

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



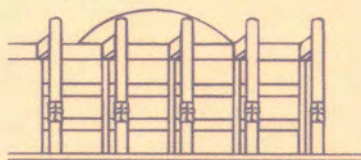
**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

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

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

**Seguridad •
social:
nuevas
realidades**

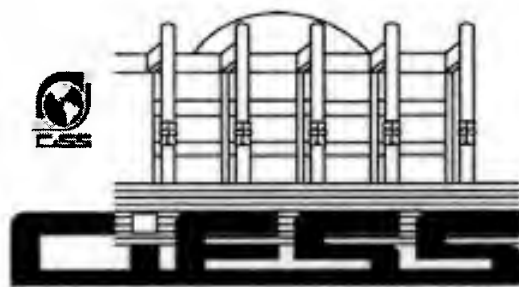
material de estudio



CIES
CENTRO INTERAMERICANO DE
ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

**Curso a
Distancia**

Seguridad social: nuevas realidades
Curso a distancia



Material de estudio

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

Órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Ciudad de México, mayo de 2004.

348.807

C163 c.5.

2004

v.1

ej 3

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna, ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, óptico, de grabación o fotocopia con fines lucrativos sin permiso previo del editor.

Editor: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social
Calle San Ramón s/n esq. San Jerónimo,
San Jerónimo Lídice,
C.P. 10100 México, D. F. Tel. 5595-0011
Registro 3079

© Derechos reservados. 2004. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

Índice

	Página
Módulo I. Contexto socioeconómico y político-ideológico de la seguridad social en el continente americano: una aproximación diacrónica y sincrónica	5
<hr/>	
Tema 1. Categorías centrales para el análisis del origen, desarrollo y futuro de la seguridad social en los países del continente americano	9
Tema 2. La reestructuración de la economía capitalista, la reforma de los sistemas de seguridad social y el replanteamiento de sus variables de contexto	33
Ejercicios y actividades de evaluación	58

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.

Módulo II. Marco conceptual y origen de las reformas	59
<hr/>	
Tema 1. Evolución de las reformas de los seguros sociales Por Antonio Ruezga Barba	63
Tema 2. Origen y contexto de las reformas de la seguridad social en México Por Antonio Ruezga Barba	87
Tema 3. Origen y contexto de las reformas de la seguridad social en Chile Por Nicolás Starck Aguilera	93
Tema 4. Origen y contexto de las reformas de la seguridad social en Colombia Por Juan Carlos Cortés	111
Tema 5. Origen y contexto de las reformas de la seguridad social en Argentina Por Alfredo Jorge Gamieta y Jorge Isaac D'Angelo	135

Tema 6. Origen y contexto de las reformas de la seguridad social en Costa Rica Por Carlos Fuentes Bolaños	175
Ejercicios y actividades de evaluación	195
Módulo III. Instrumentos jurídicos para la gestión de la reforma de la seguridad social	197
Tema 1. Características del sistema reformado de seguridad social en México Por Antonio Ruezga Barba	199
Tema 2. Características del sistema reformado de seguridad social en Chile Por Nicolás Starck Aguilera	233
Tema 3. Características del sistema reformado de seguridad social en Colombia Por Juan Carlos Cortés	247
Tema 4. Características del sistema reformado de seguridad social en Argentina Por Alfredo Jorge Gamietea y Jorge Isaac D'Angelo	289
Tema 5. Características del sistema reformado de seguridad Social en Costa Rica Por Carlos Fuentes Bolaños	301
Ejercicios y actividades de evaluación	324
Formato para envío de actividades de evaluación	325

Módulo 1

Contexto socioeconómico y político-ideológico de la seguridad social en el continente americano: una aproximación diacrónica y sincrónica

Tutora del módulo:

Raquel Abrantes Pêgo



Socióloga, Maestra en Ciencias Sociales por el Instituto de Filosofía y Ciencias Sociais de la Universidade Federal do Rio de Janeiro y candidata a doctora en Ciencias Sociales por El Colegio de Michoacán. Miembro del Comité de lectura de la Revista *Trace 42* del Centro Francés de Estudios Mexicanos Contemporáneos y Centroamericanos de la Embajada de Francia en México y Consultora *ad hoc* de *Cadernos de Saúde Pública*, periódico científico de la Escola Nacional de Saúde Pública, Fundación Oswaldo Cruz. Entre sus publicaciones más recientes destacan “Reforma, descentralización y el conflicto por la regulación del trabajo médico” (*Revista de Saúde Pública*); “Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México” (*Cadernos de Saúde Pública*); “Ámbito y Papel de los Especialistas en las Reformas en los Sistemas de Salud: Los Casos de Brasil y México” (The Helen Kellogg Institute for International Studies University of Notre Dame). Áreas de interés: políticas de salud y grupos de interés, Reforma, descentralización, salud reproductiva y género, participación comunitaria.

Contacto: rabrantes@ciess.org.mx

Módulo I. Contexto

socioeconómico y político-ideológico de la seguridad social en el continente americano: una aproximación diacrónica y sincrónica

INTRODUCCIÓN

Este módulo analiza, en los contextos específicos de varios países latinoamericanos, las variables económicas, sociales y políticas que permitan explicar adónde llegamos y a partir de ahí, recuperar dimensiones o elementos que ayuden a pensar perspectivas futuras viables. Nos ocuparemos, sin pretender ninguna relación exhaustiva, de aspectos como la naturaleza de las fuerzas sociales que presionan hacia un mayor compromiso público, la composición social, las estructuras de poder, las coaliciones y las ideologías. Para cumplir tal propósito, el presente módulo se compone de dos temas, a saber:

Tema 1. *Categorías centrales para el análisis del origen, desarrollo y futuro de la seguridad social en los países del continente americano.*

Tema 2. *La reestructuración de la economía capitalista, la reforma de los sistemas de seguridad social y el replanteamiento de sus variables de contexto.*

Para el desarrollo del presente módulo, partimos del supuesto que las políticas dirigidas a garantizar el bienestar económico-social de una colectividad, como cualquier política social, son consecuencia de la acción de actores sociales y políticos en un escenario de conflicto y tensiones, en el cual se definen cursos de acción por parte de los actores involucrados. Es por ello que dichas políticas no son solamente el resultado de macro-procesos económicos o políticos, como lo sugieren muchos reformadores.



OBJETIVO

Analizar el desarrollo y expansión de diversos sistemas de seguridad social bajo una visión diacrónica y sincrónica que relacione la importancia de procesos estructurales para su desarrollo y expansión, con las expectativas de sociedades menos desiguales y más solidarias generadas por dichos procesos.

PALABRAS CLAVE

Acumulación
Cambios demográficos
Concentración de la riqueza
Corporativismo
Estructura de poder
Feminización del mercado de trabajo
Globalización
Legitimación
Nuevas vulnerabilidades y riesgos para la salud
Políticas de bienestar

TEMAS

1. Categorías centrales para el análisis del origen, desarrollo y futuro de la seguridad social en los países del continente americano.
2. La reestructuración de la economía capitalista, la reforma de los sistemas de seguridad social y el replanteamiento de sus variables de contexto.

Autora de todos los temas: Raquel Abrantes Pêgo



EJERCICIOS Y ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

(Ejercicio individual)

Responda los siguientes apartados a partir de los temas analizados en este módulo:

- a) ¿Cómo clasificaría usted el sistema de seguridad social de su país o institución, más próximo a la tradición *bismarckiana* o a la de tipo *beveridiano*? Argumente su respuesta en dos páginas.
- b) ¿Cuáles son las categorías que explican mejor las características y la transformación del sistema de seguridad social de su país? Desarrolle su respuesta en tres páginas.

Tema 1. Categorías centrales para el análisis del origen, desarrollo y futuro de la seguridad social en los países del continente americano

Por Raquel Abrantes Pêgo



Resumen

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.

En los países capitalistas occidentales las instituciones públicas de salud y de seguridad social conforman un importante sector del Estado, debido al volumen de recursos humanos y económicos que movilizaban, por una parte, y, sobre todo, porque se tornaron imprescindibles para la salud y el bienestar colectivo de determinados grupos sociales. Además, como parte de las políticas de bienestar puestas en práctica por los Estados, estas instituciones desempeñaron un papel importante en la construcción del orden político al constituirse como instrumentos de gestión del conflicto distributivo.

Aunque en sus orígenes el diseño institucional de las políticas de bienestar estuvieron vinculados a dos tradiciones —la *bismarckiana* o aquella de tipo *beveridgiano*— reproduciendo un patrón, en los diversos países su desarrollo fue específico, como abordaremos a continuación. Se pretende demostrar, por un lado, que la institucionalización de las políticas de bienestar está aunada a la problemática de desarrollo de la economía capitalista. Por otra parte, se busca identificar las variables socioeconómicas y políticas que pudieran influir en la conformación y desarrollo de esas políticas, principalmente en lo concerniente a sus alcances en términos de mayor universalidad.

El desarrollo de la argumentación se basa en algunas de las fuentes comparadas existentes referidas al desarrollo de las instituciones, así como en algunas contribuciones específicas de cada país. Buscamos trabajar principalmente con autores que analizan la institucionalización de las políticas de bienestar aunada a la problemática del desarrollo capitalista, sin dejar de considerar la estructura social de poder existente en las formaciones sociales específicas.

Tema 1. Categorías centrales para el análisis del origen, desarrollo y futuro de la seguridad social en los países del continente americano

Iniciaremos este módulo reproduciendo un relato que el profr. José Sulbrandt presentó en un seminario en Chile, en un intento de llamar la atención sobre la diferencia entre diseño de políticas y un proceso de formación de políticas:

”...En Sudáfrica, en el momento de la transición, había necesidad de generar un nuevo sistema educativo y la educación de la población blanca era de las mejores del mundo: solo 15 alumnos por sala, los mejores textos, el número de profesores, todo era perfecto, excepto que la población nativa no tenía prácticamente educación. Cuando se presenta la confrontación entre esos dos grupos, cuando viene la transición, se plantean: tenemos que juntarlos para **analizar** el problema. ¿Cuáles eran las posiciones? Ustedes se las pueden imaginar. Los nativos obviamente reclamaban: ‘Exigimos la misma educación que los grupos blancos’. Los blancos decían: ‘Nosotros no renunciamos absolutamente a nada de lo que tenemos’. Entonces existe un intento de diálogo de política posibilitado por la intervención de terceros. Mientras la discusión ocurre sin datos, sin información, solo con lo que yo deseo y tú desees, no hay posibilidad alguna de zanjar el tema. Sin embargo, los representantes de la población nativa exponen: ‘No confiamos en los datos; son los datos de los blancos’. Interviene la Universidad de Harvard argumentando: ‘Ustedes confíen en nosotros, nosotros revisamos eso y les explicamos dónde están los errores, cuáles son los sesgos’. Así se va compartiendo lentamente la información básica y los modelos de operación del sistema educativo. Finalmente, a partir de un diálogo razonado, profundo, se llega a una negociación que significa que habrá un sistema educativo común, 30 personas por sala, etc. Si en situaciones límites como ésta es posible que un diálogo de políticas basado en razonamiento, en opiniones fundadas, que dé origen a un consenso y a una salida, nosotros no deberíamos desconfiar demasiado de la posibilidad de lograr acuerdos” (Sulbrandt, J., 2000:151).

Las instituciones públicas de salud y de seguridad social organizadas a partir del Estado son consideradas como uno de los fenómenos de mayor trascendencia económica, social y política del siglo XX. En todos los países de la región europea y en América, dichas instituciones conforman un importante sector del Estado

Las instituciones públicas de salud y de seguridad social organizadas a partir del Estado son consideradas como uno de los fenómenos de mayor trascendencia económica, social y política del siglo XX.

debido al volumen de recursos humanos y económicos que movilizaban, y, sobre todo, porque se convirtieron en imprescindibles para la salud y el bienestar colectivo de determinados grupos sociales. Además, como parte de las políticas de bienestar, estas instituciones llegaron a ser un instrumento de gestión del conflicto distributivo inducido por la economía capitalista que permitió la integración en el sistema social, económico y político de amplios sectores sociales al garantizar colectivamente la supervivencia digna de los individuos.

Los sistemas de bienestar en América tienen elementos comunes entre sí, desde un punto de vista formal, pero también muchas diferencias en términos de población cubierta y de beneficios otorgados. En todos ellos vamos a encontrar programas de protección social en sus variados aspectos asistenciales y de salud (financiación, campo de aplicación, acción protectora). Además, en su gran mayoría, empezaron a ser estructurados en el transcurso de las cuatro primeras décadas del siglo XX bajo la influencia filosófico-ideológica tanto de la tradición alemana *bismarckiana*, basada en los seguros colectivos contratados en conjunto, como la inglesa de tipo *beveridgiano*, característica de una seguridad social universalista, la cual llevó a la configuración de los Estados de Bienestar y como parte de éstos, de servicios sanitarios tipo servicio nacional de salud.

Diversos autores coinciden en ubicar los sistemas de bienestar del continente, en particular, los de la región latinoamericana, como de tipo de seguro social bismarckiano alegando que la mayoría de los casos no alcanzaron todavía la fase beveridgiana.¹ (Mesa-Lago, 1977, 1985; Malloy, 1985; Abel y Lewis, 1993). Otros autores prefieren decir que en América Latina su implantación fue parcial “en razón de la especificidad de las relaciones sociales y de las configuraciones institucionales propias de cada formación social”. (Peñalva, S, 1996:323).

Sin embargo, cuando examinamos estos sistemas desde la óptica de las relaciones entre Estado, sociedad y mercado, se diversifican en innumerables modalidades con importantes consecuencias para los ciudadanos. Cuba es muy distinto de EE.UU. o de cualquier otro país del continente, así como lo son Costa Rica de Perú, o El Salvador de Guatemala, por citar algunos ejemplos. Unos operan más a través de los aportes de sus potenciales beneficiarios, otros por el sistema tributario general, algunos son más universalistas en términos de cobertura de la población, al lado de unos más selectivos o estrictamente compensatorios con esquemas complementarios contributivos, sin hablar de los mecanismos de estratificación de los beneficios. Esas diferencias introducen, de acuerdo con

¹ En el contexto latinoamericano, Costa Rica destaca por disfrutar de una política social sumamente desarrollada y con gran tradición universalista. (Véase, por ejemplo, CEPAL, 1994) Chile, antes de la reforma, era considerado un país con un Sistema Nacional de Salud más próximo al modelo inglés.

Werneck Vianna (1988) patrones distintos de protección social que expresan variantes dentro de un mismo modelo.

¿Qué papel juegan las variables socio-económicas, culturales y políticas en la conformación y desarrollo de los sistemas de bienestar en el continente?

La bibliografía sobre el asunto es significativa para los casos europeos y relativamente limitada para la región de América. Asimismo, las investigaciones comparativas llamaron la atención sobre un conjunto complejo de variables que opera sobre el desarrollo de los sistemas de bienestar, independientemente de las razones de su surgimiento.

No existe la menor duda de que hay un movimiento de convergencia que muestra paralelismos cronológicos significativos en muchos países, como ya fue sugerido por Wilensk (1975), pero esa perspectiva teórica no aporta elementos para explicar los matices existentes y menos todavía, para develar, como llamó la atención Vila (1995:242) en su trabajo sobre las variables sociales y culturales en los países de Europa meridional, las resistencias y/o estímulos del cuerpo social, variantes de un país a otro y cuánto han influido en los procesos de reforma recientes.

Esto es, se trata de dos órdenes distintos de problemas: uno, que remite a los orígenes de los Estados de Bienestar y otro, a su desarrollo. De acuerdo con Arretche (1995:5) hacer esa distinción es importante dado que, un fenómeno social una vez consolidado “pasa a tener una dinámica propia de desarrollo, conformando instituciones e intereses particulares” que aportan significados distintos al propio contenido de las políticas de bienestar.

Se trata de dos órdenes distintos de problemas: uno, que remite a los orígenes de los Estados de Bienestar y otro, a su desarrollo.

De ahí el esfuerzo del presente documento por buscar en los contextos específicos de los países del continente las variables económicas, sociales y políticas que permitan explicar el punto en el cual nos encontramos y, a partir de ahí, recuperar dimensiones o elementos que ayuden a pensar perspectivas futuras viables. Este análisis se divide en cuatro partes: en la primera presentamos, de forma resumida, las dos tradiciones a partir de las cuales se estructuran las instituciones de bienestar. En segundo término se presentan las tipologías principales que han sido usadas para clasificar los sistemas europeos. Le sigue la presentación de variables identificadas por algunos autores que han dado el carácter específico de la seguridad social en la región de América. Finalmente, se expone la relación entre esas variables y el proceso de reforma en la región.

