasto público para tal fin, salvo que no se quiera penetrar o permanecer en los mercados internacionales. En caso contrario, debe quedar relevado de las cargas sociales o al menos disminuirla. El sector productivo tiene la misma necesidad que traslada a costos el importe de la seguridad social, elevando el valor de los satisfactores, lo cual disminuye el poder adquisitivo de los salarios, siendo ambos proclives al desempleo y a la inflación.

Se asegura que en algunos países que ha adoptado la medida, disminuyendo las contribuciones para la seguridad social, están conteniendo el desempleo y entrando a una etapa de prosperidad. Es su decir que la seguridad social es contribuyente al bienestar individual y colectivo sin desconocer lo imprescindible de un sustento económico. Hacia ella han ido y van los desvalidos de la sociedad.

En el desarrollo histórico unos por intuición y otros por raciocinio, convergen en considerar que los resultados del esfuerzo humano tienen que ser compartidos. Cuando la determinación penetra en el derecho, este se humaniza; se puntualiza que es social, se orienta hacia la justicia distributiva.

La Revolución Mexicana y las garantías sociales; que consigna la Constitución de 1917, misma que significa la institucionalización de aquélla, no son entelequías o simples declaraciones que puedan perderse o desecharse. Son la determinación inalterable de un pueblo para corregir injusticias creadas o respaldadas por un sistema individualista sujeto a un régimen jurídico desgastado conforme a los cánones de la justicia distributiva.

Revolución y sus garantías son acontecimiento y mandatos para abatir la mala distribución de la riqueza. Son esencia de lo social y de plena solidaridad colectiva.

Las garantías sociales consignadas por esa Revolución en la Constitución de 1917, llena jurídicamente un vacío histórico. Fueron inspiración para las demás del mundo; para el Tratado de Versalles; para la Organización Internacional del Trabajo, OIT. Consignadas en la Declaración Americana de los Derechos del Hombre; en la Carta Internacional Americana de Garantías Sociales.

Entre nosotros son además el surgimiento constitucional del derecho social que lleva a considerar que las relaciones humanas se rigen, no sólo por un derecho público y otro privado, que vista la vieja clasificación romana, abarcan en su orden las relaciones del Estado con las personas y las de los individuos entre sí.

Faltaba por regular en la vía constitucional las relaciones humanas de los individuos desposeídos frente al Estado y a la sociedad. Tradicionalmente atendían los individuos frente al Estado, las de ellos en sociedad, que integradas al sistema individualista, consolidaron a los grupos económicamente poderosos que, uno y

otro, son desatentos del bienestar individual y colectivo para quienes a pesar de su gran contribución en la riqueza nacional carecen de lo necesario. Las demandas de seguridad presente y futura, de vivienda, de justos salarios; jornadas humanas son entre otros las preocupaciones sociales, que al entrar a la normativa confluyen a integrar un derecho marginado a la clasificación tradicional. El social.

Privatizar el seguro social es imposible para los trabajadores. Desastroso para un proceso histórico de luchas y sacrificios.

Les significa a pesar de las bondades que en otras latitudes se asigna a la privatización, consecuencia del neoliberalismo, el retorno a un pasado oprobioso y una deslealtad a miles de mexicanos que perdieron la existencia en busca de un mejor porvenir.

En la exposición de motivos de la nueva ley, el legislador reflejó la determinación del ejecutivo de no privatizar al seguro social. Expresó que "el Estado mexicano constituido, a partir de 1917, tiene como una de sus finalidades esenciales dar respuesta a las aspiraciones sociales que alentaron las luchas históricas que ha vivido nuestro país.

Por su naturaleza y origen, tiene el indeclinable compromiso de procurar el bienestar para los más desprotegidos, promover el desarrollo integral y crear condiciones de igualdad de oportunidades. Ha propiciado un marco jurídico de protección a los trabajadores con un claro sentido tutelar"

El seguro social mexicano continúa y seguirá siendo institución social, tripartita, con la presencia de los trabajadores en su funcionamiento y con la finalidad de garantizar el derecho humano de la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, - expresión de solidaridad social y baluarte auténtico de la equidad y la estabilidad del país.

Los trabajadores están satisfechos con la nueva legislación del seguro social. Ella resolverá sus preocupaciones sin salirse de su encuadre social.

Como relevante tributación se ha mantenido el sistema pensionario, pues sin titubeos en él descansa el bienestar o inestabilidad futuras de aquéllos. El seguro social, a pesar de su magnífico diseño, constató en el tiempo quebrantos en materia de pensiones que con la nueva ley están por superarse. Aquellas han sido desfavorables en el monto, en la imposibilidad de llevar bastantes trabajadores a la clasificación por la segregación a destiempo en el empleo a pesar de la amplitud de las aportaciones. En consecuencia, el régimen pensionario si ha quitado el sueño. Las limitaciones obedecían a diversas causas. Disminución del empleo; aumento de la población pensionada por mayores expectativas de

supervivencia. Crece a un ritmo del 5.7% anual en tanto los jóvenes en etapa productiva sólo al 2.6%

También influyó que las reservas pensionarias, para afrontar la obligación se distrajeran en la construcción de hospitales, sanatorios, clínicas o a financiar otros seguros, como el de enfermedades y maternidad. Que desde su creación fue deficitario.

Pero además, el sistema pensionario era inequitativo. El trabajador cotizante durante quinientas semanas o más sin llegar a los 60 o 65 años de edad perdía el derecho a la pensión, si antes se retiraba sin conservar derechos. Por otra parte, el sistema aún opera igual para el asegurado que ha cotizado por diez años que para quien lo hace por más tiempo. Igualmente las pensiones no guardaron relación con el monto de los salarios. La referencia pensionaría es con el emolumento devengado en los últimos cinco años.

La legislación próxima a aplicarse cambia a fondo el sistema. Se torna más apropiada y se acopla a los principios de equidad. Corresponde a un esquema de pensiones más justo, puesto que las pensiones serán mayores y financieramente garantizadas y reguladas por el Estado.

El sistema dejará de ser inequitativo. Se combina con el sistema de ahorro para el retiro, que sin lugar a dudas permitirá a los trabajadores pensionados vivir en el futuro con dignidad.

Integrado con la aportación patronal y otros conceptos formará una cuenta individual ya separada del fondo común permitiendo al trabajador conocer directamente su estado con aliento para incrementarla en razón de que la inversión aumentará la pensión y obtendrá mayores intereses, superiores a los efectos inflacionarios.

El fondo para el retiro queda vinculado con la administradora de fondos para el retiro que elija, (Afore); invertido por una sociedad de inversión especializada de fondo para el retiro, (Siefore) y vigiladas por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR) y por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Los trabajadores que en el futuro lleguen a pensionarse, repetimos, disfrutarán de pensiones excluyentes de angustias por insuficientes.

México es un país de más de noventa millones de habitantes. El por ciento de hombres es un poco menor que el de las mujeres. Ambos son iguales ante la ley. Así lo consigna el artículo 4o. de la constitución federal.

Ellas han obtenido una presencia más activa dentro del área productiva y la mayoría desde su incorporación o después son madres de familia. Como tales viven en zozobra y se toman menos productivas, por desamparo en que quedan sus

pequeños hijos durante la jornada laboral. Legalmente hay la obligación de proporcionarles guarderías.

El derecho se complementa con el que tienen los menores. También el artículo 4o. Constitucional les confiere la facultad a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental.

El número de guarderías ha sido insuficiente también en vista que algunos de sus recursos se han transferido al seguro de enfermedades y maternidad. Las mujeres trabajadoras exigen cabal observancia a su derecho. Con su cumplimiento tendrán en el trabajo auténtica igualdad con el varón. Al término de la intranquilidad tendrán como éste la misma eficiencia y productividad.

Esta preocupación quedará resuelta con la aplicación de la nueva ley. La estimativa de la clase obrera es así. Las guarderías serán suficientes con recursos propios. Serán un modelo operativo que ampliamente prestarán especial atención a los aspectos de nutrición, psicológicos, de salud y de socialización del niño, a fin de que a partir de su inicial formación disfrute de una vida mejor, misma que les corresponde por derecho y para que como tales tengan la concepción de que han nacido en un país en donde todos son iguales, con las mismas oportunidades dibujadas ayer por una Revolución que con esos propósitos hicieron sus ancestros y que en el presente reafirman sus padres como generadores de la riqueza y el seguro social como expresión de la justicia que reivindica.