1. Las tradiciones bismarckiana y beveridgiana y la conformación de modelos de políticas de bienestar

Para efecto del presente documento, estamos considerando como políticas de bienestar aquellas con las cuales el Estado asegura a los ciudadanos condiciones mínimas de bienestar, sobre todo cuando éstos no pueden acceder a esas condiciones por sus propios medios. Aun cuando encontramos en la literatura especializada referencias a diversas acciones llevadas a cabo por las sociedades para mitigar la pobreza y la necesidad extrema, las bases de las políticas de bienestar se establecieron con el advenimiento de la sociedad industrial y con la expansión de la clase trabajadora, en el marco creciente de restricciones a la acción de las formas sociales intermedias (familia, comunidad, iglesia) para atender las nuevas necesidades de seguridad de los individuos y bajo un intenso conflicto de clases y de lucha social. Es en ese contexto que el Estado toma a su cargo los problemas sociales creados por el surgimiento del trabajo asalariado y del trabajo organizado en fábricas.

Aunque existen diferentes modelos de políticas sociales que acompañan las diferentes ideologías que dan sentido al quehacer del Estado en el campo social, la literatura especializada reconoce que, desde el punto de vista de su nacimiento, estructura y puesta en marcha, las políticas de bienestar estuvieron vinculadas a dos grandes tradiciones o arquitectos intelectuales: el modelo Bismarck, que surge en Alemania, y el Beveridge, surgido en Inglaterra. Ambas tradiciones han sido contribuciones fundamentales para definir y dar contenido a las políticas de bienestar.

La tradición bismarckiana se refiere al modelo de protección social instaurado en Alemania a fines del siglo XIX por Bismarck, más precisamente en el decenio de 1880 (contra la enfermedad en 1883, contra los accidentes de trabajo en 1884 y contra la vejez e invalidez en 1889). Estas intervenciones fueron dirigidas al sector obrero y significaron una forma de intervención pública claramente diferente de la asistencial, dando inicio a la política social moderna en un contexto político conservador.

El modelo de política de bienestar propio de esta tradición está basado en el concepto de la seguridad social obligatoria, la cual reparte los costos de los riesgos sociales entre la colectividad, imponiendo cotizaciones a los patrones y los trabajadores para constituir un fondo dirigido a proteger individualmente a los trabajadores y a sus familias de sucesos no previstos que pueden conducir a la pobreza o a la marginación social. Esto es: “una póliza de seguro que promete compensaciones proporcionales a las necesidades individuales, no al monto de cuotas pagadas por cada uno” (Bauman, 1999:73).

En términos políticos, el objetivo de Bismarck, según refiere la bibliografía especializada, fue consolidar el gobierno del imperio al promover la unidad nacional y estimular al desarrollo capitalista bajo la égida de un Estado fuerte que trata de alejar el peligro de una crisis económica y busca ampliar el apoyo obrero, disminuyendo así los motivos de protestas obreras, mediante políticas sociales que garantizaban el mantenimiento del *status quo*.

Este modelo de seguridad social, también conocido como adquisitivo o meritario, con sus matices, está estructurado en torno al trabajo y por lo tanto está vinculado al aporte que cada uno hace a la riqueza común. Diversos países de Europa lo adoptaron, predominantemente los del centro de Europa (Francia, Alemania, Austria, Suiza); algunos por medio de esquemas obligatorios de compensación a trabajadores pagados por patrones, y otros por medio de esquemas de seguros obligatorios de carácter tripartito (Gordon 2000).

El sistema de protección social mexicano puede ser caracterizado como de tipo bismarquiano, meritocrático-corporativista estatizado, cuya extensión, limitada al asalariado urbano, se compensa con un sistema de asistencia social a través de la Secretaría de Salud (federal), las secretarías de salud de los estados, el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y de instituciones filantrópicas.

La tradición que parte del informe inglés de Sir William Beveridge, a comienzos del decenio de 1940, fue fuertemente influida por el pensamiento de Keynes y moldeada por la confrontación entre el pensamiento económico liberal y el socialismo.² Navarro presenta a Beveridge como un empresario liberal, conservador y con posturas antisindicales, que apostaba a los derechos liberales de los individuos, pero reconocía que no todos los gozaban, de modo que era necesario para la sociedad garantizar esos derechos para todas las personas; además, pensaba Beveridge, los medios y la voluntad de usar esa libertad deberían estar garantizados por la ley. La sociedad de pleno empleo era la condición necesaria para generar los recursos para establecer una red de protección para todos frente a los infortunios. (Bauman, 1999:77)

El modelo oriundo de esta tradición fue el más avanzado de políticas sociales, entendido como un compromiso entre capitalismo (mercado) y democracia, y entre la lógica de la seguridad social y la acumulación, amparado sobre la base de los principios de universalidad, uniformidad y de unidad de protección social como derecho social. (Gordon, 2000). Este modelo, de acuerdo con Bauman

El objetivo de Bismarck fue consolidar el gobierno del imperio al promover la unidad nacional y estimular al desarrollo capitalista bajo la égida de un Estado fuerte que trata de alejar el peligro de una crisis económica y busca ampliar el apoyo obrero

² De acuerdo con Navarro (*ob.cit.*) el plan Beveridge fue una respuesta al plan universalista del ala izquierda del Partido Laborista, junto con los sindicatos, inspirada en los trabajos del socialdemócrata Harold Laski, quien más tarde funda la London School of Economics.

(1999:73) “supone la igualdad de necesidades, equilibrando las desigualdades existentes en cuanto a capacidad de pago”.

Esta vertiente, conocida también como liberalismo social, se estructuró en torno a la idea de que todos tenían el derecho a una vida digna, con independencia del aporte de cada uno a la riqueza nacional. Empezó a tomar forma después de la Segunda Guerra Mundial y supuso la aceptación de la intervención del Estado en el mercado para garantizar una provisión estándar de bienestar para todos los ciudadanos. Algunos autores interpretan esta corriente como una tercera vía de desarrollo democrático entre el comunismo y las experiencias autoritarias de Alemania e Italia. (Montoro Romero y Montoro Romero, 1996).

El liberalismo social, se estructuró en torno a la idea de que todos tenían el derecho a una vida digna, con independencia del aporte de cada uno a la riqueza nacional.

Marshall sistematizó esta tradición en el concepto de ciudadanía social, que implica tanto obligaciones como derechos sociales que adquiere un individuo y su familia por el solo hecho de pertenecer a un conjunto poblacional circunscrito a un territorio delimitado por un estado-nación. Para él, la ciudadanía como concepto y como realidad funciona como un principio de igualdad en oposición al concepto de clases que se estructura a través de la desigualdad.

Este modelo se extendió en los países nórdicos (Suecia, Noruega, Finlandia, Dinamarca), en Irlanda y, más recientemente, en torno a los años setenta y ochenta, se adoptó en los países mediterráneos (Portugal, Italia, Grecia y España). Es el modelo mayoritario en los países de la Unión Europea, con algunas peculiaridades.

El sistema de protección social de Brasil, por ejemplo, fue caracterizado por Marques-Pereira y Théret (2004:66) "como una combinación de un sistema de seguridad de tendencia universalista minimalista beveridgiano" que toma expresión a través del Sistema Único de Salud –SUS- con instituciones asistenciales.

Las formas de concretar e implantar estas dos tradiciones variaron según el contexto cultural e ideológico, las estructuras de integración social y política y el propio desarrollo del mercado y la sociedad. Sin embargo, en todas está presente la acción colectiva del Estado en la organización y puesta en práctica de esas políticas, con diferentes grados de participación. La acción colectiva del Estado busca alterar los resultados adversos provocados por el mercado: de ahí que se plantee que las políticas de bienestar determinan una relación entre el Estado y el mercado. Un tercer aspecto es que actúa en sustitución de la renta cuando ésta se encuentra en riesgo o como un mínimo, incluso para los que están fuera del mercado o son incorporados a éste de forma marginal.

La acción colectiva del Estado busca alterar los resultados adversos provocados por el mercado.

2. Las tipologías para el caso europeo y sus variables

Una de las tipologías más conocidas, basada en un análisis comparativo sobre 18 países capitalistas desarrollados, es la formulada por Gosta Esping-Andersen (1993). Esta tipología fue estructurada a partir de la de Richard Titmuss (1974, citado por Montoro Romero C. y Montoro Romero R.) y distingue los modelos a partir de un principio organizativo y sus consecuencias para los ciudadanos. Los modelos de Titmuss son: el residual, el de logro-cumplimiento o remunerativo y el de política social institucional. En el primero, el Estado interviene en situaciones límites cuando las familias y los individuos no logran por sí mismos su sobrevivencia; el remunerativo complementa el sistema económico y depende de la posición del individuo en el mercado de trabajo; mientras que el universal está sustentado en la idea del derecho social.

En cierta medida, la concepción de modelos de Titmuss, al igual que el concepto de ciudadanía de Marshall, está asociada a la dinámica evolutiva de la industrialización. Titmuss hace una correlación entre variables de crecimiento industrial y aumento de las expectativas y de las necesidades culturalmente construidas. En esa tipología el modelo institucional (universal) es la expresión de la realización del concepto de ciudadanía conforme lo propuso Marshall (1950) y busca la reducción de las desigualdades en la distribución de las prestaciones sociales según las necesidades y de conformidad con derechos universales. (Abrahamson, 1977:61).

Esping-Andersen pretende demostrar que el contexto ideológico-político presente en cada país define las características de los diferentes regímenes de bienestar. En consecuencia, considera que son resultados de la capacidad de movilización de la clase trabajadora en el interior de diferentes matrices de poder. Argumenta que en aquellos países donde la clase trabajadora es fuerte, está fuertemente sindicalizada y organizada en partidos políticos que gozan de apoyo electoral, el Estado de Bienestar es más amplio que en aquellos países donde la clase trabajadora es débil. En la tipología de Titmuss, la variable que diferenciaba cada uno de los modelos de bienestar era la relación que éstos tenían con las formas y el nivel del gasto público; en la de Esping-Andersen, es el grado de *desmercadoización* de la clase trabajadora, esto es, el nivel de vida de los trabajadores es independiente de las fuerzas del mercado porque está garantizado por las políticas de bienestar. (Picó,1996:45).

Esping-Andersen distingue tres regímenes de bienestar que son expresión de coaliciones de clase:

A. Social-demócrata o institucional-redistributivo, desarrollado en el norte de Europa, más específicamente en los países escandinavos. Aquí la clase obrera expresó sus demandas a través de partidos de la social-democracia que

El sistema de bienestar así construido se caracteriza por una protección universalista.

mantuvieron un control del parlamento durante un periodo significativo. En contrapartida, los partidos no-socialistas estaban fragmentados. El sistema de bienestar así construido se caracteriza por una protección universalista, que indica que el bienestar es un derecho ciudadano que ha de ser provisto ampliamente por el sector público mediante los impuestos generales independientemente de la participación de uno en el mercado de trabajo. En ese caso, los beneficios son desvinculados del monto de la contribución efectuada por el beneficiario, así se trate de asegurar patrones mínimos vitales, distribuidos según criterios de solidaridad y no de mérito.

B. Conservador o meritocrático-particularista, predominante en Europa continental, en particular, en Alemania, Austria, Francia, Japón, Bélgica e Italia. En este caso la Iglesia tuvo un papel importante en las reformas sociales influyendo en el movimiento obrero. Su característica principal es que se trata de un activo intervencionismo estatal. Es un sistema de bienestar marcado por el corporativismo y por esquemas de estratificación ocupacional que da lugar a una distribución desigual de los beneficios en función del lugar que ocupa la categoría social en el mercado laboral y de la capacidad organizativa.

C. Liberal-residual, predominante en los países de tradición anglosajona con fuerte peso del protestantismo, como lo son Australia, Canadá, Suiza y, en cierta medida, la propia Gran-Bretaña. Son países donde el movimiento obrero fue débil electoralmente. En ese modelo, el mercado, al igual que en el modelo conservador, es quien determina los beneficios con base en el mérito; el Estado interviene cuando el mercado y la familia fracasan. Financiado, básicamente, por la contribución individual y vinculando contribución a beneficios, la acción estatal es mínima con relación a la distribución de los recursos y servicios. En consecuencia, las provisiones de bienestar son residuales porque se basa en la idea de que las personas deberían de ser capaces de autoprotgerse sin el apoyo de las prestaciones sociales. Depende de la ayuda tanto de voluntarios como informales.

El mercado es quien determina los beneficios con base en el mérito; el Estado interviene cuando el mercado y la familia fracasan.

Estas tipologías o clasificación permiten englobar diferentes patrones de políticas de bienestar que han venido siendo desarrolladas en los países bajo diferentes ritmos y modalidades de funcionamiento, y hasta la década de los setenta recibían un amplio apoyo social. Como plantea Bauman (*op.cit.*:76) durante muchos años, pensar en la abolición del Estado de Bienestar era inimaginable. Muchos analistas consideraban que ya se había convertido en una estructura irreversible y que su abolición implicaría cambios profundos en las relaciones Estado-sociedad. Sin embargo, la situación fue cambiando y el impensable pasó a orden del día, de tal modo que muchas de las opciones planteadas se distancian de lo que proponía Beveridge y de la sociedad basada en la ética del trabajo.

Ante al aumento del gasto público y del gasto social que se hizo más evidente después de la década de los sesenta, y de manera independiente al patrón de

desarrollo de las políticas de seguridad social y bienestar en los diferentes países, éstas estuvieron bajo severas críticas y revisión. Muchos países se encontraron frente un dilema: cómo satisfacer las obligaciones sin aumentar las cargas fiscales más allá de los niveles actualmente aceptables como condición para mantener la competitividad en los mercados globalizados. Frente a este dilema, algunos alegan que estos modelos tienden a desaparecer debido a su carga para la economía y que se deberá pensar en otras soluciones capaces de abordar las nuevas circunstancias sociales y de desarrollo. Otros plantean que estos modelos, más que sobrevivir, han sufrido transformaciones, o más aún, que incluso ha aumentado su presencia en países de la OCDE debido al apoyo de los sectores medios y al arraigo ideológico suscitado durante muchos procesos electorales de aquellos países que buscaron la eliminación de este tipo de políticas de seguridad social.

Por otra parte, se encuentran quienes se manifiestan por una sociedad animada por la libre elección y compuesta por una multitud de consumidores exigentes, que aprecian su derecho de elegir en lugar de depender de una cobertura garantizada para todas sus necesidades básicas. Bajo esa percepción, el mercado es proclamado como el ámbito más eficiente de asignación y distribución de recursos escasos y los agentes son definidos como seres racionales que buscan lo mejor para sí mismos.

3. La región de las Américas: algunas variables de contexto como elementos explicativos de un patrón propio de desarrollo

En general, los programas de seguridad social de los países de América no son incluidos en los estudios comparativos, con excepción de los casos de EE.UU. y Canadá, incluso siendo, muchos de ellos, de adopción muy tardía. Para Malloy (1985:30) la ausencia de estudios que incluyan en sus análisis los países de América Latina se explica por el predominio en la literatura comparada de “los obsoletos modelos lineales de desarrollo que postulan una serie de etapas fijas que pasan del subdesarrollo al desarrollo”. La fatalidad de las etapas impide considerar las especificidades y menos todavía, considerar que los países europeos pueden sacar lecciones de las sociedades no avanzadas. Lo legítimo es que nosotros aprendamos de ellos, pero no al contrario, argumenta Malloy.

La fatalidad de las etapas impide considerar las especificidades y menos todavía, considerar que los países europeos pueden sacar lecciones de las sociedades no avanzadas.

De ahí la propuesta de enmarcar el análisis de la seguridad social en su contexto social, reconociendo que sobre su desarrollo opera un conjunto de factores que componen la vida social —estructura de clases, formas de representación y movilización, procesos de desarrollo económico, estructura de empleo— independientemente de que, en sus orígenes, estuvo vinculada al surgimiento de una economía de mercado, la cual generó una nueva realidad social.

3.1. La variable contexto social y político en la explicación de los orígenes y desarrollo de los sistemas de seguridad social

Independientemente de sus filiaciones teóricas, los autores que pasamos a presentar, consideran que la política, y en particular, la dirigida al bienestar de una comunidad, ocupa un lugar central en la vida social, “en la medida en que tiene que ver con mecanismos, la distribución, el ejercicio y las consecuencias del poder”. (Morán, M. L. y Benedicto, J., 1995:19). En el marco de una relación entre Estado-mercado-sociedad, las políticas de bienestar están articuladas con el modelo económico y, por lo tanto, con la acumulación, con la estructura social —al posibilitar un mejor bienestar a la población— y con la estructura de poder existentes; a partir de estas estructuras se gestiona la desigualdad y se regula el conflicto social, gestando así una base de legitimidad social y promoviendo la cohesión social.