Advertimos en nuestros iniciales comentarios, que la Ley del Seguro Social al igual que cualquier otra cambian por necesidad, desde luego por los avances del tiempo, aunque mas bien por las mutaciones que en él ocurren, bien de carácter social, económico, político o de otra naturaleza; mismos que por razón propia influyen en las relaciones humanas imponiendo a los ordenamientos jurídicos modificaciones o sustituciones para continuar manteniendo la seguridad en la vida como forma para la realización de los fines sociales.

Una nueva Ley del Seguro Social era imprescindible. Se elaboró dentro de un proceso institucional y de esencia democrática.

No surgió de un cenáculo o reunión de expertos. No se les descartó; proviene de las intranquilidades y preocupaciones de los trabajadores del sentimiento social de un gobernante que frente a los contratiempos de una crisis casi superada, procedió a delinear con conciencia institucional y convencimiento revolucionario, el cambio, del seguro social mexicano, sin repliegues históricos. En ese proceso, asimismo se destacó, en el cumplimiento del mandato constitucional, la lealtad y sobrada capacidad del Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, licenciado Genaro Borrego Estrada; la concertación patriótica de los sectores de la producción; la presencia de la sociedad civil con ideas y propuestas. Así como las deliberaciones a fondo del poder legislativo.

De lo anterior, se tiene una nueva legislación. Con ella se apuntala y fundamenta la modernización del seguro social con nuevos sistemas: de comunicación, de abastecimiento; administrativos, de relaciones humanas. Hay concientización de la responsabilidad institucional y ampliación de las formas para una mayor productividad y eficacia.

Con ella, se programa eficiencia y calidad en todos los servicios, particularmente los médicos, que ya están dedicados a fortalecer sus sistemas; equipamiento, abasto, promoción de la salud y medicina preventiva con mayores y propios recursos.

Se reconoce la equidad en el régimen de pensiones que se convierte en un instrumento de justicia y de promoción del empleo, pues el ahorro para el retiro desemboca en el ahorro nacional interno que para eso sirve.

Con la viabilidad financiera basada en mejores estrategias y organización económica, que resultará incrementada con superiores aportaciones del Estado, permitirá una menor inflación como consecuencia de la reducción de cuotas obrero patronales.

En suma, los trabajadores mexicanos consideran que la nueva legislación para el seguro social continuará sin salirse de su clara concepción social que avanza, conforme a la afortunada expresión del Director del IMSS, en un foro de especialistas en materia del seguro social. En el consenso, en la prudencia, la tolerancia y el respeto; con su estructura tripartita y sus objetivos nítidos no se detendrá mientras exista voluntad para acortar distancias y caminos para bien de los trabajadores y de México.

**CEREMONIA DE CLAUSURA
SINTESIS DE LA RELATORIA
GENERAL DE LA II REUNION
INTERNACIONAL DE
EXPERTOS EN SEGURIDAD
SOCIAL**

Por: Jaime Latapí

Señor Licenciado Genaro Borrego Estrada,

Presidente de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Nos distinguió usted con su presencia en la Ceremonia de Inauguración y ahora lo hace de nuevo al acompañarnos en la presentación de la relatoría y las conclusiones como fruto de nuestros trabajos.

Mucho nos honra tal deferencia.

Señora Licenciada María Elvira Contreras,

Secretaria General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

Distinguidos miembros del Presidium.

Señores Expertos en Seguridad Social.

Señoras y Señores:

Al concluir los trabajos de nuestra Segunda Reunión Internacional me corresponde la grata oportunidad de presentar a ustedes una breve síntesis de los aspectos generales de la relatoría.

Conferencia Magistral

Fundamentos Financieros de la Reforma de la Seguridad Social en México.

Dr. Gabriel Martínez González

El Dr. Gabriel Martínez en su muy interesante participación, identificó claramente los factores que desencadenan el proceso de reforma constitucional, resaltando entre otros, el estancamiento en el crecimiento de los asegurados, la disminución del salario real, el desfinanciamiento tradicional del ramo de enfermedad y maternidad y la situación crítica del sistema de pensiones.

Refirió que con el diseño de los nuevos esquemas de financiamiento para los diferentes ramos de seguro, se tuvo especial cuidado en asegurar el equilibrio y

autosuficiencia de los mismos, buscando no sólo disminuir los impactos a la nómina ó incrementar la aportación gubernamental, sino que fueran un estímulo para la incorporación de nuevos asegurados.

Otro factor fundamental que se tomó en cuenta fué el de otorgar el mayor beneficio a la población derechohabiente dentro de las posibilidades económicas del país y del Instituto.

Finalmente expresó que si no se hizo más es porque no existió la posibilidad de hacerlo. Reiteró que la Seguridad Social es solidaria porque distribuye los riesgos laborales entre todos los trabajadores, porque apoya a la mujer trabajadora con base en recursos de toda la planta productiva y porque da más a quienes menos tienen.

PRIMERA SESIÓN PLENARIA

Guido Miranda en su brillante ponencia **“La Reforma del Sistema de Salud en Costa Rica”** destacó que la evolución de la seguridad social de este país ha girado alrededor de dos principios: la vocación democrática y civilista y el respeto a los ordenamientos jurídicos.

Describió las épocas de auge y de crisis que generaron diversas reformas con el propósito de incrementar cobertura, tanto de población como de servicios, y puntualizó los excelentes indicadores de salud que tiene Costa Rica.

Sin embargo, señaló que el proceso de reforma actual no está acabado, reconociendo que existen puntos álgidos que ameritan que sean redirigidas las acciones para alcanzar los objetivos originales de la Reforma.

En su ponencia **“El Contexto Transicional como uno de los Fundamentos de la Reforma de la Seguridad Social”**, Rafael Lozano destacó la mejoría en los niveles de salud de la población en México, cuya esperanza de vida al principio de este siglo era de 29.5 años y para finales del mismo llegará a los 71.6 años.

Su exposición fue rica en la presentación de datos que ayudan a dimensionar cuantitativa y cualitativamente el mosaico demográfico y epidemiológico del país.

Presentó, asimismo, los nuevos instrumentos de medición de las necesidades en salud que incorporan aspectos de mortalidad, morbilidad y discapacidad, instrumentos vitales para la definición de prioridades.

Finalmente, enfatizó que el desafío para la seguridad social consiste en ser sensible a los cambios epidemiológicos y demográficos para atender los problemas propios del rezago y simultáneamente contender con los problemas emergentes.

Julio Frenk en su interesante presentación sobre **“El Costo de No Reformar. La Necesidad de Un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de**

Salud en América Latina” comentó que los retos que enfrentan los sistemas de salud de la región son tan amplios y complejos que el no reformar encerraría costos enormes para el bienestar social, el desarrollo económico y la estabilidad política de los países.

El aspecto crucial que los modelos actuales de los sistema de salud de nuestros países han tenido que enfrentar y resolver es el que se refiere a la integración de los diferentes grupos poblacionales y a la integración institucional.

Propuso un modelo de pluralismo estructurado, con un enfoque pragmático y centrista; que busca una integración horizontal progresiva de las poblaciones heterogéneas en un sistema pluralista, organizado por funciones. A la Secretaría de Salud le correspondería la modulación del sistema, a la Seguridad Social el financiamiento, y las Organizaciones Administradoras de Salud propiciarían la articulación y la prestación de servicios plural.

Carlos Cruz en su brillante participación sobre el tema **“Participación Pública y Privada en el Financiamiento y la Prestación de Servicios de Salud”**, expuso varios de los principios básicos de la Reforma.

Presentó un modelo de mezcla pública y privada en el financiamiento y en la prestación de servicios de salud.

Enfatizó que en el modelo de subrogación de servicios y de reversión de cuotas, favorecerá el desarrollo del sector privado bajo un mercado regulado por el IMSS en términos de calidad y costos.