Para Malloy (1985:29-30) por ejemplo, es importante investigar la dimensión política de la seguridad porque:

- A) la seguridad social es antes que todo, una política pública del Estado que “no sólo implica transferencias masivas de ingresos entre los grupos sociales sino que también se relaciona con profundas cuestiones ideológicas y estructurales referentes a la distribución del poder en la sociedad, a la organización del control social y a la adecuada relación entre Estado y sociedad”;
- B) Su crisis actual ha sido relacionada directamente a “decisiones anteriores producidas por el proceso político, las que han creado un nivel políticamente inflado de la demanda y el consumo en la sociedad, lo que ha generado a su vez un conjunto complejo de conflictos entre las necesidades de acumulación de capital en la economía, los niveles de consumo popular y las necesidades fiscales del Estado”;
- C) por último, “las soluciones económicas y técnicas del problema exigen que los gobiernos encuentren la voluntad y el rigor políticos necesarios para la implantación de medidas difíciles, tales como la elevación de los impuestos o la reducción de los beneficios, dada la resistencia política de los grupos poderosos de la sociedad”.

Pasemos entonces a la presentación de algunas investigaciones que se han dedicado a develar las relaciones existentes entre los contextos socio-político y las políticas y las instituciones de seguridad social para el caso de la región americana.

El primer estudio que presentamos, es de Mesa-Lago, un importante investigador de la seguridad social en América. Este autor, en alguno de sus estudios, parte del presupuesto de que existe algún tipo de relación o de influencia mutua entre las características de la sociedad y la naturaleza de las políticas. Para él, la estratificación social existente en las sociedades latinoamericanas actúa como variable independiente con capacidad de explicar la fragmentación de la seguridad social en nuestra región.

La estratificación social existente en las sociedades latinoamericanas actúa como variable independiente con capacidad de explicar la fragmentación de la seguridad social en nuestra región.

El segundo estudio es de Malloy, otro importante estudioso de la seguridad social en el continente. Malloy se interesa en explicar la especificidad de la seguridad social en América a partir de la teoría de las élites; es así que examina el modo en que se estructuró en el continente el propio Estado como estructura de poder que responde por el desarrollo del capitalismo, tanto en E.E.UU. como en América Latina. Más allá de sus variaciones nacionales, para Malloy como para otros especialistas en la materia (Torres, 1998, Ruezga Barba, 1994) la seguridad social como una política del Estado, estuvo articulada con la formación del mercado para la industrialización y la modernización social.

a) Las bases sociales de la seguridad social en la perspectiva de Mesa-Lago

Mesa-Lago propone examinar, bajo una perspectiva sociopolítica y comparativamente, las bases sociales de la seguridad social. Para ello analiza las principales “fuerzas” que determinan los orígenes y evolución de los sistemas de seguridad en América Latina, así como los resultados en términos de distribución de sus servicios. La hipótesis por demostrar es: “Una diversidad de grupos de presión con poderes diferentes constituyen el factor predominante del comienzo histórico en Latinoamérica de un sistema de seguridad social ‘estratificado’ y de que tal sistema genere desigualdades notables en la distribución de sus servicios” (Mesa-Lago 1977:16).

En consecuencia, afirma que, por un lado, cuanto más poderoso el grupo, obtiene antes protección, es más alto su grado de cobertura, tiene que pagar menos para financiar su sistema y son menos rigurosas las condiciones para disponer de beneficios, los cuales son de mayor cuantía y/o calidad (1977.:135-136). Por otro, la estratificación global de la sociedad latinoamericana ha llevado a una seguridad social estratificada (1977: 21) y a que las otras fuerzas existentes en la sociedad —partidos, Estado y burocracia— “operan en respuesta de los grupos de presión; también como mediadores de éstas o anticipándose a ellas” (1977.:29). A continuación abordaremos los resultados encontrados sobre los grupos de presión estudiados (los militares, los político-administrativos, los sindicatos y los no asegurados).

La estratificación global de la sociedad latinoamericana ha llevado a una seguridad social estratificada.

Para todos los casos estudiados, el de los militares, subdivididos en varios subgrupos —el ejército, la marina, la fuerza aérea, y la policía— parece ser el grupo más poderoso y que más ha aprovechado su poder, concediéndose a sí mismo o ejerciendo presión para obtener una protección más antigua, la más completa y más barata. La principal fuente de poder de ese grupo “es el control de las armas y su papel en cuanto al mantenimiento del orden” (1977:33). Además, reconocen que, a través de su intervención en la política, han controlado el gobierno en América Latina, “ya sea asumiendo el poder directamente o ubicado tras la fachada de un régimen civil débil”.

En el caso de Argentina, país donde Mesa-Lago investiga con mayor profundidad su tesis, los militares constituyen el grupo que primero recibió beneficios de seguridad social. Como defensa de su tesis, argumenta que el General Perón, para contar con el apoyo del sector militar, mejoró en mucho sus beneficios, introduciendo pensiones para cinco tipos de personal policial (federal, local, marítimo, territorial y de fronteras) y construyó excelentes hospitales destinados a ese grupo. Observa también que sus servicios de seguridad social han sido excluidos de la unificación y uniformidad llevada a cabo entre 1967 y 1973 por los propios gobiernos militares dentro de la ola de racionalización. (1977:56).

Otro grupo de presión estudiado fue el político administrativo. Ese grupo “basa su poder en el manejo de los asuntos nacionales, o sea la elaboración de la ley, su adjudicación y aplicación” (Mesa-Lago, 1977:34 y 35). El autor cita el ejemplo de Chile, donde los parlamentarios fueron muy generosos para sí mismos adoptando un privilegiado sistema de seguridad social; los jueces y funcionarios de la Corte también han negociado su apoyo al Ejecutivo a cambio de un sistema de pensiones excepcional; los diplomáticos es otra categoría que goza de concesiones significativas, al igual que los abogados, quienes dadas sus proximidades con el poder, han logrado una situación generosa.

Observa que la estructura de servicio civil basada más en el patronazgo político que en el mérito, caracterizada por los bajos salarios, posibilitó el uso de la política de los beneficios de la seguridad social para garantizar lealtad de los altos funcionarios y empleados. En ese contexto, los beneficios de la seguridad social actuaban como un suplemento a la baja remuneración. Además, llama la atención hacia el importante papel de intermediario que desempeñaba la burocracia gubernamental, en particular en Chile y Uruguay, como árbitro entre las demandas conflictivas de los grupos tradicionales y los nuevos, concediendo beneficios a los últimos y evitando conflictos sociales con mayores consecuencias. Estos grupos también aprovecharon su poder para otorgarse beneficios a sí mismos.

La estructura de servicio civil, caracterizada por los bajos salarios, posibilitó el uso de la política de los beneficios de la seguridad social para garantizar lealtad de los altos funcionarios y empleados.

México es presentado como un ejemplo de gobierno federal que otorga ventajas distintas a los trabajadores del Ejecutivo nacional en comparación con los de los Estados. Lo mismo con relación a los organismos públicos autónomos, en

particular, la situación de los trabajadores de los organismos de seguridad social. Este grupo, organizado en fuertes sindicatos corporativos en alianza con el Partido Revolucionario Institucional (PRI), constituye para el autor el grupo más poderoso en relación con la seguridad social, por lo que este poder se refleja en las prestaciones especiales. Al igual que Chile y Perú, permitía por ejemplo, que un funcionario joven se jubilara en el sector público y enseguida ocupara una plaza en el sector privado y pudiera volver a ocupar una plaza en el sector público. (1977:36).

En Argentina, la situación de ese grupo también fue de privilegio, lo que le llevó a ser, después de los militares, el grupo que obtuvo los primeros beneficios de la seguridad social. Además, observa que entre 1943 y 1970, todos los principales beneficios logrados por ese grupo social fueron efectuados durante los gobiernos militares.

En cuanto al grupo de presión económico o de mercado que extrae su fuerza política de la importancia que su capacidad específica tiene para la economía nacional y/o de la importancia del sector productivo en el cual se desempeña, emplea su poder de mercado para obtener una situación específica en el sistema de seguridad social. El autor considera que el poder de ese grupo es de lo más difícil de medir, incluso porque existen divisiones dentro de esa categoría social. En Chile, por ejemplo, dentro de ese grupo, los maestros que se encontraban organizados en sindicatos, son los que recibían mejores beneficios.

El poder de los sindicatos obreros adviene de su activismo, de la capacidad de convocar huelga y promover negociaciones colectivas favorables a la categoría social. Reconoce que en los países investigados, el sector de transporte — ferrocarriles, puertos, telégrafos y teléfonos— ha sido uno de los grupos que obtienen seguridad social desde el inicio debido a su capacidad de paralizar el país o la ciudad capital, al igual que los empleados responsables de los servicios de agua, gas, combustible y electricidad. Así, los trabajadores del petróleo tanto en México como en Venezuela, del cobre en Chile, del azúcar en Cuba, y de las plantaciones de bananas en los países centroamericanos, debido a su importancia para las economías nacionales, están en condiciones de usar su poder para obtener beneficios de la seguridad social. (Mesa-Lago, 1977:40).

También reconoce que, en subgrupos del sector obrero, como fue el caso de Brasil de Vargas, en Chile de Alessandri y Argentina de Perón, obtuvieron protección antes de que constituyeran sindicatos fuertes, como una medida de conquista de apoyo político y para evitar conflictos sociales violentos. (Mesa-Lago, 1977:41) Lo mismo podríamos decir con relación a México. En 1943, cuando se crea el seguro social en México, se vive un contexto marcado por la disputa entre las diversas organizaciones obreras y fuerzas político-ideológicas por el control político del movimiento obrero, y el apoyo del grupo de Fidel

Velázquez favoreciendo el desarrollo del corporativismo³, líder sindical vinculado a la Confederación de los Trabajadores de México (CTM) a la propuesta del gobierno, fue el inicio de la construcción de los sindicatos corporativos y de una alianza importante entre el Estado y el sector obrero. El Estado afianzó el poder burocrático del grupo próximo a Fidel Velázquez, al otorgar a la CTM el monopolio de la representación en sus mesas directivas tripartitas, al lado del gobierno y de la representación patronal.

El servicio doméstico y los trabajadores independientes son citados por Mesa-Lago como el grupo más débil en términos de conquistas sociales, estando en la mayoría de los países, fuera del sistema de seguridad social.

A su vez, reconoce que los estudiantes a partir de la década de los de los sesenta pasaron a constituir una fuerza social importante encausando el surgimiento de propuestas de seguridad social específicas para ese grupo social.

Otro estudio de Mesa-Lago que complementa y reitera los resultados del anterior para la región de América Latina y Caribe, fue elaborado por solicitud de la CEPAL. En este estudio busca relacionar el desarrollo industrial, la evolución de la seguridad social y la presión de los grupos sociales, y plantea la tesis de que la seguridad social es un reflejo de la sociedad, y que ha evolucionado “de manera gradual correspondiente a la evolución de la sociedad, sin que se pueda forzar el avance de aquélla”. (1985:229).

En función de esas dos categorías —desarrollo económico y presión política— distingue, dentro de la evolución histórica, tres tipos de modelo: a) los de adopción temprana o pioneros con sistemas estratificados; b) aquellos con sistemas relativamente unificados; c) los de aparición tardía.

El servicio doméstico y los trabajadores independientes son citados por Mesa-Lago como el grupo más débil en términos de conquistas sociales.

³ De acuerdo con Bruno Lautier (2004:386-387) y muchos otros autores, la expansión de la seguridad social en México, al igual que en otros países donde predominaron los arreglos corporativos en las negociaciones en torno del conflicto distributivo, como en Brasil y Argentina, se hizo paso a paso, "sobre la base de compromisos categoriales con sectores". Brachet-Márquez relaciona el periodo de presión de los sindicatos independientes y negociaciones del Estado con los sindicatos corporativos como estrategia de control. Lo anterior, en la visión de Bruno Lautier, significa la ampliación de los compromisos políticos resultando en la ampliación de beneficios y ventajas que, a su vez, se expresan en premios y privilegios en los contratos colectivos. Y concluye: "Esta espiral ascendente fue posible mientras la población protegida era relativamente joven y el empleo asalariado crecía con rapidez (hasta finales de los años setenta)".

Los agrupados como pioneros resultan ser el tipo caracterizado por un sistema estratificado y desigual en la distribución de los beneficios. Chile, Uruguay, Argentina, Cuba, Brasil eran los países más desarrollados y sus respectivos sistemas de seguridad social surgieron en la década de los veinte, de forma gradual y fragmentada, siguiendo el modelo de varios fondos y leyes separadas para cada grupo específicos de asegurados. Los grupos sociales que logran seguridad social fueron: primero los militares, después empleados públicos y maestros, seguidos de empleados y obreros del transporte, energía, banca, comunicación y otros servicios públicos, y mucho más tarde la masa de empleados y trabajadores urbanos, y por último el trabajador rural y por cuenta propia, los pequeños granjeros y empresarios y empleados domésticos. (Mesa-Lago, 1985.:5).

Los sistemas relativamente unificados surgen a partir de la década de los cuarenta influidos por la OIT y por el Informe Beveridge. Estados Unidos se incluye en el grupo de países que adoptan un modelo más unificado, igual que otros con un desarrollo relativo; como ejemplo de este último caso cita a México, pero en la mayoría, se trata de países con un escaso desarrollo industrial y con un sector rural que predominaba sobre el urbano. Los países que hacen parte de ese grupo son: Colombia, Costa Rica, México, Paraguay, Perú y Venezuela. La característica de la seguridad social de esos países es que se crea un organismo gestor centralizado encargado eventualmente de cubrir a toda la población, aunque el sistema inicialmente se circunscribe a la capital y principales ciudades. De cualquier manera, en diversos países continúan existiendo, en paralelo, algunos institutos para determinadas categorías profesionales, en particular, para los militares y funcionarios públicos, como es el caso de México y Costa Rica. Aun existiendo un cierto grado de estratificación, la seguridad social de estos países es más homogénea en sus beneficios debido a su unidad y uniformidad.

El tercer grupo está compuesto por países de aparición tardía de la seguridad social relativamente unificados, pero en mayor grado que los de la segunda generación. Son los países con menor grado de desarrollo industrial y se localizan principalmente en Centroamérica, y en el Caribe latinoamericano, con excepción de Cuba.

En esos países la seguridad social aparece entre la década de los cincuenta y sesenta y el organismo gestor cubre a casi toda la población asegurada. La cobertura es relativamente baja, concentrada en la ciudad capital y ciudades más populosas. Aquí también encontramos un subsistema para las fuerzas armadas y a veces para los funcionarios públicos, definidos como grupos de presión que consiguen extraer del Estado privilegios, lo cual determina el carácter de regresividad de la mayor parte de los sistemas de seguridad social en América latina, independiente de la existencia de democracia o de dictaduras. En otras palabras, fueron plasmados en las instituciones de seguridad, como efectos no deseables o no esperados, beneficios diferenciados para determinados grupos

La característica de la seguridad social de esos países es que se crea un organismo gestor centralizado encargado eventualmente de cubrir a toda la población.

sociales. Lo anterior debido ya sea a sus vínculos políticos con el Estado, o bien, debido a su papel en el mercado, pero en todo caso fueron beneficios alcanzados no por obra del libre juego de las fuerzas de mercado.

Análisis como estos nos indican que los procesos de cambio en discusión en la región se realizaron en un medio ambiente adverso no neutral, que puede condicionar la capacidad de acción de los actores interesados en la reforma, desde adentro y desde afuera del Estado, para sostener el proceso de transformación, particularmente cuando se trata de una reforma que busca reducir beneficios conquistados y romper con compromisos políticos adquiridos con anterioridad junto a las diversas categorías de asalariados. “La alternativa final triunfante, de acuerdo con Torres (1998:31), es aquella cuyos adherentes tienen el poder suficiente —y yo añado también capacidad y visión de negociación— para transformar sus preferencias en cuestiones de política pública”.

De cualquier manera, es importante plantear que, al lado de las instituciones de seguridad social creadas para atender al núcleo de los asalariados estabilizados, existían los organismos asistenciales de carácter residual y fundados en valores morales. Dichos organismos estaban volcados a atender otro núcleo de la población: el de los «pobres amparados» que transitoriamente no fueron incorporados al mercado de trabajo (Lautier, 2004:385); el autor citado observa que entre estos dos núcleos, existe otro conjunto de pobres que no pertenece a ninguna de esas dos categorías y que se encuentran desasistidos. En consecuencia, en 1985, con la disminución de las tasas de crecimiento de las economías latinoamericanas, algunos autores empiezan a dudar de la posibilidad de universalizar la seguridad social, pues consideraban que en muchos países lo que existía era un seguro social. Citando a Tamez González y Moreno Salazar (2000:474), “para entonces se calculaba que los sistemas de seguro social cubrían sólo entre el 11 y el 37% de la población económicamente activa de la región”. Además, Lautier arguye que el carácter limitado de la pretendida universalidad de la seguridad social dirigida, en primera instancia, al “núcleo” de los trabajadores asalariados, “que ya son los favorecidos en términos de estabilidad del empleo y del salario” (2004:388), la hace vulnerable frente al carácter iniquitativo de las políticas sociales y las nuevas propuestas de reforma que apuntan en dirección de la focalización y/o de una mayor presencia del mercado y que implican la retirada del Estado en la financiación de estos programas. ¿Quién perderá ahora sus privilegios? Además, existen nuevos actores sociales, como las mujeres, que reclaman políticas sociales que incluyan soluciones para las iniquidades de género; los grupos étnicos que reclaman políticas sociales que incorporen sus valores culturales; la cuestión ecológica que replantea los costos, para el planeta, del desarrollo. Estamos frente a una estructura social más compleja y diversificada, como veremos en el Módulo siguiente, con nuevas formas de organización que coexisten con los grupos de poder tradicionales, al igual que lo hacen con el corporativismo y la política de clientelas, que continúan teniendo su lugar en las

negociaciones y arreglos de poder. ¿Qué papel estará jugando la política social: de integración o de reproductora de las desigualdades sociales, o de reguladora de la pobreza?

Consideramos que el análisis desarrollado por Malloy es importante para entender el lugar de las políticas de bienestar en el proyecto legitimado del Estado, como veremos a continuación.

b) Las bases del poder político y de sus relaciones con la seguridad social

Malloy, bajo otra perspectiva teórica, se ha dedicado a investigar las variables política y administrativa como dimensiones de contexto específico para la comprensión de las relaciones entre Estado y sociedad y como ámbitos “de restricción de la capacidad de los gobernantes para la ejecución de las reformas” (1985:30). Malloy compara la seguridad social de EE.UU. con la de América Latina para demostrar que en esos países, al igual que en los países centrales, las instituciones de seguridad social fueron creadas para dar respuesta a un doble problema engendrado por la economía de mercado: “la necesidad de acumulación de capital e inversión por una parte, y de legitimación del sistema mediante la integración sociopolítica, por la otra” (1985:32).

En ese sentido, la seguridad social, como una instancia intermediaria entre el mercado y la sociedad, actúa como un mecanismo político capaz de promover la cohesión social frente a la desagregación que genera el mercado. El resultado es la integración, a partir de la base de la sociedad, al incorporar la clase trabajadora a la sociedad capitalista y la conexión de la sociedad con la estructura de dominio (el Estado) de forma que hace posible el control social y del trabajo, aspectos que constituyen una condición para la propia existencia del capitalismo organizado en la industria.

La seguridad social actúa como un mecanismo político capaz de promover la cohesión social frente a la desagregación que genera el mercado.

En ese estudio, como bien observó Freeman (1986:69), Malloy parte de los siguientes supuestos: a) hay un sistema capitalista mundial en el cual las economías latinoamericanas se integran como productoras de materia prima; b) el Estado es un fenómeno mundial que acompaña el desarrollo del capitalismo y que ejerce determinados papeles; c) hay una diferencia de cronología entre los países en la adopción de legislación de seguridad social y en el ritmo de expansión explicada por factores económicos externos y políticos internos.

Su tesis es que los países de América Latina adoptan políticas de seguridad social por las mismas razones de los países centrales. Lo que distingue a unos de otros es el momento y la manera de adopción por las naciones (op.cit.:48). Ese momento depende de la naturaleza de la inserción de sus economías en el sistema capitalista

y de la capacidad del Estado para desempeñar el papel de mediador o arquitecto de las relaciones de la sociedad con el mercado.

En ese sentido, lo que busca demostrar Malloy es que las políticas de seguridad social en América Latina y en EE.UU. “no fueron simplemente un ‘producto’ gubernamental pasivo generado por presiones sociales en la forma de demanda específicas de grupos organizados” (1986:48). Valora el papel del Estado como instancia capaz de moldear los impulsos de la sociedad y, en consecuencia, en su esquema analítico es importante el momento en el que se adopta la seguridad social y la estructura administrativa del Estado que le va a dar forma. Como él mismo ha señalado: “éstas (las estructuras administrativas del estado) fijan el contexto que determinará en gran medida la dinámica posterior en esta y otras esferas de política” (Malloy, 1986:48). O según plantean otros autores, la estructura de poder a partir de la cual adopta la decisión y ejecución de las políticas públicas.

En consecuencia, acepta que en América Latina existió una presión social ejercida por una élite de activistas políticos antes de EE. UU. y que esta presión conformó y politizó el tema social. Eso se explica por el agravamiento de los problemas de legitimidad y cohesión social provocados por la incorporación tardía al sistema económico internacional de las economías de Argentina, Brasil, Chile y Uruguay y al método de su incorporación (como exportadores de productos primarios y consumidores de bienes terminados). Los conflictos de clases y desórdenes, aunados a la ausencia de una nueva clase hegemónica comprometida con el desarrollo del capitalismo, llevó a que las élites de la política burocrática, en alianza con otras élites políticas, lanzaran de la mano del poder del Estado, para contrarrestar a otros grupos sociales, impulsando el seguro social como una política reformista dirigida a dar respuesta al problema de la integración en la base. Malloy concluye:

“El seguro social surgió claramente en América Latina en primera instancia como parte de un proceso centrado en el Estado, de incorporación controlada de grupos emergentes a la economía política” (Malloy, 1986:50). Los grupos incorporados fueron la clase trabajadora emergente y una creciente clase media vinculada a los sectores capitalistas modernos de la economía. A su vez, reconoce que las instituciones de seguridad social van a constituir un mercado de trabajo importante para los sectores medios urbanos.

Los grupos incorporados fueron la clase trabajadora emergente y una creciente clase media vinculada a los sectores capitalistas modernos de la economía.

Incluso Malloy (op.cit.:59) reconoce que los seguros sociales fueron implantados en un momento de máxima autonomía de los Estados estudiados. Una vez instituidos, estos programas pasan a tener un dinámica propia. En consecuencia, los intereses consolidados restringen la autonomía del Estado para reformarlos, tanto en América Latina como en EE.UU..

En el caso de los países de América Latina, alega que la coalición populista integra intereses contradictorios mantenidos en equilibrio por la capacidad distributiva de la política de seguridad social. Además, permitió que los grupos de interés organizados corporativamente y las élites políticas penetrasen en los sistemas y los convirtieran en recursos, en un marco de política de clientela, llevando a una politización excesiva de la administración de la seguridad social (op.cit.:54). La consecuencia es la conformación de un sistema de seguridad social estratificado y fragmentado, sujeto a la politización que llevará a crisis fiscales prematuras, derivadas del errático crecimiento económico y la menor dotación de recursos.

En consecuencia, la crisis fiscal que se hace presente desde los años sesenta, fuerza a la coalición populista a pasar de una política incorporada de distribución de los beneficios, a una de distribución diferencial de los costos. Estos cambios de conducción política de los conflictos causan tensión en el interior de las coaliciones distributivas. Estas pasan a bloquear los cambios, haciendo más evidente la debilidad de las estructuras estatales para la toma de decisión en situación de democracia. La falta de capacidad de decisión por parte del Estado, aunada a la presión de los grupos interesados en las reformas para garantizar las condiciones de la acumulación, se vuelven un factor de descomposición de la cohesión sociopolítica, provocando una crisis de legitimidad que conlleva, a su vez, a la adopción en los sesenta y setenta de regímenes autoritarios orientados hacia la transformación de la sociedad. El resultado fue la exclusión del sector obrero de la nueva coalición que ejecutará la reforma, como fue el caso de Argentina, Brasil, Chile, y Perú.

En última instancia, el argumento que sustenta Malloy y que aproxima países de la periferia a los centrales, es que las políticas de seguridad social están conectadas con el mercado, pero desempeñan un papel legitimador del propio modelo económico a través de su función integradora, reductora de conflicto, haciendo posible la propia acumulación directa o indirectamente. Este fenómeno acontece tanto en el capitalismo maduro como en los tardíos y es lo que va determinar, en su perspectiva, la dinámica política de la reforma. Lo que el autor deja abierto es la viabilidad de ese arreglo en el contexto de crisis mundial del capitalismo y transformación de las economías centrales en dirección a una economía de servicios intensivos en capital y en tecnología.

En ese sentido, parte del sistema mundial para después incorporar las variables internas de los respectivos países (régimen, estructura administrativa, élites). Incluso llega a vislumbrar la posibilidad de cerrar un ciclo del seguro social como política integradora una vez que los mercados ya no generan empleo. De cualquier manera, son temas abiertos y su solución se conecta a la salida de la crisis, que para él no se trata de una crisis fiscal y sí de acumulación, que por supuesto, conlleva una respuesta a la pregunta sobre la legitimación y la cohesión social.

La crisis fiscal fuerza a la coalición populista a pasar de una política incorporada de distribución de los beneficios, a una de distribución diferencial de los costos.

La pregunta sobre la legitimación y la cohesión social no es un tema menor frente a un proceso de reforma que busca la primacía del mercado sobre lo social.

Por supuesto, éste no es un tema menor frente a un proceso de reforma que busca la primacía del mercado sobre lo social y postula, como vamos ver en el próximo Módulo, la reducción del peso del Estado —lo que afecta el empleo en el sector público, núcleo asalariado importante de asegurados y sus propias acciones en el ámbito social—, nuevas vinculaciones entre políticas sociales y económicas, y, por supuesto, entre Estado y sociedad.

Algunas ideas para pensar el futuro de las instituciones de seguridad social

La literatura especializada referente tanto a los casos europeos de Estados de Bienestar, como los americanos, permiten entender las particularidades y especificidades de las políticas de bienestar y de seguridad social para cada país. Aludir a ellas es reconocer la existencia de un conjunto de ordenamiento social y político específico que remiten a las relaciones entre el Estado y la sociedad y el mercado y que no requieren del uso de adjetivos para caracterizar la estructura de sus beneficios, teniendo como punto de referencia un modelo-ideal que serían los universalistas europeos. No es por otra razón que se encuentra en la literatura especializada la imagen de las políticas de bienestar como una “ventana empírica” que permite conocer al Estado, como también a la sociedad y sus valores, bien como sus fracturas y tolerancia hacia la pobreza y la desigualdad social.

Reconocer las especificidades de esta triangulación Estado, sociedad y mercado, es particularmente importante para pensar la caracterización y los alcances posibles de los cambios en proceso en las dos últimas décadas. Incluso para no perder de vista la complejidad que representan las instituciones a ser reformadas en términos de práctica y de presencia de intereses; dichas instituciones fundamentaron decisiones en torno al tema social y, por lo tanto, expresan relaciones de poder que necesariamente no apuntan en la misma dirección, lo cual conlleva a que los cambios tampoco tengan una única dirección. Incorporar estos aspectos es percibir que existe una tendencia mundial de cambio determinada por procesos de naturaleza macro-estructural, la cual se entrecruza con procesos históricos que mezclan diversos elementos de naturaleza social y política.

Referencias bibliográficas

- Abel, Christopher and Lewis, Colin (1993). *Welfare, Poverty and Development in Latin America*, St Anthony's College, Oxford.
- Abrahamson, P. (1995), "Regímenes Europeos de Bienestar y Políticas Sociales Europeas: ¿Convergencia de Solidaridades?", En: *El Estado del Bienestar en la Europa del Sur*, compiladores Sebastia Sarasa y Luis Moreno, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Instituto de Estudios Sociales Avanzados, Madrid.
- Arretche, M. T. (1995), "Emergencia e desenvolvimento do Welfare State: Teorias Explicativas". En: *Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais*, Órgão da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, Relume Dumará, Rio de Janeiro, Brasil.
- Bauman, Z. (1999), *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*, Gedisa editorial, Barcelona, España.
- Esping-Andersen (1993), *Los tres mundos del Estado del bienestar*, Valencia, Edicions Alfons El Magnànim.
- Freeman, G. P. (1986), Comentario. En: *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, selección de Carmelo Mesa-Lago, Fondo de Cultura Económica, México.
- Gordon, S. (2000), "Política Social", En: *Léxico de la Política*, compiladores Laura Baca Olamendi, Judit Bokser-Liwerant, Fernando Castañeda, Isidro H. Cisneros, Germán Pérez Fernández del Castillo, Fondo-CEP-Conacyt-Flacso, México.
- Lautier, Bruno (2004), "Las políticas sociales en México y Brasil: seguridad social, asistencia, ausencia", en: *Democracia y globalización en México y Brasil*, Carlos Alba Vega e Ilán Bizberg (coord.), El Colegio de México, México.
- Malloy, J. M. (1985), "Statecraft, política y crisis de la seguridad social. Una comparación de la América Latina y los Estados Unidos". En: *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, selección de Carmelo Mesa-Lago, Fondo de Cultura Económica, México.
- Marques-Pereira, J y Théret, Bruno (2004), "Mediaciones institucionales de regulación social y dinámicas macroeconómicas: los casos de Brasil y México", *Democracia y globalización en México y Brasil*, Carlos Alba Vega e Ilán Bizberg (coord.), El Colegio de México, México.
- Mesa-Lago, C. (1977), *Modelos de seguridad social en América Latina. Estudio comparativo*, Ediciones Siap-Planteos, Buenos Aires (1985), *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*, CEPAL, Chile.
- Montoro Romero, C., Montoro Romero, R (1996), "Del Estado de Bienestar a la Sociedad de Bienestar", En: *Pros y contras del Estado del Bienestar*, Editores Ramón Casilda Béjar y José María Tortosa, Tecnos, Madrid.

Morán, M. L. y Benedicto, J. (1995), "Sociedad y Política: Una relación multidimensional". En: *Temas de sociología política*, eds. Jorge Benedicto y María Luz Morán, Alianza, Universidad Textos.

Navarro, " La economía política del Estado del Bienestar", En *Sistema*, pp.3-55.

Peñalva, S. (1996), "Crisis y mutación del modelo de protección social universalista. Una aproximación al cambio de paradigma de intervención social del Estado en términos de la teoría de la regulación". En: *Desempleo Estructural, Pobreza y Precariedad*, compilado por Susana Peñalva y Alejandro Rofman, Nueva Visión, Buenos Aires.

Picó, J. (1996), "Modelos sobre el Estado del Bienestar, de la ideología a la práctica". En: *Pros y contras del Estado del Bienestar*, Editores Ramón Casilda Béjar y José María Tortosa, Tecnos, Madrid.

Ruezga Barba, A. (1994), "Estado, Seguridad Social y Marginalidad", En: *Conferencia Interamericana de Seguridad Social*, Serie Estudios, N°. 4.

Tamez González, Silvia y Moreno Salazar, Pedro (2000), "Seguridad Social en América Latina", en: *Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo*, Enrique de la Garza Toledo (coord.), El Colegio de México, FLACSO, UAM y Fondo de Cultura, México.

Sulbrandt, J (2000), Comentarista. En: *De la Reforma Para Unos A la Reforma Para Todos – La Salud en América Latina*, Eds. Giorgio Solimano y Stephen Isaacs, Editorial Sudamericana Chilena, Santiago.

Torre, J.C. (1998). *El proceso político de las reformas económicas en América Latina* Paidós, Buenos Aires.

Vila, L. (1995), "Variables sociales y Culturales para una política social meridional". En: *El Estado del Bienestar en la Europa del Sur*, compiladores Sebastià Sarasa y Luis Moreno, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Instituto de Estudios Sociales Avanzados, Madrid.

Werneck Vianna (1988), "El papel de la política en la institucionalización del bienestar social: notas para el debate". En: *Estado y políticas sociales en América Latina*, organizado por Sonia Fleury Teixeira, UAM-FIOCRUZ, México.

Wilensky, Harold (1975) *The welfare State and Equality, Structural and Ideological Roots of Public Expenditures*, Berkeley, University of California.

Tema 2. La reestructuración de la economía capitalista, la reforma de los sistemas de seguridad social y el replanteamiento de sus variables de contexto

Por Raquel Abrantes Pêgo



Resumen

La posibilidad o no de reformar las instituciones de seguridad social ha ocupado la agenda institucional de los países del continente durante dos décadas, por lo menos. Tanto la reforma en sí como sus significados para los diversos actores afectados por la misma han sido objeto de debates, investigaciones y búsquedas de construcción de consensos.

En este tema vamos a tratar algunos de los vínculos entre proceso de reforma de la seguridad social, globalización, mercado de trabajo y desafíos de naturaleza social y política que enfrentan los países de la región, particularmente en lo que respecta a los vínculos entre las dimensiones social y económica del bienestar. Se busca recuperar diversas dinámicas de naturaleza social y política del proceso de desarrollo que, en cierta medida, han sido tratadas como variables dependientes de la dinámica económica, en un marco de dificultades para consolidar un crecimiento sustentable y, sobre todo, para distribuir sus frutos de forma más equitativa entre todos los ciudadanos.

Tema 2. *La reestructuración de la economía capitalista, la reforma de los sistemas de seguridad social y el replanteamiento de sus variables de contexto*

El papel de la educación, en particular de la básica, es fundamental para enfrentar la pobreza política en el caso de las mayorías excluidas. Es imposible superar la pobreza sin la acción del pobre. Es imposible enfrentar adecuadamente la pobreza si el pobre no consigue saber que es pobre y, principalmente, que ha sido convertido en pobre y mantenido en tal condición. La pobreza más drástica que puede existir es la de quien ni siquiera consigue saber que es pobre. Sólo le resta ayuda de los otros, como el paternalismo estatal, los gestos politiqueros, las canastas básicas, las rentas o ingresos mínimos y todo los restos posibles de una sociedad profundamente desigual.