Expresó que la privatización es un término incorrecto, conceptual y metodológicamente, ya que no existe la posibilidad de sistemas puros, por lo cual es imposible la privatización o la estatización absoluta. Así son técnicamente equivocadas las posturas que critican la reforma de la seguridad social como privatizadora, ya que desde su origen el financiamiento proviene de fuentes tripartitas, y en la historia del IMSS siempre ha existido una complementariedad entre los sectores público y privado.

SEGUNDA SESIÓN PLENARIA

“El Modelo de Sistema de Salud en Estados Unidos” ponencia de Kevin Armstrong, reveló elementos que ayudan a identificar que la principal problemática de las actuales reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica, es el lograr un balance entre los servicios públicos y los privados.

Refirió que actualmente los gobiernos se preguntan ¿hasta dónde debe llegar el sector privado? y ¿en qué grado debe darse la complementariedad con el sector público en salud?. Afirmando que los modelos que merecen estudio y posible expansión de nuevos socios con los sistemas de seguro social son los planes pre-pagados y de iguales médicas.

Enfatizó que no por satanizar al sector privado deben perderse oportunidades de atender a un mayor número de personas que, por otra parte, el Estado no podría atender.

Concluyó diciendo que es necesario determinar en qué grado es preferible regular que prestar los servicios del salud directamente, ya que se debe resolver como lograr una inversión en salud en el sector público con equidad, a través de la ubicación estratégica de las inversiones, en un sistema plural y participativo.

Alfonso Roa Cifuentes y Alvaro Gutiérrez en su excelente presentación del **“El Modelo de Salud en Colombia”**, comentaron que, en 1991, se consagró constitucionalmente el derecho a la seguridad social de todos los colombianos y esto fue lo que perfiló la transición del concepto asistencial de salud a un concepto más amplio que fue el de la seguridad social.

Expusieron que en la reforma se redefinieron las reglas de aseguramiento y se establecieron las normas para reorganizar los niveles directivos y los operativos, lo cual permitió transitar de un modelo monopólico del sector público a un esquema de competencia administrada, lo que, a su vez, favoreció ampliar la afiliación de población, pasando de una cobertura del 32.8% en 1993 a una del 48.1% en 1996.

Los desafíos del nuevo modelo de Seguridad Social son los de consolidar la articulación financiera entre las instituciones públicas y las privadas que interactúan en el modelo, y el intensificar las acciones para alcanzar la universalidad comprometida en la Ley para el año 2001.

“La Reforma a la Seguridad Social en Canadá” fue el tema central abordado por Gerald Chipeur, durante el cual explicó, que a pesar de que el sistema de salud en su país está organizado bajo un criterio de universalidad de los servicios, el proceso de reforma en salud en Canadá continua.

Describió la organización de los servicios en la provincia de Alberta, en donde se refleja la vigencia de la preocupación por lograr al unísono la universalidad, los bajos costos y la calidad.

Describió cada uno de los principios y los valores en que se basa la reforma y refirió los desafíos para su consolidación, señalando, que se debe asegurar la libre elegibilidad, la contención de costos, la competencia y el establecimiento de redes de información que permitan controlar y asegurar la confidencialidad de los procesos de atención médica.

En la ponencia de Mario Madrazo titulada **“Programas Innovadores para Mejorar la Eficiencia y la Calidad de la Atención”**, presentada por Porfirio Cervantes, se acreditó que el interés por la calidad de la atención ha sido una preocupación

prioritaria en todas la épocas de la historia institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El objeto final de todas las acciones de calidad y eficiencia es el individuo, y el beneficio de las acciones debe estar referido al impacto positivo en la salud individual y colectiva.

Describió asimismo los programas institucionales para avanzar en la eficiencia y en la calidad de la atención, entre ellos destacó los de la Prescripción Razonada y el Nuevo Modelo de Medicina de Familia, así como los principales programas instrumentados para el mejoramiento de la calidad y la contención de costos resaltando los logros de los Esquemas Dialíticos para el Manejo de los Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Etapa Avanzada, la Cirugía Laparoscópica y la Modernización de Laboratorios.

José Valdés Durón planteó en su ponencia los “**Mecanismos para la Ampliación de Cobertura. Seguro de Salud para la Familia**”, los esquemas de incorporación y los mecanismos que el Instituto Mexicano del Seguro Social ha puesto en práctica para expandir su cobertura, así como el innovador Seguro de Salud para la Familia incluido en la nueva Ley.

Resaltó como un elemento novedoso, la introducción de un personaje que también podrá recibir las prestaciones que abarca este seguro, y que es el familiar adicional. Destacó que el monto de la cuota mensual es de 135 pesos.

Comentó que esta modalidad de aseguramiento sustituye con ventajas económicas y de cobertura al actual Seguro Facultativo ya que trasciende lo individual para ubicarse en lo familiar, y es un punto de congruencia con el Plan Nacional de Desarrollo al permitir la incorporación de población no asalariada que por otra vía no tendría acceso a las prestaciones médicas de la Seguridad Social.

Finalmente la ponencia sobre el tema de “**La Reforma al Sistema de Salud desde la Perspectiva de los Médicos Familiares**” fue presentada por Javier Domínguez del Olmo.

Destacó que la medicina de familia es el medio idóneo para cumplir con los objetivos de universalidad, equidad, accesibilidad, eficiencia, calidad, solidaridad y participación social con criterios de descentralización e intersectorialidad.

Enfatizó que las reformas no solo deben contemplar los aspectos jurídicos, administrativos y económicos sino también de manera muy importante, el perfil del personal encargado de operar los cambios que se proponen.

TERCERA SESION PLENARIA

El **Bienestar Social** fue el tema de la brillante intervención de Lilia Archaga , en la que propone replantear la concepción de bienestar social del nuevo panorama

mundial regido por la economía de mercado. De hecho, el papel del Estado benefactor ha venido siendo replanteado dada su ausencia en los servicios sociales públicos o su ineficiencia y mala administración con respecto a los mismos. Esto último ha generado que diversas voces insistan en la privatización de este tipo de servicios en pos de la eficiencia privada.

Frente a esta situación se retoma el concepto de “economía mixta de bienestar” para proponer la integración de la sociedad en la construcción de la seguridad social mediante formas participativas que suponen, ante todo, conocer qué es la seguridad social. Además, propone la promoción de la inversión social basada en mecanismos más participativos de todos los actores sociales. De esta manera, se generará un nuevo pacto social que permitirá recrear condiciones de progreso y bienestar. Por tanto, para alcanzar el bienestar social, definido como la posibilidad de las personas de disponer de los recursos necesarios para desarrollarse en comunidad, es menester hallar un nuevo equilibrio de responsabilidades entre el Estado, las empresas y los ciudadanos, es decir, entre el Estado, el mercado y la sociedad.

Dulce María Sauri, en su interesante exposición sobre **La Mujer y la Seguridad Social** describe el Programa Nacional de la Mujer, el que tiene entre sus propósitos la promoción de un conjunto de programas y acciones para garantizar a la mujer igualdad de oportunidades de educación, capacitación y empleo; plena equidad en el ejercicio de sus derechos sociales, jurídicos, civiles, políticos y reproductivos; así como respaldo efectivo a su papel fundamental en la integración familiar, y en la socialización de sus hijos.

En México, a partir de los años setenta, existe un significativo incremento de la participación femenina en la fuerza laboral, misma que ha traído consigo cambios en la organización de las familias.

Los sistemas de salud y seguridad social en México han contribuido de manera determinante en los cambios en la salud de la mujer, como lo muestra la disminución de la mortalidad y el incremento de la esperanza de vida al nacer, el cual es mayor para las mujeres que para los hombres, así como la reducción de la fecundidad.

Destacó los beneficios a la mujer que se incorporan en la nueva Ley del IMSS, como son: las prerrogativas y derechos para el seguro de maternidad y guarderías, el seguro de familia, la incorporación de las trabajadoras por cuenta propia, asimismo, el nuevo sistema garantiza la autosuficiencia financiera de los ramos de seguro, entre otras.