(Demo 2001:262)

El nuevo contexto económico internacional, marcado por el impacto de los fenómenos de globalización³ y de redefinición del modelo de desarrollo, ha implicado desafíos para las sociedades latinoamericanas. Retos nuevos se suman a problemas estructurales del sector de bienestar y son acompañados de cambios de índole conceptual en relación con la gestión de las instituciones de seguridad social y con los vínculos entre estas instituciones y las de salud con el desarrollo socioeconómico y político. La articulación entre salud, seguridad social y desarrollo económico-social tomaron nuevas dimensiones: al lado de la visión de la salud y las instituciones de seguridad social como elementos importantes del bienestar, responsables de las condiciones de vida de la población y de la

¹ Estamos entendiendo por globalización, como el fenómeno de mercado presente desde el inicio del capitalismo y que ahora toma otras connotaciones, como la “expansión de las actividades económicas más allá de la fronteras nacionales a través del movimiento creciente de bienes, servicios y factores” (Bouzas, 2001:286).

promoción de la justicia social, pasaron a ser consideradas tanto un medio para lograr el desarrollo al crear capital humano, como un sector económico que contribuye al crecimiento del producto interno bruto y al ahorro nacional. En consecuencia, este replanteamiento de las relaciones entre el ámbito social y el económico expresa siempre cambios en las relaciones entre el Estado y la sociedad, lo cual se refleja en las estructuras de poder que gravitan en torno del Estado y en sus bases de legitimación.

Este replanteamiento de las relaciones entre el ámbito social y el económico expresa siempre cambios en las relaciones entre el Estado y la sociedad.

Así, por ejemplo, muchos estudios se dedicaron a contemplar la salud y la seguridad social como un sector productivo generador de riqueza como cualquier otro de la economía. El comercio internacional de servicios de salud entre los países de América Latina y el Caribe pasó a interesar tanto a la Conferencia de Naciones Unidas para el Comercio y el Desarrollo (UNCTAD) como a la Organización Panamericana de Salud (OPS-OMS). También en la agenda de las subregiones comerciales, la del MERCOSUR, por ejemplo, la salud y las instituciones de bienestar pasaron a ser consideradas como un factor de integración tanto en su dimensión social como productiva. La globalización también se manifestó en el ámbito de la salud cuando el gobierno de EE.UU. demandó en la OMC al gobierno de Brasil por fabricar medicamentos genéricos contra el SIDA y venderlos a menor precio a África.

A su vez, la Subsección de la Comisión Económica para la América Latina y el Caribe (CEPAL) en México, planteó la necesidad de inversión en capital humano, en particular, en lo concerniente al mejoramiento de la situación de salud y de nutrición de la población, como propuesta de reactivación de sus economías. La pobreza y la desigualdad social colocaron nuevos desafíos a las reformas dirigidas al mercado replanteando el papel del Estado en la promoción del derecho a la salud y de la equidad: gradualmente, la visión universalista fue cediendo espacio para una minimalista centrada en los grupos vulnerables.

Como parte de esta dinámica, nuevas variables socioeconómicas fueron introducidas con el propósito de identificar recursos y factores sociales que pudieran influir en estos procesos, al tiempo que provocan una mayor participación de los agentes económicos y de los intereses privados en la conducción de los cambios. Las nuevas variables socioeconómicas también fueron acompañadas de nuevas preocupaciones en torno a una inserción adecuada de la salud dentro de los procesos de desarrollo necesarios del continente, “no sólo como fin en sí mismo sino como parte integrante de ese proceso de desarrollo” (Guerra Macedo, 1992:3).

Las nuevas variables socioeconómicas también fueron acompañadas de nuevas preocupaciones en torno a una inserción adecuada de la salud dentro de los procesos de desarrollo.

En función de estos y otros aspectos, nuevas realidades jurídicas están siendo discutidas para hacer posible la integración de los mercados y para garantizar la salud como un derecho asociado a la noción de ciudadanía. Constituciones y nuevas leyes están siendo reelaboradas de acuerdo con criterios de oportunidad

política o de conveniencia técnica, y a veces, como simple respuesta a las demandas de un grupo de interés con más peso político o económico.

De cualquier manera, la institucionalidad de estas dimensiones a través de la política de bienestar dependerá de las opciones de cada país en el marco de las relaciones construidas entre el Estado, la sociedad y el mercado, así como de las trayectorias pasadas de las instituciones de bienestar. Además, se trata de un proceso lento, con idas y venidas, marcado por el conflicto, de manera que los responsables de la toma de decisiones, comunidad y autoridades, van construyendo sus propias opciones y caminos (Sulbrandt, 2000).

A continuación presentaremos la relación entre los cambios en el entorno económico y sus consecuencias para las instituciones de seguridad social y salud; a ello seguirá el planteamiento de algunas variables de la realidad, de naturaleza social, que a nuestro entender, están actuando sobre la relación entre las dos dimensiones de la salud —la económica y la social— y que, con certeza, intervienen en la transformación y desarrollo de las políticas de seguridad social y de bienestar. Por último, buscaremos vincular los cambios en las estrategias de desarrollo con la agenda política.

Los cambios en la dinámica económica y sus consecuencias en las políticas de bienestar y de salud

La variable económica siempre estuvo presente en las explicaciones del origen, desarrollo y expansión de la seguridad social. Muchos autores vincularon el origen de la seguridad social al surgimiento de la industrialización; otros la explican como un mecanismo para conformar el trabajo asalariado. Sin embargo, el contexto socioeconómico sobre el cual fueron estructuradas las políticas de bienestar en el transcurso del siglo XX ha cambiado, dando lugar a sociedades claramente urbanas, con otros problemas sociales. A esta situación se suma la propia crisis económica que se hizo sentir en la década de los setenta y las políticas de ajuste puestas en práctica en los ochenta que encadenan un conjunto de problemas sociales, ampliando las brechas sociales acumuladas. La desigualdad social, el surgimiento de nuevos grupos de riesgos o vulnerabilidades distintas de acuerdo con el género y las edades, las variadas situaciones epidemiológicas y demográficas, el desempleo y el crecimiento del trabajo informal, hace de la región un mosaico de problemas y realidades distintas e interrelacionadas, como vamos a ver más adelante.

Además, en el contexto caracterizado de crisis económica, globalización y hegemonía de los valores liberales tendientes a dar un mayor protagonismo al mercado, se observa una fuerte tendencia a reducir el papel del Estado como garante del intercambio, para que éste se realice de forma eficiente, a menor costo y con seguridad.

Se observa una fuerte tendencia a reducir el papel del Estado como garante del intercambio.

A su vez, los cambios dirigidos a una mayor integración de los mercados afectarán directamente el sector de bienestar, por lo que, si el Estado no interviene para corregir las fallas del mercado, se pueden tener consecuencias serias en lo relativo a la equidad para el acceso a los servicios de salud y de la justicia social, al igual que en los costos de la atención. La desregulación del trabajo, la transformación de las responsabilidades de los individuos y de sus familias con el bienestar, las propias reformas sectoriales y la generación de mercado en salud son parte de estos fenómenos; también lo son la tendencia a liberar fondos del Estado para disminuir sus cargas fiscales y su gasto público, la mayor participación del sector privado, de organizaciones sociales y de la comunidad misma que recibe los beneficios, incluso de los pobres como estrategia de recuperación parcial de los costos.

En consecuencia, los datos llegaron a hablar de una nueva pobreza en la región, del agravamiento de la situación social que reflejaba el aumento de desempleados, y una sobrecarga en la demanda de servicios y beneficios sociales. Las instituciones de seguridad social y de bienestar afectadas en la demanda y en la oferta de servicios y beneficios se ven presionadas a hacer más con menos, afectando, en algunos casos, la calidad de los servicios.

La CEPAL llegó a referirse a la década de los ochenta como “perdida” teniendo como punto de comparación los periodos anteriores y la mejor suerte que experimentaron otras regiones, como el sureste asiático. Otros, más optimistas, la calificaron de “aprendizaje doloroso”.

Independientemente de las denominaciones dadas a la década de los ochenta, lo cierto es que los datos expresaron también una concentración de la riqueza y el crecimiento de negocios privados involucrando grandes ganancias, a través de las privatizaciones de las grandes empresas públicas. Lo trágico de esta situación, según la CEPAL (citado por Solimano y otros, 2000) es que “la iniquidad no se redistribuye sino que intensifica hacia los pobres: (éstos) no solo mantienen su vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas, sino que también acceden en condiciones desventajosas a las enfermedades degenerativas y están más expuestos a la violencia urbana, a la mayor toxicidad de drogas de menor costo (y del alcohol) y a los efectos de la contaminación del agua, el aire y el suelo en las zonas de asentamientos populares”.

Los pobres no solo mantienen su vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas, sino que también acceden en condiciones desventajosas a las enfermedades degenerativas y están más expuestos a la violencia urbana.

En respuesta a esta situación, la década siguiente fue marcada por propuestas que hablan de desarrollo humano sustentado, equidad, perspectiva de género, diversidad étnica, capital social y otras categorías que buscan incorporar la dimensión social al desarrollo; estas propuestas encontraron respaldos políticos en diversas organizaciones sociales y políticas y también en organismos internacionales de cooperación. En consecuencia, el debate se volcó en torno a las necesidades de inscribir las actividades del mercado en un marco de justicia social, una vez que el mercado es un generador de riqueza y pobreza. La mejoría

de la cobertura de las instituciones de seguridad social y la calidad de los servicios de salud pasaron a ocupar un lugar importante en la agenda social de la reforma sectorial, igual que la equidad en la oferta de servicios, la eficiencia de la gestión y la efectividad de las actuaciones.

El tema pasó a ser cómo conciliar acumulación y desarrollo social con justicia social en un escenario de avance del mercado en dirección al ámbito social y de aumento de las iniquidades, en una sociedad diversificada en sus intereses y demandas y ubicada claramente en un nuevo contexto económico, social y político. Nos ocuparemos a continuación, sin pretender ninguna relación exhaustiva, de algunas de las dinámicas en proceso que están operando sobre el desarrollo de las políticas de bienestar. Sabemos de antemano que no vamos a agotarlas y que, menos todavía, profundizaremos en discutir la manera en que cada uno de estos factores influyen en el otro. Incluso porque estamos frente a un proceso inconcluso que responde a orientaciones y estrategias distintas, y sobre el cual confluyen y se entrecruzan dimensiones, variables e indicadores que no están claramente establecidos. Lo anterior, sin embargo, no es un impedimento para discutirlos.

El tema pasó a ser cómo conciliar acumulación y desarrollo social con justicia social en un escenario de avance del mercado en dirección al ámbito social y de aumento de las iniquidades.

1. La apertura de mercados y el comercio exterior de los servicios de salud

En el nuevo contexto de desarrollo del capitalismo, el sector social fue considerado como ámbito de acumulación y de generación de riqueza. A esa transformación le acompañó el crecimiento de nuevos intereses, la acción de grupos de presión y prácticas comerciales tejidas alrededor del proceso salud-enfermedad-atención y de las instituciones de seguridad social. Esta tendencia fue favorecida por el propio proceso de globalización y de apertura de los mercados, la tendencia a la privatización de los fondos de pensión y de los servicios de salud, aunado a la baja expansión de los servicios públicos y a la aceptación de muchos gobiernos de la gerencia administrativa como recurso para mejorar la eficiencia, bajar costos y extender la cobertura del sistema de salud. (Stocker y colaboradores, 1999:1131).

Esta tendencia fue favorecida por el propio proceso de globalización y de apertura de los mercados, la tendencia a la privatización de los fondos de pensión y de los servicios de salud.

De acuerdo con Stocker y colaboradores (op.cit.), diversas corporaciones multinacionales con intereses en diferentes países de América Latina han proliferado y desarrollado estrategias para impulsar las reformas bajo la perspectiva de gerencia administrativa. Aetna, CIGNA, Principal Financial Group, y American International Group están presentes en México, Argentina, Brasil, Chile y en otros países del continente. Estos autores argumentan que América Latina se volvió un mercado atractivo para las aseguradoras norteamericanas frente a la saturación de su propio mercado, las perspectivas lucrativas de los fondos de la seguridad social de América Latina y las políticas de reforma apoyadas por los organismos financieros.

La mayor presencia de proveedores privados evidentemente provoca problemas de acceso a la población pobre imposibilitada para sufragar sus gastos. Además, de acuerdo con Sojo, “puede originar problemas que representan costos sociales, tales como: sobreprestación de servicios, selección adversa de beneficiarios, altos costos de intermediación, alzas desmesuradas de planes de salud, inadecuada protección ante enfermedades catastróficas y de la tercera edad, subsidios cruzados del sector público al privado”. Otro problema sobre el que llama la atención la referida especialista de la CEPAL es que “la falta de transparencia de los diversos mercados prestadores de salud, dificulta una adecuada competencia y una eficacia social de las prestaciones”. Por fin, sostiene que “la combinación público-privado generalmente tampoco se caracteriza por adecuadas relaciones sinérgicas y de competencia” y argumenta que la competencia imperfecta pone límite a la soberanía del consumidor. Todo esto para reclamar un marco regulatorio capaz de actuar sobre la asimetría y en los mecanismos de exclusión del mercado de salud. (2000: 40-42).

La mayor presencia de proveedores privados evidentemente provoca problemas de acceso a la población pobre imposibilitada para sufragar sus gastos.

La globalización también significó la tensión entre intereses particulares y los universales que atraviesan el sistema internacional y la posibilidad de pactos entre naciones para proteger el medio ambiente (acuerdo de Kyoto), los derechos humanos y la salud. La existencia de países que carecen de recursos para enfrentar el problema del SIDA, la posibilidad de laboratorios gubernamentales para producir genéricos a un precio más barato conduce a la pregunta: ¿debe dejarse abierta la situación de estos países a la mano invisible del mercado o la igualdad y protección que gozan en otros países deberían de ser extensivas a todos los sujetos del sistema internacional?, tal como indagó el director del Centro de Investigación para la Paz en Madrid, el Dr. Mariano Aguirre.

Así, de acuerdo con León (s/f) en estudio referente a Chile “el comercio exterior de servicios de salud fue, hasta la pasada década, un componente marginal en la economía y para los agentes del sistema nacional de salud”. Sin embargo, en la etapa actual, caracterizada por la introducción de un modelo de apertura (1976-1986) y con las reformas del propio sector salud, las exportaciones de servicios de salud son vistas ahora por algunos de los actores e intereses vinculados a esas políticas, “como un complemento funcional a la misma y una fuente de ingresos considerables en los escenarios futuros”(León, s/f: 1).

Esa nueva realidad no es particular de Chile. Otro estudio desarrollado en conjunto por la OPS/OMS (1994) y la UNCTAD para la región del Caribe y América Latina, identificó algunos países claves como exportadores e importadores de servicios de salud: Colombia, México, Costa Rica, Cuba, Jamaica. Ese mismo estudio distingue cinco modalidades de comercio de servicios de salud, a saber: 1) comercio transfronterizo por medios de comunicación y transporte de muestras, 2) atención a pacientes extranjeros, 3) servicios educativos en las profesiones de la salud a estudiantes extranjeros, 4) establecimiento de presencia comercial

extranjera para administrar o prestar servicios de salud, y por último, 5) movimiento temporal de personal de salud para prestar servicios de atención en el extranjero. (p.ii)

Esa situación genera una nueva realidad que provoca incertidumbre jurídica a los factores de producción y a los ciudadanos, por lo que requiere de una nueva base reglamentaria. Frente a esta situación, y considerando que cabe al Estado situar a los ciudadanos en alguna relación de solidaridad y equidad, redistribuyendo bienes y servicios de tal forma que se construya una sociedad integrada, hacemos nuestras algunas de las preguntas planteadas por el documento citado, que parecen fundamentales para orientar políticas y marcos regulatorios. Transcribimos algunas:

“¿Tiene el sector de servicios de salud una importancia estratégica para el desarrollo nacional, y si es así, cuál es el grado en que se debe liberalizar su comercio?” y ¿Quiénes deciden y cómo?

¿Qué impacto puede tener en los servicios locales y, en particular en el mejoramiento del acceso a los servicios de salud, la liberación de los servicios de salud para la exportación?

“¿Cuáles serían los componentes de la definición de políticas, esquemas y mecanismos de promoción de exportaciones de servicios de salud?”

¿En vista de una liberalización del comercio internacional de servicios de salud, “cómo se puede garantizar una atención más apropiada del paciente que recibe parte de su tratamiento en el exterior?” ¿Y cuál es el papel de la regulación para no aumentar las iniquidades en salud?

¿Y cuál es el papel de la regulación para no aumentar las iniquidades en salud?