Las Prestaciones Sociales en el Nuevo Entorno Institucional fue el tema de la presentación de José Antonio Morán en la que señala que el actual panorama

demográfico y epidemiológico de México se manifiesta, principalmente, en un incremento sustancial en la esperanza de vida, en el aumento del riesgo de contraer o padecer enfermedades crónico - degenerativas así como de sufrir accidentes y lesiones. En el contexto de este panorama el estado de salud de la población se determina, entre otros, por una serie de factores económicos, sociales y culturales que se reflejan en los estilos de vida.

Los estilos de vida influyen significativamente en la salud. De manera negativa como en los casos de hábitos de consumo de drogas, el exceso en el consumo de alcohol y azúcares, el sedentarismo y el tabaquismo, o bien, de manera positiva como lo es el ejercicio y la adecuada nutrición, entre otros.

El nuevo enfoque de las prestaciones sociales consiste esencialmente en contribuir a evitar prácticas dañinas para la salud y, sobretodo, en fomentar estilos de vida saludables. De esta manera se articulan eficazmente con el sistema institucional de atención a la salud.

Ana María García expuso en su ponencia: "**Guarderías. Estrategias de Ampliación de Cobertura**" la manera en que el diagnóstico del Instituto Mexicano del Seguro Social nos enfrentó a la realidad ineludible de fortalecer los esquemas actuales de guarderías infantiles, tomando en consideración la creciente incorporación de la mujer al proceso laboral y de permitir atender de manera integral al niño, teniendo la oportunidad de ofrecerle herramientas sólidas para su desarrollo futuro.

Resalta el hecho de que los ordenamientos del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, establecidos en la nueva Ley del Seguro Social, permitirán disponer de mayores recursos financieros para ampliar la cobertura bajo esquemas novedosos como el "vecinal comunitario", ya en operación en diversas localidades del país, el cual, conserva en esencia los programas de atención a la niñez, pero con mayor flexibilidad en los costos y en la operación.

"**El Análisis Comparativo del Bienestar Social en América del Norte**" fue el tema de la ponencia de Clemente Ruiz Durán. En ella abordó la descripción de las características socioeconómicas más importantes de cada uno de los países que integran la región de América del Norte: Canadá, Estados Unidos y México, como marco para analizar sus sistemas de seguridad social. Se observa una gran desigualdad entre estos tres países tanto en términos demográficos, como sociales y económicos, lo cual hace difícil pensar en un mismo sistema de seguridad social que responda a las características, deficiencias y necesidades particulares de sus poblaciones. De hecho, cada uno de ellos difiere en las formas de operación en los ámbitos de salud, pensiones y apoyos al ingreso fundamentales en el sistema de seguridad social.

Laura López presentó en su ponencia sobre **Desarrollo Humano** que se trata de un concepto que contempla fundamentalmente dos aspectos que deben estar en equilibrio:

1. La formación de capacidades humanas tales como un mejor estado de salud y mayores conocimientos.
2. La forma como los individuos emplean las capacidades adquiridas, ya sea para el descanso, la producción y las actividades culturales, políticas y sociales.

Para lograr dicho equilibrio debe incentivarse en los individuos la productividad, la equidad, la sostenibilidad y la potenciación, a partir de un compromiso decidido de toda la colectividad -reflejado en cambios de actitudes y comportamientos- y a pesar de las profundas transformaciones políticas e institucionales que ello implique. Bajo esta óptica, la seguridad social aparece como un elemento fundamental para apoyar el desarrollo humano en toda su extensión.

CUARTA SESION PLENARIA.-

La ponencia "**Envejecimiento Demográfico y su impacto en la Seguridad Social**", presentada por Sergio Camposortega, puntualizó que la demografía se encuentra estrechamente relacionada con la seguridad social. El equilibrio entre los grupos demográficos y las variables que determinan la ecuación del cálculo de pensiones resultan fundamentales en la planeación de cualquier sistema de pensiones.

México ha iniciado un proceso de envejecimiento demográfico, que impactará los sistemas de seguridad social, particularmente en el ámbito de pensiones, al transformar no sólo la estructura por edad sino la relación entre los sexos, el tamaño de familia y reducir los niveles de mortalidad, que a su vez incidirán en los índices de dependencia económica y en el cálculo del monto de pensiones.

Particularmente importante resulta el cálculo de la esperanza de vida a la edad de retiro, ya que de esto depende el monto de las rentas vitalicias. Este cálculo puede realizarse en forma conceptualmente equivocada, utilizando tablas transversales de mortalidad, en lugar de las tablas longitudinales, que describen la mortalidad en una generación y no para un año específico, como en el caso transversal.

La utilización de una tabla transversal de mortalidad de 1995 implica una subestimación de la esperanza de vida real de la generación que se retira, en tanto que la utilización de una tabla transversal para un año posterior implica una sobreestimación.

Ofelia Mila en su brillante ponencia "**El Sistema de Pensiones en Uruguay**",

comienza con un resumen de la evolución histórica que ha sufrido la Seguridad Social en su país; de aquí se desprende que el sistema solidario ha ido perdiendo eficacia y justicia. Este sistema respondía a la figura de un Estado benefactor, supliendo la falta de solidaridad en la sociedad. El gasto en previsión social es excesivamente alto. El aumento en las aportaciones, el envejecimiento de la población y la percepción negativa sobre el sistema de seguridad social pusieron de manifiesto la necesidad de reformar el sistema.

Uruguay no ha permanecido ajeno a la crisis regional y mundial de los sistemas de seguridad social: los cambios tecnológicos, en los procesos de producción, la competencia y los fenómenos de globalización financiera han sido variables de peso.

Se modificó el regimen de reparto por uno mixto de reparto y capitalización: un sistema universal de prestaciones básicas financiados con recursos generales y un sistema público o privado, con una equivalencia entre lo que se paga y lo que se recibe.

El nuevo sistema crea tres niveles de cobertura: El primer nivel de solidaridad intergeneracional (reparto puro), administrado por el Estado y con aportes tripartitas; el segundo nivel de ahorro individual obligatorio (para ciertos ingresos) con aportes únicamente personales; y, un tercer nivel de ahorro individual voluntario (también para ciertos ingresos).

Es sumamente costoso pasar de un sistema de reparto a un sistema de capitalización, especialmente cuando la población es vieja. Las metas propuestas para afiliación se han llevado a cabo antes del tiempo previsto. A un año, el balance es netamente positivo, aunque habrá que esperar el largo plazo para poder evaluarlo.

"La Interacción de los Planes Privados de Pensiones dentro de la Nueva Ley del IMSS", fue el tema de la ponencia de Rafael Trava Bolio

Los planes privados de pensiones surgen como una herramienta que permite complementar los beneficios de la seguridad social. Cabe resaltar que ningún sistema de seguridad social es diseñado para cubrir el 100% de las necesidades del individuo al finalizar su vida activa.

Actualmente, existen aproximadamente 2,500 planes de pensiones instalados y 2.3 millones de trabajadores cubiertos.

A partir de 1991, la Ley del Impuesto sobre la Renta incorpora el concepto de cuentas especiales de ahorro. Se permite la deducción personal de hasta US\$10,000 anuales. Se difiere el pago del impuesto hasta la fecha de disposición de los recursos. No obstante, la utilización de este instrumento ha sido limitada, por falta de su difusión y capacidad de ahorro.

La nueva Ley del IMSS respeta los derechos adquiridos, asigna recursos de manera específica a cada prestación y es solidaria a través de la cuota social, las pensiones mínimas y los servicios médicos para pensionados y jubilados.

Asimismo, abre espacios para desarrollar esquemas de ahorro complementarios (individuales y colectivos) permitiendo articular en forma definitiva los planes privados de pensiones a los sistemas de ahorro para el retiro.

Jorge Espinosa de los Reyes, en su ponencia "**La Afore Social**" enfatizó el hecho de que los trabajadores podrán retirarse con una pensión digna, ser en todo momento propietarios de su ahorro para el retiro y elegir a su AFORE. Con esto se fortalecerá el ahorro interno del país y la inversión productiva a largo plazo.