Por fin, ¿cuál es el mercado que se debe desarrollar, si la sociedad tiene como horizonte la universalidad del cuidado de la salud?

2. El tema social: la seguridad social como un instrumento redistributivo promotor de la igualdad y del bienestar en una sociedad compleja y crecientemente desigual

Como vimos en las partes anteriores de este material didáctico, una política de seguridad social, en su sentido lato, de acuerdo con Mesa-Lago (1986), “está conformada por una vasta gama de políticas y mecanismos de bienestar, previsión y asistencia social, dirigidos a la población en general”, lo que le otorga una función redistributiva (del Estado) importante. Para la universalidad de estos mecanismos es determinante el nivel de desarrollo socio-político, factores económicos tales como el porcentaje de asalariados en la fuerza laboral, así como

Para la universalidad de estos mecanismos es determinante el nivel de desarrollo socio-político.

determinaciones políticas relativas al ámbito económico, como la estructura y concentración del ingreso. La presión social también tiene efecto importante, al igual que la ideología que orienta el quehacer del Estado.

En los países del continente, —a diferencia de muchos países europeos caracterizados por sociedades más igualitarias en la distribución de la renta y donde las instituciones de seguridad se desarrollaron plenamente—, su práctica fue más limitada, tanto en relación con las prestaciones económicas como de salud. Muchas veces no estuvo dirigida a los grupos más necesitados, concentrándose en las áreas urbanas e industriales debido a la propia distribución del mercado de trabajo y los altos salarios. Entre los grupos excluidos se encuentran los trabajadores del campo, las mujeres, las minorías étnicas, y en los países de Centroamérica, los desplazados, refugiados y repatriados. (CEPAL, 1998:10)

Como ya vimos, en el continente, en general, las mayores prestaciones las reciben los grupos mejor organizados de la población y los apadrinados por el Estado, quienes lograran hacer valer sus intereses en el seno del Estado corporativista y clientelar, —como las fuerzas armadas, el poder judicial, algunas categorías de funcionarios públicos y del legislativo—, afectando así su función redistributiva en desmedro de los más necesitados. Este último grupo también fue afectado en “virtud de la notoria incapacidad del Estado para detener la agravación de la pobreza y las desigualdades sociales”. (Marques Pereira:231)

Sin embargo, en algunos casos, como está pasando ahora en Brasil, en el debate en torno a la reforma de la seguridad social, articulistas han llamado la atención sobre el efecto no esperado de los privilegios de la seguridad social y de los fondos de pensión en la formación de un cuerpo de funcionarios estables y que han garantizado, por ejemplo, el buen funcionamiento de muchas instituciones públicas importantes, entre las cuales citan el Ministerio de Hacienda y el Banco Central. Otros arguyen que los altos privilegios del poder judicial funcionan como una defensa contra el soborno, pero otros sostienen que la amenaza de soborno no debe revertir en un elemento que justifique diferencias tan grandes entre las categorías profesionales. Sin embargo, la discusión de este tema no es tan sencilla.

De cualquier manera, la dinámica de expansión de la seguridad social en el continente refleja también el gran poder del mundo industrial urbano y de servicios sobre el rural. Muchos autores, al igual que los sindicatos, afirman que la seguridad social fue una conquista de las luchas sociales, pero esta lucha logró resultados porque la sociedad productiva necesitaba de mano de obra. (Bauman,140-141) En este marco, la población rural vinculada a la economía de subsistencia es la que tiene menos acceso a los servicios de salud y a los recursos financieros y técnicos asignados al sector. Asimismo, es posible reconocer que la incorporación de sectores sociales como fuerza de trabajo a los segmentos más productivos de la economía capitalista o al sector público, constituye un

La dinámica de expansión de la seguridad social en el continente refleja también el gran poder del mundo industrial urbano y de servicios sobre el rural.

instrumento importante para atenuar las desigualdades económicas y sociales, en particular, entre los estratos de clase media y segmentos importantes de la clase trabajadora. Esta dimensión expresa el reconocimiento por parte del Estado de los problemas sociales, indicando la existencia de una acción colectiva.

Debido a esa situación, la capacidad redistributiva de las instituciones de seguridad social fue puesta en duda por algunos actores y organismos internacionales, al igual que fueron cuestionados sus efectos perversos sobre el ahorro (Solís Soberón y Villagómez, 1999) y la excesiva politización de las decisiones responsables por una sobrecarga de la demanda. Otros plantearon la necesidad de establecer sistemas más eficientes y equitativos que contribuyan a disminuir la desigualdad social y mejorar las condiciones de vida, a la vez que permitan que el aumento de los gastos se materialice en mejoras de los beneficios, de la cobertura de los servicios de salud y en la calidad de los mismos.

La CEPAL retomó la idea de un enfoque integrado capaz de producir una sinergia entre la dimensión económica, social e incluso política. Bajo ese enfoque se espera que la política económica tenga efectos —vía mayor generación del empleo— en las variables sociales, mientras que las acciones en el ámbito de la política social repercutan —vía inversión de capital humano— en la productividad y, por consiguiente, en las variables económicas. (doc.cit.:10) O sea, las políticas que facilitan el capital humano —salud, educación y capacitación— podrían constituir el núcleo de la protección social porque favorecen tanto la competitividad general de la economía como la eliminación de las desigualdades sociales. Con esta propuesta se busca incidir sobre el ciclo de la pobreza que se reproduce de una generación a otra, a través de la salud y educación, en el sentido de crear oportunidades y enfocar más al desarrollo que el crecimiento en sí mismo.

Otras voces, como la de Amartya Sen (2003:83), en ocasión de la 87ª Reunión de la OIT de 1999, salió en defensa de los trabajadores y de sus derechos pidiendo una evaluación amplia para no cometer el error de dar prioridad a los grupos más necesitados y dejar a los otros en las manos del mercado. En consecuencia, plantea “que las soluciones contra el desempleo no se utilicen como motivo para liquidar las buenas condiciones de trabajo de los que tienen empleo, ni tampoco se utilice la protección de los trabajadores que ya tienen empleo como excusa para mantener socialmente excluidas del mercado de trabajo a las personas desempleadas.”

Existe, por lo tanto, una preocupación muy grande en torno del alcance distributivo de las instituciones de seguridad social y de salud y en cómo proveer recursos con la finalidad de satisfacer necesidades y demandas de la sociedad. Es por estas razones que las políticas de bienestar están siendo discutidas bajo un enfoque más amplio que expresa una preocupación con la propia naturaleza del desarrollo y de las políticas económicas y sociales. Desentrañar las conexiones entre las diversas políticas pasó a ser una necesidad frente a una posible

Las políticas de bienestar están siendo discutidas bajo un enfoque más amplio que expresa una preocupación con la propia naturaleza del desarrollo y de las políticas económicas y sociales.

transformación de los servicios sanitarios, conforme la imagen construida por Wedderburn (2000:155), en consonancia con la política económica y social, que recorre las consecuencias de los fallos del desempleo, de la pobreza, de las deficiencias de las viviendas y de los riesgos ambientales.

2.1. Los cambios demográficos y el envejecimiento de la población

Los cambios demográficos en la región no son homogéneos y presentan matices sociales desde los cuales las categorías demográficas adquieren sentido y significado para los grupos sociales.

Uno de los fenómenos demográficos que está viviendo el mundo desarrollado y, en menor intensidad, algunas de nuestras sociedades, es el envejecimiento de la población: en Guatemala el 5% de su población supera 60 años, mientras que en Uruguay alcanza 17% y el promedio de América Latina es de 7.4%. (Chackiel, 2001:174). Este fenómeno está indicando “un nuevo régimen de reproducción cualitativa y social de la población” que se complica al entrecruzarse con la emergencia de otros problemas sociales, tales como los referentes al género, los étnicos o los intergeneracionales (Canales Cerón, 2001:485). Además, la salud en la edad avanzada dependerá también de los cuidados anteriores a lo largo de la vida.

Uno de los problemas que surge con el fenómeno del envejecimiento de la población es que “se ha ampliado la esperanza de vida pero la sociedad no ha creado las condiciones para que los individuos que sobrepasan los 60 años tengan condiciones dignas de existencia” (Morales, M. E., 1999). Los programas especiales de salud dirigidos a esta población son pocos y no siempre contemplan el papel que juega el ámbito que está respondiendo por el cuidado. Además, la mayor longevidad de las mujeres plantea diversos problemas, uno de ellos es el del cuidado de la anciana discapacitada, provocando una gran iniquidad de género. Otro problema es la disminución de las tasas de natalidad, lo que significa la presencia de menos hijos para hacerse cargo de los padres ancianos.

La mayor longevidad de las mujeres plantea diversos problemas, uno de ellos es el del cuidado de la anciana discapacitada.

En consecuencia, se impone la necesidad de examinar las condiciones de vida de la población en la tercera edad, así como un análisis de los recursos de curación de los servicios de salud, tanto de las instituciones públicas como del sector privado. Bajo una perspectiva económica, el envejecimiento de la población significa también un nuevo mercado en salud, particularmente para el grupo con mayor ingreso y esperanza de vida. También podría significar, en una situación de buena salud, la posibilidad de prolongar la vida laboral en situaciones adecuadas a sus condiciones biomédicas, de género y de clase social. Desde una perspectiva de derecho, había que cambiar la propia imagen que la sociedad ha construido en torno a la edad como un obstáculo para la productividad y la competitividad y, por consiguiente, para encontrar trabajo y conservarlo. O sea, ¿cómo valorar de manera distinta la juventud y la vejez para una sociedad más longeva?

De cualquier manera, como expresó Ruezga (2002:3), “el envejecimiento se ha convertido en un problema demográfico, social, económico, cultural y político transcendental, al cual, evidentemente, no se le pueden encontrar soluciones aisladas del entorno social que le es inherente”. Mantener sus fuentes de ingresos que les permitan vivir dignamente y acceso a los servicios de salud constituyen hoy uno de los problemas centrales de los sistemas de seguridad social de los países de Latinoamérica. Sin embargo, estas soluciones no se hallan libres de tensiones, ya sea en el plano intergeneracional, como en el institucional.

De acuerdo con información de la CEPAL (1994:37), en áreas urbanas de diez países la situación es dramática para jefes de hogar inactivos que reciben algún tipo de prestación: Brasil, Costa Rica, Chile y Panamá representan entre 12% y 14% del total; en Colombia, México y Paraguay varía entre 5% y 7% y en Guatemala y Honduras, un 3%. El caso extremo es Uruguay, donde 30% de los jefes de hogares son inactivos perceptores de pensiones. Ese mismo documento reveló que los jefes de hogar mayores de 60 años que reciben alguna ayuda proveniente de la seguridad social vivían mejor, disminuyendo el porcentaje de pobreza de forma significativa, lo cual tiene consecuencias importantes para su bienestar.

Esta nueva situación impone por sí misma muchos retos y requiere de respuestas capaces de replantear la propia imagen —en general negativa— que la sociedad ha construido en torno del envejecimiento como una enfermedad que produce seres improductivos, no útiles y que representan una carga para la sociedad y las familias. También es necesario replantear servicios sociales para esta población, ya que requiere otro tipo de atención.

2.2. La complejidad del perfil epidemiológico

Las investigaciones epidemiológicas llevadas a cabo a principios de los setenta y que tenían como punto de partida los modelos de la transición propuestos por Omran, indican una situación de *transición en la situación sanitaria*, tendiente a identificar una transición epidemiológica para diversos países del continente como parte del supuesto etapista progresivo que conlleva a las sociedades a un destino inevitable de desarrollo económico, pero no a un mundo sin enfermedades. La transición estaría indicando un cambio en la composición de las enfermedades en dirección a un aumento de las crónico-degenerativas y una tendencia a la disminución de la infecto-contagiosas, como efecto directo de una situación de mayor desarrollo socio-económico. En consecuencia, esta situación provocaría, en caso de que los gobiernos no actuaran de forma responsable sobre la evolución de las prioridades de las políticas de salud en el corto plazo, una situación de presión sobre los sistemas de salud.

La transición estaría indicando un cambio en la composición de las enfermedades en dirección a un aumento de las crónico-degenerativas y una tendencia a la disminución de la infecto-contagiosas, como efecto directo de una situación de mayor desarrollo socioeconómico.

Como muestra el documento de la CEPAL citado, las propias instituciones de seguridad social apoyaron el argumento de la transición epidemiológica —que supone el tratamiento de enfermedades crónicas más costosas— aunado al de la transición demográfica —el envejecimiento de la población— para justificar sus dificultades financieras. El costo del tratamiento pasó a ser más importante que la salud y la pregunta guía de acción de naturaleza minimalista que estuvo presente en algunas orientaciones de política y reforma se formuló en el sentido de controlar los costos de salud: ¿Cuánta salud puede obtenerse con cierta cantidad de dinero invertida en una u otra acción?

De cualquier manera, la situación en el continente es compleja y nada homogénea, y el valor de la vida humana continúa orientando el quehacer en salud al lado de la racionalidad científica. Unos prefieren incluso no hablar de transición y sí de acumulación de problemas y de brechas sociales. Otros llaman la atención para las diversas situaciones epidemiológicas que viven los distintos grupos existentes en los países, que no alcanzan a reflejar en los indicadores nacionales promedios. Añaden también el papel de las políticas sociales como intermediaria entre la situación de pobreza y enfermedad y los recursos de curación y prevención capaces de actuar sobre un cuadro de carencia (Martínez, y Leal, 2002).

De acuerdo con Terris (1992:77) las principales causas de fallecimiento en el continente americano para el intervalo de 1980-1984 fueron “las enfermedades cardíacas, el cáncer, la apoplejía, los accidentes y las complicaciones perinatales.” A esto agrega que las infecciones intestinales constituyeron la causa principal en Ecuador y en Guatemala, la segunda causa en Honduras, la tercera en México, la cuarta en Paraguay, y la quinta en El Salvador y en Suriname.

Ese mismo autor reconoce que el patrón cambiante de la enfermedad en el continente refleja una variación profunda en los riesgos ambientales para la salud y llama la atención hacia la importancia de los niveles de vida para la salud. Reconoce que actualmente, se suman a las amenazas existentes anteriormente provocada por los micro y macroorganismos que existían en el ambiente, agentes inanimados con gran capacidad de propagarse, de naturaleza fisicoquímica, tales como la energía nuclear, las radiaciones, productos químicos tóxicos (tabaco, alcohol, las grasas saturadas, las armas químicas, las bacteriológicas o de destrucción masiva) así como los vehículos y otros.

Frente a ese cuadro, lo que recomienda Terris es dirigir la planeación en el ámbito de la salud hacia la salud pública y no a la atención médica; orientarla epidemiológicamente para disminuir los casos de enfermedad y no con base en los recursos o en el control de los gastos. En consecuencia, recomienda dar prioridad a la promoción y prevención de la salud, mejorando las condiciones de vida, entendiendo por ello, no solamente promover políticas de cambio de estilo de vida, sino incluyendo la paz, techo, educación, alimento, ingreso, un ecosistema

estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. En otras palabras, promover políticas de salud que actúen modificando los riesgos que dan lugar a la morbilidad, para así construir sociedades más igualitarias en sus relaciones sociales, económicas y político-culturales.

De todas formas, la investigación realizada en México, en los Altos de Chiapas y Chenalhó, en relación con las muertes maternas, complementa la visión de Terris al resaltar una situación nada lineal como parece indicar algunas veces la teoría de la transición epidemiológica. La investigación referida reveló “una gran variabilidad de razones de mortalidad” en la que confluyen diversos elementos, entre ellos, “relaciones familiares, la violencia doméstica, las concepciones y prácticas de salud relacionadas con la maternidad y el riesgo de morir, y la disputa en torno a estas prácticas: lo considerado tradicional, la medicina alópata y otras formas nuevas de medicina popular”. (Freyermuth, G.,1999:116)

De acuerdo con la misma autora, enfrentar esa situación requiere de políticas capaces de dar respuesta a los rezagos acumulados y a inercias culturales e institucionales, que no siempre son incluidas en las políticas de salud. Esto no se hace sin recursos económicos. Además, argumenta la autora, no se pueden olvidar otros problemas existentes: es necesario dar atención a los grupos sociales sujetos a las enfermedades no transmisibles que afligen a las comunidades pobres, tanto las de orígenes patológicos como las provocadas por las condiciones de vida u otros factores sociales, tales como la violencia y los accidentes. Es fundamental actuar sobre las causas no directamente biológicas que actúan sobre el proceso salud-enfermedad, como las sociales y culturales.

No se pueden olvidar otros problemas existentes: es necesario dar atención a los grupos sociales sujetos a las enfermedades no transmisibles que afligen a las comunidades pobres, tanto las de orígenes patológicos como las provocadas por las condiciones de vida u otros factores sociales.