Destacó la creación de la AFORE Social dentro de la reforma de pensiones, enfatizando que la AFORE Siglo XXI tendrá un carácter social, ya que se dedicará a los estratos socioeconómicos de menor percepción de ingreso, basará su estrategia de afiliación en la educación e información al usuario, sus promotores serán asesores en seguridad social más que vendedores, protegerán el patrimonio de los trabajadores de México, buscarán la mayor rentabilidad y racionalizarán al máximo los costos de operación para reducir las comisiones por administración de cuentas.

Carlos Soto en su Conferencia Magisterial sobre el "**Seguro de Riesgos de Trabajo**", comentó que ampara los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo, pudiendo producir la muerte o incapacidades temporal o permanente y parcial o total.

Este seguro se financia exclusivamente con cuotas patronales. Actualmente cuenta con cinco clases de riesgo donde se clasifican las empresas. Esto genera que las empresas de baja siniestralidad subsidien a las de alta siniestralidad.

Hizo una semblanza de la evolución histórica de este seguro, poniendo de manifiesto que el desequilibrio financiero proviene principalmente del aumento en las esperanza de vida, el aumento de beneficios y la disminución de los tiempos de espera.

En cambio, en la nueva Ley se calcula la cotización en base a la siniestralidad que presenta la empresa, desapareciendo las clases de riesgo. Se adiciona una prima fija de 0.25% sobre salarios para financiar los gastos de administración.

Con esto se generan ventajas como el incentivar la prevención de riesgos, promover la competitividad de las empresas, evitar las impugnaciones patronales, reducir el costo administrativo y cobrar una prima en función de la siniestralidad presentada.

Sergio Valls, en su conferencia magisterial: "**Aspectos Jurídicos del Nuevo**

Sistema Pensionario en México", nos comentó que la nueva Ley del Seguro Social requirió del diseño de una legislación complementaria, que estableciera las reglas de operación para las entidades financieras que participarán en el manejo de las reservas que se integrarán, mediante el sistema de capitalización individual, para financiar las pensiones al momento que un trabajador se vea en la necesidad de retirarse de la fuerza laboral, en razón a su edad y la consecuente disminución de sus capacidades.

El IMSS de ninguna manera puede convertirse en una entidad financiera sin poner en peligro su objeto primordial, ni correr el riesgo de desviarse de su finalidad. Por ello, en la nueva Ley se propone que el rector de la seguridad social siga siendo el IMSS y que sean otros entes, cuyo objeto social sea la actividad financiera, los que inviertan las reservas para aprovechar que, mediante la competencia, se generen mayores rendimientos en beneficio del sistema de pensiones y, por ende, de los trabajadores.

El Instituto Mexicano del Seguro Social sigue siendo el responsable de la organización y administración del seguro social y la intervención de las Afores y aseguradoras no lo libera del compromiso con el asegurado de garantizar que éste recibirá los beneficios que se otorgan en la Nueva Ley.

La distribución de responsabilidades entre entes dedicados exclusivamente a organizar y administrar el seguro social y aquellos avocados a las actividades financieras, en el mediano plazo, incrementará la eficiencia del sistema y esto deberá traducirse en mayores beneficios para los asegurados.

Patricio Tombolini, por su parte en su también magnífica conferencia sobre el tema: **"El Rol del Estado en el Sistema de Seguridad Social - El caso de Chile"**, nos comentó que se deben superar posturas preconcebidas que consideran al Estado como ineficiente.

El Estado en la Seguridad Social ha tenido logros significativos por lo que las Reformas son **de** la Seguridad Social y no **en** la Seguridad Social.

La Reforma Chilena es sistemática, integral y dinámica; en su tercera generación y se encuentra en una mayor libertad de elección para el usuario, la regulación de la competencia y la generación de información al usuario para combatir la asimetría de Información.

QUINTA SESION PLENARIA.-

Alejandro Bonilla, en su ponencia: **"Reflexiones sobre las Reformas Sistemas de Seguridad Social en América Latina"**, nos manifestó que el contexto en el que se desarrollaron los sistemas de seguridad social en el presente siglo en América Latina, se caracterizaron por fenómenos como desequilibrios externos,

deuda externa, inflación, desempleo, crecimiento del sector informal, aumento de la pobreza, entre otros.

El desarrollo de nuevos y modernos sistemas de seguridad social son de la competencia de una amplia gama de instituciones: institutos de seguridad social, ministerios de salud y de finanzas o de hacienda pública, bancos centrales, etc.

Con las múltiples posibilidades teóricas para el desarrollo de un sistema de seguridad social y las circunstancias actuales, tendencias y características propias de cada país, se concluye que no existe una receta universal.

La reforma de los sistemas de seguridad social no tiene principio ni fin, y debe constituir un proceso continuo y dinámico de análisis, respeto, diálogo, cuestionamiento y transformación de los sistemas existentes.

"La Reforma al Sistema de Seguridad Social", fue abordada por Luis Cerda.

Comentó que la reforma al sistema de pensiones del IMSS era necesaria por los problemas financieros que presentaba el Instituto (derivados principalmente de los cambios demográficos de la población y del aumento en los beneficios), las distorsiones laborales y la inequidad (evasión y disminución del empleo formal), la problemática observada en el SAR y la falta de ahorro interno.

La reforma es viable porque los costos fiscales son manejables, la población es relativamente joven (65% entre 15 y 35 años), la carrera salarial es creciente para la mayor parte de los afiliados y las finanzas públicas estructuralmente sanas.

Con la Reforma se logra corregir la viabilidad financiera del modelo de pensiones, existe mayor equidad al existir una relación entre contribuciones y beneficios, se cuenta con un pilar de cuentas individuales bien definido y se generará mayor ahorro interno a través del ahorro forzoso.

Un elemento importante para medir la generación de ahorro interno es el tamaño del costo fiscal de la transición vis-a-vis el saldo acumulado de las aportaciones; otro es el tratamiento de los costos fiscales.

Los retos en el corto plazo son ampliar la cobertura; reflejar los costos fiscales; reestructuración financiera y operativa del IMSS; mayor flexibilidad en la inversión de fondos; supervisar la estructura de comisiones de las AFORES; simplificación del esquema operativo; e implantación del mercado de rentas vitalicias.

La ponencia: **"Reforma del Sistema de Pensiones"** presentada por Eduardo Macías, manifestó que este proceso tuvo como antecedente un Diagnóstico elaborado en el propio IMSS, el cual sirvió de base para que, durante los diferentes Foros de Consulta, se señalaran las propuestas para remediar las fallas y deficiencias encontradas en los servicios del Instituto.

Este consenso permitió adquirir los elementos necesarios para tener una opinión informada sobre el modelo de seguridad social vigente, de manera que la reforma pueda conservar su carácter público (normatividad), fortaleciendo su carácter solidario (cuota social), haciéndolo realmente igualitario (cuota uniforme en Enfermedades y Maternidad) y propiciando la universalización.

Cabe recordar que el ramo de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte del Seguro Social (IVCM) inició en 1944, como instrumento para garantizar niveles mínimos de bienestar al momento en que se retiraran de la vida laboral, otorgando una pensión digna para los familiares del pensionado a la muerte de éste.

El ramo opera como fondo de reparto, sustentado en la solidaridad entre generaciones, lo que permitió en sus orígenes que aumentaran los beneficios sin modificar las cuotas.

Como resultado de la inflación, las pensiones sufrieron un fuerte rezago que afectó considerablemente los ingresos reales de los pensionados. Esto se corrigió parcialmente con las pensiones dinámicas y la indización al salario mínimo de la pensión mínima. Particularmente en los últimos 5 años se incrementó el monto de la cuantía mínima, llegando al 100% del salario mínimo.

A pesar de que se pueda considerar que las pensiones no son todavía suficientes, debe mencionarse que en la actualidad todos los pensionados reciben, en términos reales, más de lo que aportaron.

Luis Sosa en su ponencia sobre **"La Reforma de Pensiones y el Desarrollo de las Rentas Vitalicias"**, refirió que se han llevado a cabo las modificaciones necesarias que permitirán, en el mediano plazo, tener un nuevo sistema de seguridad social que verdaderamente otorgue con certeza los mínimos beneficios que todos los mexicanos debemos tener, sin el riesgo de ser una carga que las futuras generaciones no puedan soportar.

Mencionó que, sin lugar a dudas, este nuevo sistema de seguridad social tiene como beneficio adicional el que se constituye en un pilar fundamental del ahorro interno de nuestro país, que tanto necesitamos, de tal manera que nos permitirá iniciar el círculo virtuoso de "ahorro del trabajador-ahorro interno-inversión productiva-acumulación de capital-generación de empleo-incremento de los salarios reales y finalmente un mayor ahorro del trabajador".

Finalmente señaló que los objetivos establecidos en la reforma de nuestro sistema de seguridad social se pueden resumir en : garantizarle a los trabajadores mexicanos el pago de un beneficio mínimo establecido en la Ley del Seguro Social, propiciando mediante un sistema de libre competencia el que estos beneficios mínimos se puedan incrementar, pero sin perder la garantía de los

mismos; evitar que estos beneficios se vuelvan una carga para las generaciones futuras y que los recursos que se acumulen con el tiempo apoyen el desarrollo integral de nuestro país.

"La Reforma de Pensiones y su Articulación con el Sistema Financiero" fue el tema abordado por Luis Huerta.

En ella comentó que hay que reconocer que no contamos con un sistema financiero sólido y estable. En las últimas dos décadas hemos podido constatar que los cambios en la dinámica económica de México han rebasado por mucho la capacidad del sistema.

Un sistema financiero basado en : inversiones de corto plazo, expectativas de tipo especulativo, situaciones circunstanciales, no puede servir de base para el desarrollo de la infraestructura de un país con necesidades de hacerle frente a carencias históricas y a tasas de crecimiento poblacional superiores a la media internacional.

Los recursos captados para financiar prestaciones y beneficios de largo plazo como son los de invalidez, fallecimiento y retiro, fueron canalizados a apoyar soluciones a problemas de corto plazo. No se logró que estos recursos ingresaran al sistema financiero con una visión de largo plazo.

En cuanto a las perspectivas en México, un punto muy importante a considerar será el régimen de inversión que seguirán las Afores, ya que se espera que el primer año de operación solo existirá una sola Siefore y solo podrá invertir en instrumentos de deuda, pública y privada. Sería a partir de julio de 1998, donde se podría autorizar a las Afores a tener mas de una Siefore y poder acceder el mercado accionario.

Es de esperarse que el impacto de las Afores en el mercado de deuda sea mucho mayor, particularmente en instrumentos de financiamiento de largo plazo. Destacarán en este sentido los bonos corporativos, vivienda y banca de desarrollo para el impulso de infraestructura.

El tema: **"La Modernización del Estado, la Desconcentración en el Sector Salud"** fue analizado por José María Marín quién inició señalando que el contexto en el que se desarrollan los sistemas de salud se caracteriza por el conflicto entre los recursos y los problemas.

Esta situación plantea tres cuestiones referentes no solo a nivel de los estamentos políticos y de expertos, sino de toda la sociedad:

La primera cuestión, comprende el desarrollo integral de la persona humana que debe ser vista en sus dimensiones económica y social.

La segunda cuestión se refiere a la modernización del Estado y la tercera, al

financiamiento que debe adoptar una actitud proactiva y desarrollar la capacidad gerencial de los dirigentes.

Estas tres cuestiones básicas condicionan el planteamiento de las reformas del sector salud que se ven inmersas en los siguientes retos:

1. Redimensiónamiento de la salud como componente del desarrollo
2. Universalizar la cobertura con servicios básicos
3. Proveer atención más integral y de buena calidad
4. Redefinir formas de conducción, organización, provisión y financiamiento
5. Mejorar la eficiencia y la equidad en la gestión
6. Lograr la proactiva y responsable participación social
7. Incrementar la capacidad operativa de los servicios
8. Asegurar la sostenibilidad financiera

En estos retos se reconoce como aspecto nuclear a la equidad que se convierte en objetivo central de los procesos de reforma.

"La Reforma del IMSS desde la Perspectiva de los Trabajadores" fue el tema de la brillante conferencia magisterial de Juan Moisés Calleja, quien comentó que entiende a la seguridad social como la generadora de derechos fundamentales del hombre que son: la dignidad y el valor de la persona humana y, al seguro social, como una parte de ella.

La creación del seguro social depende de la inquietudes y lucha de la clase obrera que desde siempre sintió y ha sentido la necesidad de protegerse en la adversidad. Es de ellos su creación, consolidación y desarrollo.

En el año de 1943, inició sus actividades el Instituto Mexicano del Seguro Social en condiciones limitadas; sin embargo, los trabajadores habían sobrepasado la mutualidad y previsión social.

Los trabajadores entendieron y entienden al Seguro Social como suyo. Es su patrimonio colectivo con el cual se conserva la paz social. Es la protección para sí y su familia en la salud y frente a la inseguridad.

A más de cincuenta años de su existencia, su revisión se tornó imperativa. Mostraba quebrantos, insuficiencias, reclamos. Necesitaba de un nuevo impulso financiero, mejor administración, modernidad, descentralización, productividad para elevar la calidad de los servicios.

El IMSS debe permanecer como instrumento de la seguridad social integral, para coadyuvar a alcanzar la plena igualdad de oportunidades que exige nuestro país.

El Instituto debe trascender los límites de la protección al trabajador y a las empresas instaladas, para pasar a promover activamente la generación de empleos y el crecimiento económico, contribuyendo a aumentar el ahorro interno que es la base segura y permanente para un continuado desarrollo industrial.

El Seguro Social mexicano continúa y seguirá siendo institución social tripartita, con la presencia de los trabajadores en su funcionamiento y con la finalidad de garantizar el derecho humano de la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios necesarios para el bienestar social y colectivo. Expresión de solidaridad social y baluarte auténtico de la equidad y la estabilidad del país.

Los trabajadores están satisfechos con la nueva legislación del seguro social. Ella resolverá sus preocupaciones sin salirse de su encuadre social.

No puedo concluir esta síntesis sin expresar mi reconocimiento a los ponentes por sus valiosas aportaciones. A los presidentes de las sesiones plenarias por sus acertadas intervenciones así como a los destacados conferencistas que nos enriquecieron con sus reflexiones.

Extiendo también mi gratitud a todos los miembros del Comité Organizador por su incansable labor de apoyar -de manera por demás amable- la realización de nuestros trabajos.

Señor Licenciado Genaro Borrego Estrada, en su discurso inaugural dejó usted claramente expuesto que no podemos prescindir en la búsqueda cotidiana del perfeccionamiento de nuestras instituciones, teniendo como guía la trascendencia de la seguridad social para traducir en hechos sus nobles fines.

Con ese espíritu y con ese propósito hemos concluido nuestras deliberaciones.

Nos propusimos reflexionar sobre las reformas. Creo que, con valiosos frutos, lo hemos logrado.

CONCLUSIONES SOBRE EL TEMA DE SISTEMAS DE SALUD

Reforma, palabra guía. La mayor parte de los sistemas de seguridad social de la región están inmersos en este proceso.

Los principios comunes que orientan el camino de los cambios son la calidad, la eficiencia, la equidad, la universalidad, la libertad de elección y el humanismo.

Se identifica a los cambios demográficos y epidemiológicos, la globalización económica, los aspectos financieros y el mayor nivel de exigencia de la sociedad en su conjunto, como los detonadores de los procesos de transformación.

Se buscan nuevas fórmulas para una adecuada coparticipación pública y privada que evite la polarización entre estos sectores, y que contribuya al logro de una competencia administrada eficiente que favorezca la estructuración de modelos de salud plurales y participativos.

Se acreditó que los indicadores en general reflejan mejoría en el nivel de salud de la población; sin embargo, no son satisfactorios y aún persisten diferencias y rezagos regionales que son lacerantes.

Las instituciones de seguridad social han desarrollado modernos instrumentos que permiten medir con mayor precisión las necesidades de salud de la población y el costo-efectividad de las intervenciones. Los sistemas de salud deben incorporar paulatinamente estos instrumentos.