2.3. Cambio en la estructura social en dirección al crecimiento de la pobreza y la concentración de la renta

A diferencia de Europa, los ajustes en nuestros países tuvieron efectos mucho más serios sobre el financiamiento del sector social y las condiciones de vida de amplios sectores sociales. En parte, porque un alto porcentaje de la población no tenía acceso a los servicios de salud, a lo que se agrega la pobreza existente y la enorme deuda pública acumulada, expresión de la inserción subalterna de las economías latinoamericanas en los mercados internacionales, sin condiciones de pago debido a la propia recesión. Así, aumentó de la pobreza en todo el continente, surgieron nuevas situaciones de pobreza y de vulnerabilidad, en particular en la población urbana, aun cuando la situación del campo sea más severa. La población en situación de pobreza en la región alcanzó en 1990 un porcentaje del 46%, neutralizando los progresos de la década de los setenta.

El número de pobres e indigentes al margen de las prestaciones sociales de los sistemas de seguro social aumentó. De acuerdo con documento de la CEPAL

(1994), los países donde el gasto social se contrajo en grandes proporciones fue en El Salvador y México, afectando tanto la cantidad como la calidad de los servicios prestados (op.cit.:5). Los países en que la población desprotegida constituye la mayoría son El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua.

Citando el mismo documento, “los grupos generalmente excluidos de estas prestaciones son una elevada proporción de los trabajadores del campo y sus familias, y el creciente sector informal, tanto del campo como de las ciudades, que están sumidos en distintos grados de insatisfacción de las necesidades más elementales”. Y agrega: “Los múltiples y variados mecanismos de bienestar “universales” y de asistencia pública, entre los que destacan los de Costa Rica, suelen ser limitados en su cobertura, además de insuficientes en su calidad y cantidad”, particularmente cuando se trata de la población rural dispersa en comunidades aisladas y de los grupos marginados urbanos.

Para ejemplificar la situación de la región, cita a Costa Rica, en un extremo que prácticamente ha alcanzado la universalidad, y en otro extremo, a Guatemala, donde la mitad de la población carece de cualquier apoyo institucional, incluyendo el de las organizaciones humanitarias. En cuanto a la desprotección en materia de respaldo económico ante un siniestro —enfermedad, invalidez, vejez y muerte— la situación es más dramática: se estima para el caso de Costa Rica, que 23% de la PEA vive al descubierto y lo mismo sucede para alrededor del 85% en Honduras y Nicaragua; México en una posición intermedia. De cualquier forma, el documento llama la atención sobre el fenómeno de la erosión del valor de las pensiones, que lleva a muchos beneficiarios a una situación de pobreza debido a la ausencia de otros respaldos, así como a la existencia, en algunas comunidades, de un capital social que permite que las redes comunitarias y familiares respalden al adulto mayor.

La erosión del valor de las pensiones lleva a muchos beneficiarios a una situación de pobreza debido a la ausencia de otros respaldos.

Lo importante aquí es destacar la diferencia entre la pobreza y la desigualdad social, la correlación entre niveles de salud y la distribución de la renta y la independencia de estos fenómenos con relación a la economía. Citando a Papadópulos (1999:112), entre 1987 y 1994 en Chile, la pobreza disminuyó sistemáticamente sin implicar cambios de la misma magnitud en la concentración de la renta y en las tasas de mortalidad, incluso con efectos sobre el nivel de equidad. En Uruguay la situación fue diferente: entre 1986-1994 hubo una disminución importante de la pobreza que fue acompañada de una mejoría en la distribución de la renta, como también en Colombia. La literatura especializada muestra que “los países con las mayores esperanzas de vida no son los más ricos, sino los que tienen menor polarización de los niveles de ingreso de sus habitantes y menos proporción de pobres” (Martínez, C y Leal, G citando Wilkinson, 1994).

En la mayor parte de los países de América Latina, de acuerdo con documento de la CEPAL, lo que se observó fue un “aumento de la diferencia entre los

ingresos del 40% de hogares más pobres y del 10% más rico” ampliando así la distancia entre pobres y ricos. Las situaciones más adversas se registraron en Argentina y Venezuela, así como en Brasil. En estos países aumentó la indigencia.

Lo paradójico de la situación es la tendencia de la política de salud de recortar recursos justamente dirigidos a las políticas de bienestar, así como hacer que los pobres participaran en los costos de los mismos, al tiempo en que se daba prioridad a la atención médica especializada y al desarrollo del sector curativo-privado en perjuicio de las medidas preventivas y de interés colectivo. Otra consecuencia paradójica fue el cambio del enfoque igualitario para el de equidad, donde el último apunta “a la igualdad de oportunidades individuales para satisfacer un conjunto de necesidades básicas o aspiraciones definidas socialmente”. La igualdad es relativa y “apunta a la distancia entre categorías sociales respecto del poder y la riqueza” (Garretón, 2001:189).

Lo paradójico de la situación es la tendencia de la política de salud de recortar recursos justamente dirigidos a las políticas de bienestar, así como hacer que los pobres participaran en los costos de los mismos.

2.4. Cambio en el mercado de trabajo y en la propia concepción del trabajo

De acuerdo con Petras y Vieux (1997:51) una de las características de la reestructuración económica es la movilidad de capital: “de una región geográfica a otra, de actividades con gran densidad de mano de obra a actividades con gran densidad de capital.”

La desregulación del mercado de trabajo y el trabajo eventual forma parte de ese proceso, así como la disminución de los salarios, poniendo en entredicho el contrato social dominante hasta entonces que garantizaba, teóricamente, a toda persona que trabaja, el derecho a las prestaciones sociales.

Las consecuencias de lo anterior son, en muchos sentidos, desastrosas. En el caso de EE.UU., por ejemplo, durante el decenio de 1980 y en el siguiente, de acuerdo con el autor citado, hubo muchos despidos (veinte millones de trabajadores fueron despedidos en la década de 1980), sin posibilidad de recuperar su empleo. Argumenta que los trabajadores más afectados son los trabajadores mayores y menos instruidos y que llevan mucho tiempo en empleos anteriores. Los trabajadores jóvenes en menos de veinte días logran un nuevo puesto, mientras que las mujeres, los trabajadores mayores y de color pasan un periodo mayor sin trabajo. Esta situación contribuye al surgimiento de problemas psicosociales, afecta el tejido social, actúa negativamente sobre la familia y tiene un costo social difícil de ser saldado.

En América Latina, de acuerdo con documento de la CEPAL, el trabajo asalariado continúa siendo importante aun cuando se observa un descenso en el valor de los salarios reales, elevando el porcentaje de asalariados en situación de pobreza.

El trabajo asalariado continúa siendo importante aun cuando se observa un descenso en el valor de los salarios reales.

La situación del mercado de trabajo para los jóvenes es considerado como un generador de frustraciones. En parte, porque los jóvenes están más preparados y reciben menos, y por otra, debido al aumento del número de jóvenes sin empleo. De cualquier forma, los jóvenes que no estudian ni trabajan aumentó. Tal situación propicia una tendencia hacia la marginalidad y a la reproducción de la pobreza.

En cuanto a la oferta de trabajo, el mismo documento informa que, en la zonas urbanas dos de cada cinco ocupados laboran en estratos de bajos niveles de productividad e ingresos y con limitada cobertura de seguridad social. A su vez, las fuertes contracciones del gasto fiscal y los procesos de privatización de las empresas públicas afectaron el empleo público y los salarios. Fue observado, en contrapartida, que en general, el trabajador de la administración centralizada y de los servicios públicos presenta niveles altos de calificación.

Por otra parte, el empleo informal creció sustancialmente junto con el desempleo abierto, generando un conjunto de personas pobres que difícilmente reciben beneficios de los mecanismos oficiales de seguridad social.

La situación laboral de la mujer es aún más grave. Se observa un aumento de hogares que dependen del trabajo de la mujer, así como un aumento de la participación de la mujer en el mercado laboral. Sin embargo, las mujeres reciben salarios más bajos independientemente de la formación o edad, y las tareas domésticas continuaron siendo de su responsabilidad; además, debido a la tendencia de los economistas de no computar el trabajo doméstico como productivo, en algunos países fueron puestas en práctica políticas sociales que tienen a sobrecargar a las mujeres, transfiriendo para ellas el cuidado de los enfermos, la limpieza de centros de salud y asignándoles el papel de promotoras de salud; en tanto que por dichas actividades no reciben retribución económica, se da lugar a otro fenómeno importante: la *feminización de las responsabilidades y de parte de los costos* del cambio de modelo económico.

Debido a la tendencia de los economistas de no computar el trabajo doméstico como productivo, en algunos países fueron puestas en práctica políticas sociales que tienen a sobrecargar a las mujeres.

Las situaciones arriba citadas están indicando una dificultad de los Estados nacionales para proveer seguridad de ingresos a sus ciudadanos y por supuesto, de bienestar, que impone retos a las instituciones de seguridad social y al modelo universalista sustentado en el empleo. De acuerdo con el Presidente del BID, Enrique Iglesias, esta situación es transitoria, pero “sus efectos pueden durar por un buen tiempo” (2001). Otros plantean un cambio en la ética del trabajo, de una moldeada a favor del mercado de trabajo por una ética del trabajo bien realizado, donde el derecho a un ingreso está disociado de la capacidad de obtenerlo. Lo que parece cierto es que en la encrucijada de “Un mundo sin trabajo” (Alvarez, 2003), hasta el sentido de ser pobre cambia, porque de acuerdo con Bauman (1999), “Una cosa es ser pobre en una comunidad de productores con empleos para todos, y otra muy diferente es serlo en una sociedad de consumidores

cuyos proyectos de vida se construyen en torno a la elección de lo que se consume y no alrededor del trabajo, la capacidad profesional o la disponibilidad de empleos”.

2.5. La feminización de las responsabilidades y de los costos de la salud

La expansión de los movimientos organizados de mujeres durante los años setenta y ochenta replantea nuevos temas para las políticas de bienestar y de salud hasta entonces vigentes en el continente, al reconocer que dichas políticas estaban dirigidas al varón como proveedor de la familia. Al adoptar la llamada perspectiva de género para analizar la legislación social y las políticas de salud y de seguridad social, así como los programas de ajuste estructural, algunos estudios se muestran especialmente críticos y demuestran que las mujeres como trabajadoras y reproductoras biológicas fueron las más perjudicadas con el recorte de personal del sector público, la disminución de los subsidios para alimentación y los servicios públicos, las políticas de control de la inflación y los cambios en la seguridad social (Brachet-Márquez y Oliveira, 2002).

Además, llamaron la atención hacia “los sesgos conceptuales ocultos en las teorías económicas que sostiene el ajuste estructural” al no considerar el trabajo no remunerado llevado a cabo por las mujeres y enfocarlo como una fuerza de trabajo subocupada. El efecto de ese sesgo fue el aumento de su carga de trabajo y la feminización de las responsabilidades y los costos con serias consecuencias para la salud de la mujer. (Standing, 2000:4, Damián, G., 2002:19) De acuerdo con Espinosa Damián (ob.cit.) esas políticas hacen que las mujeres de sectores más pobres envejecan rápidamente, sufran mayores problemas de salud o eleven su riesgo de morir. Como ejemplo cita la situación de México: "entre 1992 y 1998 los niveles de mortalidad en mujeres de 15 a 59 años aumentaron en 5% en el medio rural, mientras entre los varones estuvo estable, y entre las mujeres urbanas de la misma edad bajó 12%".

Standing (op.cit.:11) observa también que los nuevos indicadores que instrumentan las decisiones en políticas de salud con base en criterios de costo-efectividad, como son los AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad) son limitados con relación a la incorporación de la perspectiva de género. La crítica, apoyándose en Zwi y Mills (1995, citado por Standing) está referida a la exclusión, en el indicador, del proceso de atención y sus dimensiones de calidad en los procesos de atención formal y la no consideración de los procesos de atención informales. Otra política cuestionada con relación al alcance para una respuesta efectiva al tema de género es la descentralización, en particular, en lo que respecta a la democratización de la toma de decisiones y a la asignación más equitativa de los recursos.

Que los nuevos indicadores que instrumentan las decisiones en políticas de salud con base en criterios de costo-efectividad son limitados con relación a la incorporación de la perspectiva de género.

3. Las bases políticas de un cambio sustentado políticamente

Como vimos en el tema anterior, una de las causas más importantes para explicar las especificidades de las políticas de bienestar en los diversos países fue la política. También en las reformas, la política ocupa un lugar importante. Ciertamente, el ambiente político actual, dominando por el reclamo democrático en sociedades más plurales, no es el mismo de antaño. En muchos países de la región se ha generado un escenario con distintos actores sociales y políticos, con fuerzas políticas en plena lucha por el poder que se asumen con el derecho de participar en la definición de los problemas del sector de bienestar y en el planteamiento de soluciones. Además, en diferentes foros y espacios se ha planteado que ante los cambios en las políticas de bienestar “no estamos ante opciones técnicas, presentadas en los modelos o conceptos que utilizan los autores. Estamos ante opciones políticas que gozan de diferentes bases técnicas” y, por lo tanto, expresan correlaciones de fuerzas aglutinadas en torno a determinados valores e intereses y es sobre éstos que se debe construir los acuerdos. (Sojo, 2000)

En lo más inmediato, el propio proceso de institucionalización requiere de determinadas condiciones políticas, en particular, de la formación de coaliciones socio-políticas que expresan consensos. “Lograr consensos, conforme expresó Stiglitz (1998, citado por Sojo, 2000), no solo es parte esencial de la obtención de estabilidad política y social, sino que el consenso y la participación y el sentido de justicia conducen a una relación de “apropiación” de las políticas y de las instituciones que, a su vez, acrecienta su probabilidad de éxito”.

Por su parte, el propio fenómeno de la globalización conlleva “a la transferencia de poder desde los estados nacionales hacia el mercado y, en particular, hacia las empresas y los inversionistas internacionales” (Bouzas, 2001:288). Estos movimientos provocan tensiones políticas y ponen bajo amenaza a las autoridades nacionales en un contexto de tránsito de regulación, generando en algunas situaciones déficit de legitimidad. Este nuevo escenario fue acuñado por algunos analistas como de “dictadura de los mercados”, por su capacidad de “captar gráficamente las tensiones entre la base nacional de los mecanismos de representación política y la decreciente efectividad de los instrumentos a disposición de los gobernantes para influir sobre áreas claves de la economía nacional (como el tipo de cambio o la extensión y generosidad de los mecanismos de seguridad social”. (Bouzas, op.cit.:289).

Bouzas también comenta sobre las nuevas oportunidades de negocios inducidos por la globalización, en la medida que incrementan la competitividad, abren posibilidades para nuevas alianzas y la desarticulación de otras e incluso facilitan la renovación de prácticas políticas. Sin embargo, aclara que el resultado, nuevas coaliciones que reacomodan los intereses o prácticas políticas, necesariamente no garantiza una situación mejor que la preexistente.

El consenso y la participación y el sentido de justicia conducen a una relación de “apropiación” de las políticas y de las instituciones que, a su vez, acrecienta su probabilidad de éxito”.

Por su parte, Amartya Sen en conferencia en OIT (ya citada) relaciona la crisis económica en algunas naciones con la ausencia de democracia argumentando falta de transparencia empresarial y de participación pública en el examen de las disposiciones financieras y comerciales (op.cit.:94). Sugiere que la voz de los sectores vulnerables debería ser escuchada, en particular, cuando sus condiciones de vida son afectadas con las políticas de ajustes. Rose-Ackerman (2001) desarrolla una interesante investigación en torno a la corrupción, los gobiernos y reforma, llamando la atención hacia los conflictos de intereses existentes entre muchos altos funcionarios y sus consecuencias en contextos reguladores y de privatización.

Las políticas de bienestar constituyen un campo de estudio y de práctica así como un campo de acción política. Los cambios en las políticas sociales afectan, en intensidades distintas, a diversos grupos sociales colocados en diferentes lugares de la estructura social, con capacidades y recursos de poder desigual. Estos actores pueden tener necesidades e intereses distintos, incluso antagónicos, resultando un campo conflictivo, también en situaciones de dictadura. La dimensión relacional de la política ha permitido analizarla como un marco para la interacción sobre el cual convergen actores sociales y políticos, intereses y roles en distintas formas y niveles y que disponen de diversos recursos de poder. Por su parte, como cualquier política que involucra relaciones de poder, es impulsada según las relaciones de fuerza imperantes en cada momento, las estructuras previas de los sistemas de salud y de seguridad social y, principalmente, a partir de las ideas, valores e intereses construidos en torno a los beneficios que ambas políticas consideran.

Entender las políticas de bienestar bajo tal perspectiva implica considerar que los cambios en discusión no son determinados solamente por tendencias macroeconómicas. Cabe preguntarse por la capacidad de los Estados para inducir cambios en la conducta de los actores o evitar bloqueos a sus políticas, y también por la organización de la sociedad civil. ¿Cómo operan unos y otros? La respuesta no puede estar limitada a la capacidad de toma de decisión política del Estado o de influencia y presión de los actores políticos, sino sobre todo, debe incluir a los actores afectados por esas políticas y los cambiantes equilibrios entre los recursos de poder que puedan movilizar en cada situación el Estado y las fuerzas políticas y sociales en conflicto y los propios ciudadanos. En otras palabras, exige considerar el análisis de las políticas en su contexto social, ideológico y cultural bajo una perspectiva multidimensional y transdisciplinar, teniendo en cuenta las múltiples relaciones que vinculan la sociedad y la política.