Debe evitarse que el debate sobre las propuestas de reforma se base en posiciones ideológicas. Es particularmente nocivo para la sociedad utilizar ciertas palabras, como "privatización" para descalificar a las propuestas. La sociedad merece un debate de alto nivel, que se fundamente en valores compartidos y en evidencias válidas sobre lo que ha financiado y lo que no lo ha hecho. En particular deben evitarse los prejuicios contra la participación privada en el financiamiento y la provisión de servicios de salud, como complemento de los servicios públicos. Tales prejuicios limitan la posibilidad de atender a mayores núcleos de población y de incrementar la calidad y la eficiencia de la atención médica.

La regionalización de los servicios, la adecuación de sistemas de referencia y contrareferencia, el fortalecimiento de la atención primaria, el establecer esquemas de atención integral con énfasis en la promoción, y el fomento de la salud, fueron identificados también como líneas generales de la reforma.

Se planteó que la incorporación tecnológica costo-efectiva, la implementación de modernos sistemas de información y la formación y capacitación continua del personal de salud deben ser, entre otros, apoyos fundamentales para la operación de los servicios de salud.

Los proyectos de reforma no sólo deben contemplar aspectos administrativos, técnicos o financieros; es indispensable que también se considere a los recursos humanos que la van a operar en los nuevos arreglos.

Se identifica, como línea general de trabajo, la necesidad de incorporar a la población, para que participe sistemáticamente en la planeación y evaluación de los servicios.

Se ratificó que estos foros son una excelente oportunidad para compartir experiencias, sembrar inquietudes y establecer líneas de cooperación.

CONCLUSIONES SOBRE EL TEMA DE BIENESTAR SOCIAL

El tema de bienestar social fue abordado desde varias perspectivas. Una de las más relevantes fue de carácter conceptual desde la cual se insiste en replantear la Seguridad Social dentro del nuevo marco mundial regido por una economía de mercado. Por otra parte, se destacaron las necesidades de grupos poblacionales particulares como el femenino, el que requiere de atención prioritaria para efectivamente lograr su bienestar. En este ámbito resalta el papel de las guarderías para las madres trabajadoras. Por el lado de las prestaciones sociales se evidencia que éstas representan un elemento primordial para la construcción de vidas sanas y, por tanto, para el bienestar del conjunto de la población. Su contribución es fundamental, sobre todo, porque disminuyen la carga económica del sistema de seguridad social.

Se propone la integración del conjunto de la sociedad en la construcción de la Seguridad Social mediante formas participativas. Esto requiere de un nuevo pacto social que permita recrear condiciones de progreso y bienestar. Por eso es necesario hallar un nuevo equilibrio entre el Estado, las empresas y los ciudadanos, es decir, entre el Estado, el mercado y la sociedad.

Para lograr el bienestar social entre la población femenina se requiere de un conjunto de programas y acciones que garanticen la igualdad de oportunidades de educación, capacitación y empleo, plena equidad en el ejercicio de sus derechos sociales, jurídicos, civiles, políticos y reproductivos. La nueva Ley del IMSS contribuye al bienestar de la mujer con el seguro de guarderías y prestaciones sociales, el de enfermedad y maternidad, el seguro de familia y la incorporación de las trabajadoras por cuenta propia, entre otros.

Los ordenamientos del seguro de guarderías y prestaciones sociales establecidos en la nueva Ley del IMSS permitirán disponer de mayores recursos financieros para ampliar la cobertura bajo nuevos esquemas que conserven la esencia de los programas de atención a la niñez, pero con mayor flexibilidad en los costos y en la operación.

Las prestaciones sociales se deben concebir como acciones de prevención a fin de evitar riesgos o contingencias y amortizar las incidencias de prestaciones médicas y económicas que proporciona el IMSS. Esto se debe a que prestaciones sociales cuentan con una enorme capacidad de influencia para modificar o, mejor

aún, evitar prácticas dañinas para la salud mediante la promoción y oferta de alternativas de recreación y entretenimiento.

Los sistemas de seguridad social encaminados al bienestar social, vigentes en América del Norte, difieren entre países dado que responden a características socioeconómicas distintas. Cada uno de los sistemas se diferencian en las formas de operación en los ámbitos de salud, pensiones y apoyos al ingreso. Pretender adoptar un sistema único para la región sería ocioso. Sin embargo, es importante rescatar los aspectos positivos de cada uno de ellos, como el caso de la medicina preventiva en Canadá.

El desarrollo humano requiere de la formación de capacidades y del adecuado uso de éstas en los diversos ámbitos de la vida cotidiana como el descanso, el trabajo, las actividades culturales, políticas y sociales. Para lograr efectivamente este desarrollo, son necesarias profundas transformaciones políticas e institucionales así como un cambio en actitudes y comportamientos en el que participe toda la colectividad.

CONCLUSIONES SOBRE EL TEMA DE PENSIONES

Los cambios demográficos determinan en gran medida el tipo de modelo de pensiones a elegir. La transición demográfica ha generado que varios de países de América Latina hayan optado por modelos de cuentas individuales o modelos mixtos.

Se debe cuidar que las prestaciones ofrecidas por la seguridad social, especialmente las pensiones, guarden una estrecha relación con el monto de las aportaciones y con la esperanza de vida que tiene la persona al momento de ser beneficiada.

El cálculo de estos parámetros demográficos debe efectuarse correctamente, si no aparecerán perjuicios en los trabajadores o las instituciones de seguro.

La evaluación de los resultados de los sistemas con un componente de cuentas individuales requiere de un mayor plazo para dimensionar los efectos en diferentes contextos.

Los costos de la transición a los sistemas mixtos han sido altos pero inferiores al costo que hubiera significado permanecer en el anterior sistema colectivo. Para el caso mexicano, estos costos podrían ser atenuados si se combina la relativa juventud de la población con carreras salariales crecientes y el saneamiento de las finanzas públicas del Estado.

Es fundamental que no se continúe traspasando el déficit actual a las generaciones futuras.

Las instituciones de Seguridad Social presentan el reto de ofrecer mejores beneficios a partir de la optimización de los recursos obtenidos con las aportaciones.

Para garantizar la viabilidad de los sistemas con cuentas individuales se debe fomentar el ahorro interno y desarrollar los mercados de capitales. Persiste el debate sobre los efectos en el ahorro interno.

Los planes privados se presentan como un opción de complemento a los beneficios ofrecidos por la seguridad social.

En suma, los nuevos modelos con cuentas individuales deben buscar fomentar el crecimiento del ahorro interno y desarrollar el mercado de capitales, de manera que ofrezcan beneficios atractivos que sustituyan las ganancias generadas por la solidaridad intergeneracional.



REFLEXIONES SOBRE LAS REFORMAS

Por: Jean Maninat

Jean Maninat, de nacionalidad venezolana, cuenta con Licenciatura en Filosofía y estudios en Relaciones Internacionales. Ingresó a la Sede de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1987, ocupando el cargo de Jefe de la Unidad de Investigaciones y Publicaciones de la Oficina de Actividades para los Trabajadores. Es actualmente Director de la Oficina de Área para Cuba, Haití, México y la República Dominicana.

Es para mi un honor el que una de mis primeras actividades como Director de la Oficina de México sea presentar a la OIT en esta "Segunda Reunión Internacional de Expertos en Seguridad Social". Quiero hacer propicia la oportunidad para hacerles llegar los saludos del Subdirector General de la OIT para las Américas, Sr. Víctor Tokman.

Los lazos de cooperación entre la OIT, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, el CEDESS y el resto de instituciones y organismos estudiosos de la seguridad social en la región son de larga data. Sin embargo, el fortalecimiento es hoy imprescindible, en momentos en que la mundialización de la economía y el consecuente rediseño de nuestras sociedades obliga a repensar el papel que juega la seguridad social en ellas.

El tema seleccionado "Reflexiones sobre las reformas", es indicativo de una voluntad en la región de acometer los cambios requeridos, acompañados de un proceso de reflexión permanente, acerca de las particularidades de cada proceso. Por otra parte, también nos anuncia que la tentación de trasplantar mecánicamente modelos de una sociedad a otra ha encontrado, en la reflexión, su anticuerpo más eficaz.

Las ponencias presentadas nos señalan que los procesos de reforma de los sistemas de seguridad social son dinámicos y que requieren de un seguimiento permanente que posibilite las creas que necesitan ser perfeccionadas. Se analizaron y debatieron en forma objetiva y abierta los logros alcanzados por diferentes países que han efectuado reformas; el papel que corresponde jugar en esta nueva situación al Estado, la creciente participación del sector privado; la contribución de los actores sociales; se han discutido, asimismo, las limitaciones y los retos que quedan pendientes.

Las presiones que impulsan a reformar los sistemas de seguridad social son variadas y han sido descritas con propiedad en la Reunión. Básicamente se señalaron las alteraciones demográficas de las últimas décadas; la necesidad de lograr mayor eficacia a la hora de asignar los recursos; la búsqueda de la excelencia en la prestación de servicios, una mayor participación de los beneficiados al ampliar su facultad para optar entre diferentes esquemas.

La pertinencia de acometer las reformas, aun encontrando resistencias, ha logrado establecer un consenso entre los diversos factores de la sociedad con capacidad de tomar decisiones. En nuestra región se ha llevado a cabo un número sin precedente de reformas de sistemas de seguridad social, probablemente el mayor efectuado recientemente en cualquier otra región del mundo y previsiblemente, antes de que culmine el siglo XX, prácticamente todos los países habrán reformado de una o de otra manera sus sistemas de seguridad social. Ni siquiera los países europeos, que basaron su desarrollo de la posguerra en el establecimiento de sistemas de solidaridad sólidos parecen estar inmunes a la necesidad de repensar la seguridad social.

La Organización Internacional del Trabajo sigue de cerca todo este proceso. En la Décima Tercera Conferencia de los Estados de América miembros, realizado en septiembre del 92, se incluye un punto relativo a la seguridad social, que tuvo como resultado la convocatoria de una reunión regional tripartita de expertos en seguridad social de las Américas, que se llevó a cabo en la Ciudad de México, en octubre de 1993, en estos mismos predios, con los auspicios del CIESS y del IMSS a fin de que se afinaran y consensaran las conclusiones de la conferencia. Desde entonces, han pasado tan sólo cuatro años, que han traído consigo los cambios vertiginosos por todos ustedes conocidos.

La OIT sigue brindando su apoyo técnico y sus buenos oficios para propiciar que los países que aún están embarcados en los arduos trabajos de análisis, evaluación y selección de alternativas, incluyan soluciones viables dentro de su propio contexto y considerando tanto los beneficios, costos y responsabilidades de todos los sectores. Igualmente, considera que los procesos de reforma deberían incluir la consulta, el diálogo social, la búsqueda de consenso y el apego a las normas internacionales del trabajo.

Habría que cambiar, sí, habría que reformar, sin duda. Pero vale la pena recordar lo que señala en su discurso de inauguración el Director del Instituto Mexicano del Seguro Social de México: que el proceso de reforma tiene por objetivo el fortalecimiento de la protección de los trabajadores y la ciudadanía en general y no su debilitamiento.

Para la OIT el logro de reformas sustentadas en el respeto a los principios básicos que condicionan la seguridad social será la clave para que nuestras sociedades

puedan incorporarse con éxito pero también con armonía social a la prosperidad que promete la mundialización.

La reunión que ahora concluye es un excelente augurio de que estos dos aspectos formarán parte del desarrollo de la región y es para mí un honor declarar formalmente clausurados los trabajos de la Segunda Reunión Internacional de Expertos en Seguridad Social.

PALABRAS DE CLAUSURA

Por: Lic. Genaro Borrego Estrada

Versión estenográfica

Estimadas amigas y amigos:

Les agradezco mucho la invitación que me han hecho para asistir a este evento de seguridad social, desde su inicio en la inauguración y a escuchar las conclusiones al término.

Seré breve en los comentarios que me han solicitado y que mucho aprecio, solamente para destacar, en primer término, la importancia de la reflexión sobre la seguridad social en el mundo entero y muy especialmente en nuestro continente que ha vivido procesos de reforma, desde luego aún inacabados. Estos cambios han requerido de análisis minuciosos y sobre todo de guardar fidelidad a los principios, a la esencia, a los fundamentos conceptuales originales de la seguridad social, que a nuestro juicio son inamovibles.

El fin de siglo se está caracterizando por la presencia de grandes cambios y transformaciones. No podemos ocultar que si con alguna palabra habría que caracterizar el término del siglo XX, es con la palabra cambio; cambian las sociedades, está cambiando la relación entre las naciones, la interdependencia entre éstas se da de una manera más intensa y diferente, los estados nacionales se reforman, los procesos económicos varían, soluciones planteadas ayer han generado problemáticas nuevas y ante éstas surgen nuevas soluciones. Es decir, en este fin de siglo se evidencia el dinamismo de las sociedades y que el cambio es un proceso continuo.

Ciertamente no hay modelos únicos, ni tampoco reformas definitivas. Quiero poner el acento en la importancia de la reflexión para que el cambio no nos arrolle, sino que nosotros seamos quienes lo conduzcamos de acuerdo con principios esenciales inalterables y de acuerdo con procesos previos deliberativos, reflexivos, que logren consenso entre los protagonistas de la seguridad social.

Lo que quiero resaltar, por último, es que ciertamente hay distintas perspectivas del cambio. No hay, lo subrayo, soluciones únicas, ni exclusivas, ni tampoco permanentes, no hay modelos únicos, cada país, cada sociedad, cada estado nacional tiene su propia historia, su propia peculiaridad y por tanto han de ser distintas las soluciones que se presenten a los problemas.

Pero en la seguridad social, a mi juicio, debe de haber unificación de objetivos, los fundamentos conceptuales, los principios axiológicos de la seguridad social

siguen siendo válidos, permanecen actuales y a nuestro juicio deben ser inamovibles. La Seguridad Social como vía de protección integral al trabajador y a su familia y la Seguridad Social además que debe ser garantizada siempre por el Estado, el Estado garante de la Seguridad Social, en donde su participación sea convenida con el consenso social, pero a nuestro juicio debe de ser, es indispensable e ineludible.

Se ha dado aquí un ejercicio positivo de reflexión libre, plural, responsable y profesional. Que esa sea la característica de cualquier proceso de reforma que se dé en la Seguridad Social, con la certidumbre de que los objetivos permanecen idénticos, los fundamentos son inalterados, pero que los procesos de cambio, dada la característica de este final de milenio, deben de estar siempre acompañados de la reflexión, del consenso y del respeto a los principios originales y a las características de cada nación, de cada sociedad y de cada país.

Muchas gracias por la invitación que me han hecho y como partícipe de la Seguridad Social en nuestro continente, me siento muy alentado de que ésta y muchas más reuniones de la Seguridad Social se den con las características que ésta ha tenido. Enhorabuena, felicidades a todos quienes han participado en este evento y espero que se multipliquen, que se multipliquen no tan sólo en México, sino a lo largo y ancho de nuestro Continente, que está viviendo un proceso intenso de reformas, pero que tiene un faro luminoso, que es la convicción consensuada de que la Seguridad Social es redistributiva, es solidaria, es humanista y que, por tanto, siempre habrá de estar orientada a proteger integralmente al trabajador y su familia con una presencia ineludible del Estado.

... Reflexiones Sobre las Reformas en la Seguridad Social, se terminó de imprimir en el mes de agosto de mil novecientos noventa y siete, en los talleres de **Lito Roda, S.A. de C.V.**, Escondida No. 2, Col. Volcanes, C.P. 14640, Deleg. Tlalpan, México, D.F. y su tiraje fue de 500 ejemplares.

**CENTRO DE DESARROLLO ESTRATEGICO
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL**

Horacio 1003

Col. Polanco Reforma C.P.11550

TELS. (525) 250 77 08 250 77 09 250 77 20
250 77 22 FAX. 250 77 38

e-mail: cedess@servidor.unam.mx

**CONFERENCIA INTERAMERICANA DE
SEGURIDAD SOCIAL**

San Ramón s/n

Col. San Jeronimo Lidice C.P.10100

TELS. (525) 595 00 11

FAX. 683 85 24

e-mail: ciss@data.net.mx