A modo de síntesis: desafíos y perspectivas

Los países de la región difieren entre sí tanto con relación a su estructura socioeconómica-cultural como en la forma en que el Estado conduce sus políticas. Por supuesto que en la región las instituciones de seguridad social y salud

La dimensión relacional de la política ha permitido analizarla como un marco para la interacción sobre el cual convergen actores sociales y políticos, intereses y roles en distintas formas y niveles y que disponen de diversos recursos de poder.

Las diferencias, en buena parte, se explican por razones sociopolíticas, culturales y económicas, y son estas mismas razones las que permiten entender la ausencia de proyectos integradores de la sociedad.

presentan diferencias en cuanto al acceso, financiamiento, normatividad, modelo de atención y organización institucional. Las diferencias, en buena parte, se explican por razones sociopolíticas, culturales y económicas, y son estas mismas razones las que permiten entender la ausencia de proyectos integradores de la sociedad capaces de incorporar al desarrollo a los diversos grupos sociales.

En algunos foros organizados en torno al futuro de las políticas de bienestar, en particular las de seguridad social y salud, se ha planteado la necesidad de discutir los valores sustantivos que inspiran las nuevas orientaciones de políticas y los vínculos entre estos valores, la salud, el desarrollo y su encaje en la estructura social. Lo anterior debido a que la realidad social pone de manifiesto un agravamiento de la exclusión y de las condiciones de vida que actúan sobre el estado de salud de una comunidad desafiando “un conjunto de propuestas de política económica que pretende armonizar el restablecimiento de los grandes equilibrios macroeconómicos y la lucha contra la pobreza”. (Marques Pereira:241).

Hacemos estas observaciones porque comulgamos con quienes defienden que ciertas metas de desarrollo se encuentran relacionadas entre sí de modo conflictivo: la persecución de una meta dificulta el alcance de otra y, sin embargo, ambas son elementos constitutivos de un objetivo conjunto. O sea, la expansión de la salud como un bien económico capaz de movilizar grandes sumas de recursos humanos y tecnológicos y que propicia la capitalización de la medicina o como un recurso humano para un desarrollo humano sustentable y sus respectivos vínculos con el bienestar, requiere de mecanismos de intermediación entre el Estado y la sociedad, que son las propias políticas de bienestar, para que los frutos del crecimiento del complejo médico-industrial expresado en modernas técnicas de prevención y curación, puedan confluir en el esfuerzo colectivo de salud para todos .

En consecuencia, toda propuesta que busque interrelacionar prácticas sociales —desarrollo económico y social con bienestar— requiere de la identificación de los agentes sociales que puedan responder por ellas. La simple creencia en la propuesta no es suficiente para transformarla en realidad social. Ésta es resultado de la acción concreta de las personas y está siempre referida a una situación de poder y la capacidad de acción.

En segundo lugar, estamos de acuerdo con Demo (2001:266), sobre la posibilidad de sustentar la hipótesis según la cual la salud, igual que la educación, “son factores decisivos del desarrollo, siempre que éste se defina por la marca humana y su concepción sea de tenor estratégico e interdisciplinario”. Además, no hay cómo contestar la idea de que la salud y la educación “tienen un efecto decisivo en la economía, por medio de la competitividad productiva (...), pero resulta equivocado reducirla a esta faceta, porque se pierde la noción de fin y se la ve como un simple instrumento tecnológico [o de la producción], que tiene en el mercado su palanca básica” [y no en la sociedad]. Demo (2001:261)

Toda propuesta que busque interrelacionar prácticas sociales— desarrollo económico y social con bienestar— requiere de la identificación de los agentes sociales que puedan responder por ellas.

Referencias bibliográficas

- Alvarez, L. (2002) (coord.) "Un mundo sin trabajo", Driada, México.
- Bauman, Z (1998) "Trabajo, consumismo y nuevos pobres", Gedisa editorial, España.
- Bouzas, R (2001) "Agenda de gobierno y desafíos de políticas en América Latina: notas sobre el contexto económico internacional", En: *Globalización, identidad y democracia*, coord.. Julio Labastida Martín del Campo, Antonio Camou, Siglo XXI, México.
- Brachet-Márquez, v. Y Oliveira, O. (2002), "Mujer y legislación social", *Estudios sociológicos*, El Colegio de México, vol.XX, núm.60, 537-582, México.
- Canales Cerón, A (2001), "La población en la era de la información. De la transición demográfica al proceso de envejecimiento". En: *Estudios Demográficos y Urbanos de El Colegio de México*, vol.16, núm.3, septiembre-diciembre, 485-518, México.
- CEPAL (1994), Panorama social de América Latina, Serie documentos reproducidos nº40. ____ (1998), "Los sistemas informales de seguridad social, Experiencias en México y el Istmo Centroamericano".
- Chackiel, J (2001), "El envejecimiento de la población latinoamericana", En: *Sociología del desarrollo, políticas sociales y democracia*, coor. Por Rolando Franco, CEPAL-Siglo XXI, México.
- Demo, P (2001), "Educación y Desarrollo, Análisis de una relación casi siempre fantasiosa", En: *Sociología del desarrollo, políticas sociales y democracia*, coor. Por Rolando Franco, CEPAL-Siglo XXI, México.
- Garretón, A. (2001), "Igualdad, ciudadanía y actores sociales", En: *Sociología del desarrollo, políticas sociales y democracia*, coor. Por Rolando Franco, CEPAL-Siglo XXI, México.
- Guerra de Macedo, C (1992), "Los grandes desafíos de los años 90 y su Impacto en Salud Internacional", En: *Salud Internacional, Un debate Norte-Sur, Serie Desarrollo de Recursos Humanos*, n°95, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.
- Iglesias, E., (2001), "Las crisis, el desempleo, y las redes de protección social. Explorando nuevas fronteras". En: *Sociología del desarrollo, políticas sociales y democracia*, coor. Por Rolando Franco, CEPAL-Siglo XXI, México.
- León, F. (s.f.) "Modernización y comercio exterior de los servicios de salud- El caso del sistema de salud chileno 1983-2000", trabajo elaborado para CEPAL-OPS con el apoyo de los agentes publico y privados del sistema de salud chileno, mimeo.
- Marques Pereira, J. (1992), "La reducción de la intervención social del Estado", En: *Democracias posibles, El desafío latinoamericano*, compilado por Georges Couffignal, Fondo de Cultura Económica, Argentina.

Martínez, C y Lea, G. (2002), "La transición epidemiológica en México: un caso de políticas de salud mal diseñadas y desprovistas de evidencias", En: *Estudios Demográficos y Urbanos*, El Colegio de México, vol.17, núm3, 547-570, México.

Mesa-Lago (1986), "Introducción", En: *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, selección de Carmelo Mesa-Lago, Fondo de Cultura Económica, México.

Morales, M. E. (1999), "Ser Viejo", En: *La agenda de la sociedad civil respecto a la diversidad*, cuadernos del Foro, año1, n.2, México.

OPS/OMS (1994), "El comercio Internacional de Servicios de Salud: Principales Cuestiones y Oportunidades para los Países de América Latina y el Caribe, Serie Informes Técnicos" N° 33.

Papadópulos, J (1999), "Igualdad, democracia y políticas sociales en el Cono Sur de América Latina", En: *Políticas sociales para los pobres en América Latina*, coord.. Martha Schteingart, Hurí, México.

Petras, J y Vieux, S (1997), "Neoliberalismo y vida cotidiana", En: *Buen gobierno y política social*, editores: Salvador Giner y Sebastián Sarasa, Ariel, Barcelona.

Rose-Ackerman, S. (2001), *La corrupción y los gobiernos, Causas, consecuencias y reformas*, Siglo XXI, España.

Rueza Barba, A (2002), *Los servicios sociales para las personas mayores en Iberoamérica*, UNAM-Escuela Nacional de Estudios Profesionales Acatlán, México.

Sen, A (2003), Alocución del Sr. Amartya Sen en la Conferencia Internacional del Trabajo 87ª Reunión, 1-17 junio de 1999, En: *Un mundo sin trabajo*, coord. Luis J. Alvarez, Editorial Driada, México.

Sojo, A. "La reforma Finisecular del sector salud en América Latina y el Caribe: su derrotero e instrumentos. En: *Costa Rica, Las políticas de salud en el umbral de la reforma*.

————— (2000), Comentarios, En: *De la reforma para unos a la reforma para todos*, Editores Giorgio Solimano y Stephen Isaacs, Editorial Sudamericana-CORSAPS, Santiago de Chile.

Solimano, G., Vergara, M, Isaacs, S (2000), "Las reformas de salud en América Latina: Fundamentos y análisis crítico", En: *De la reforma para unos a la reforma para todos*, Editores Giorgio Solimano y Stephen Isaacs, Editorial Sudamericana-CORSAPS, Santiago de Chile.

Solís Soberón, F y Alejandro Villagómez (comp.) (1999), *La seguridad social en México*, CIDE-Fondo de Cultura Económica, México.

Standing, H (2000), "El género y la reforma del sector salud", OPS-Havard Center for Population and Development Studies, Publicación Ocasional, n°3.

Stocker, K, Howard Waitzkin, Iriart, C (1999), "The exportation of managed care to latin america", En:Health Policy Report, vol.340, number 14.

Sulbrandt, J. (2000) Comentarios, En: *De la reforma para unos a la reforma para todos*, Editores Giorgio Solimano y Stephen Isaacs, Editorial Sudamericana-CORSAPS, Santiago de Chile.

Terris, M. (1992), "La situación de salud en el Continente Americano", En: *Salud Internacional, Un debate Norte-Sur, Serie Desarrollo de Recursos Humanos*, n°. 95, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

Wedderburn, D. (2000), "La superioridad de la acción colectiva: el caso del Sistema Nacional de Sanidad (SNS)", En: *Vivir como iguales, apología a la justicia social*, compilado por Paul Barker, Paidós, México.



EJERCICIOS Y ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

(Ejercicio individual)

Responda los siguientes apartados a partir de los temas analizados en este módulo:

- a) ¿Cómo clasificaría usted el sistema de seguridad social de su país o institución, más próximo a la tradición *bismarckiana* o a la de tipo *beveridgiano*? Argumente su respuesta en dos páginas.
- b) ¿Cuáles son las categorías que explican mejor las características y la transformación del sistema de seguridad social de su país? Desarrolle su respuesta en tres páginas.

Módulo II

Marco conceptual y origen de las reformas

Tutor del módulo:

Antonio Ruezga Barba



Coordinador General Académico del CIESS. Mexicano, Licenciado en Derecho y Doctor en Sociología. Es profesor-investigador de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Ha ocupado diversos cargos en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Es autor de múltiples estudios sobre la seguridad social en América; el más reciente de ellos es "Integración y sistemas de seguridad social" (Revista CIESS).

Contacto: aruezga@ciess.org.mx

Módulo II. Marco conceptual y origen de las reformas

INTRODUCCIÓN

El presente módulo proporciona la base para una discusión, más a fondo, sobre las causas y orígenes que en América Latina han causado cambios profundos en la seguridad social. El documento presenta, en lenguaje accesible, una serie de datos y sucesos que, sin duda, ayudan a la comprensión de la necesidad y urgencia con que se realizaron las reformas. En este sentido, se considera un contexto de crisis y graves carencias, así como la búsqueda de sistemas previsionales con reglas claras e idénticos derechos y obligaciones, y también con mejores y más equitativos servicios y prestaciones. En los textos que componen este módulo se encuentran varios conceptos básicos que permiten la comprensión de los indicadores que dan a conocer el diagnóstico de la seguridad social en cada país, en términos financieros y sociales. Con el fin de lograr un estudio, lo más fiel a la realidad, se ofrecen síntesis de documentos elaborados por instituciones oficiales.



OBJETIVO

- Analizar las causas y orígenes de las principales reformas de la seguridad social en América Latina, como los retos y compromisos que en materia de previsión social se impusieron diferentes países de la región.

PALABRAS CLAVE

Acción	Prestaciones sociales
Derecho	Seguridad Social
Desarrollo humano	Seguro
Equidad	Seguros sociales
Estado de Bienestar	Solidaridad
Obligatoriedad	Universalidad

TEMAS

1. Evolución de las reformas de los seguros sociales
Por Antonio Ruezga Barba
2. Origen y contexto de las reformas de la seguridad social en México
Por Antonio Ruezga Barba
3. Origen y contexto de las reformas de la seguridad social en Chile
Por Nicolás Starck Aguilera
4. Origen y contexto de las reformas de la seguridad social en Colombia
Por Juan Carlos Cortés
5. Origen y contexto de las reformas de la seguridad social en Argentina
Por Alfredo Jorge Gamietea y Jorge Isaac D'Angelo
6. Origen y contexto de las reformas de la seguridad social en Costa Rica
Por Carlos Fuentes Bolaños



EJERCICIOS Y ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Ejercicio individual

Realice un breve ensayo sobre el marco conceptual, principios, posibles reformas y perspectivas de los seguros sociales de su país. Describa la crisis de los seguros sociales dentro del Estado de bienestar, desarrollando el marco económico y demográfico en que operaron los seguros sociales hasta la década de los años ochenta.

Extensión: entre cinco y ocho páginas.

Tema 1. Evolución de las reformas de los seguros sociales

Por Antonio Ruezga Barba



Resumen

El primer tema de este módulo aborda los factores que influyen en el origen del Estado de Bienestar, así como aquellos vinculados a la crisis de éste. En dicho panorama se menciona cómo algunos organismos internacionales ponen el acento en la financiación y los problemas de administración como aspectos centrales que motivan la reforma de las instituciones de los seguros sociales.

El texto resalta, asimismo, la necesidad de incluir en todo momento el análisis de las bases conceptuales y operativas de la seguridad social, por lo que se hace una exposición de los principios de ésta. Por otra parte, este tema pretende argumentar la importancia de rescatar las relaciones solidarias dadas las actuales transformaciones características del mercado laboral.

Tema 1. Evolución de las reformas de los seguros sociales

Por Antonio Ruezga Barba

Crisis del *Estado de Bienestar*

Harvey Lazar y Peter Stoyko afirman: “Durante los tres primeros decenios posteriores a la Segunda Guerra Mundial, en las democracias capitalistas avanzadas el crecimiento económico estuvo acompañado de una igualdad de distribución de los ingresos cada vez mayor. Esto ya no ocurre.

Este distanciamiento de las distribuciones de ingresos se ha asociado con el elevado desempleo, la polarización del mercado de trabajo y el aumento de la exclusión social. Unidos a la erosión de la familia tradicional, estos sucesos sugieren que el seguro social y los programas de redistribución del ingreso que constituyen la base del Estado de Bienestar moderno se necesitan cada día más. Sin embargo, al par que esas necesidades se han ido acentuando también han cobrado mayor intensidad las presiones que buscan reestructurar y reducir los elementos del Estado de Bienestar que afectan a la población en edad activa.

El cercenamiento de los programas durante un período de grandes imperativos implica una paradoja: los programas que suministran una seguridad sólo están presentes cuando es escasa la necesidad de ellos. A medida que la necesidad se acrecienta, la disponibilidad disminuye... (Lazar y Stoyko 1998: 3 y 4).

Rafael Muñoz (1989: 25) afirma que el Estado de Bienestar es “aquel conjunto de actuaciones públicas tendentes a garantizar a todo ciudadano de una nación, por el mero hecho de serlo, el acceso a un mínimo de servicios que garanticen su supervivencia (entendida en términos sociales y no estrictamente biológicos)”.

Otra característica de este tipo de Estado es el uso de una política económica basada en la teoría macroeconómica de Keynes, que plantea el “manejo de la demanda agregada para regular el ciclo económico y tratar de proporcionar seguridad colectiva para los desajustes sociales inherentes a los ciclos económicos. El manejo de la demanda agregada, vía política fiscal y monetaria, está orientada a corregir el desempleo” (Villarreal, René, 1993: 116).

La teoría de Keynes fortaleció el desarrollo de una concepción del Estado y de su política social que culminó en el Estado de Bienestar. Estado que se apoyó en muchas instituciones relacionadas con aspectos de salud, educación, vivienda y pensiones para responder a los problemas sociales.

A la luz de la doctrina keynesiana de la planificación económica, el Estado de Bienestar llegó a concebirse no tanto como una carga impuesta a la economía, sino como un estabilizador interno de tipo económico y político, que ayudaba a regenerar las fuerzas del crecimiento económico y evitaba que la economía cayese en espirales descendentes hacia profundas recesiones. (Offe, 1993: 137).

La vigencia del Estado de Bienestar dependió del consenso social que aglutinó en torno de las nuevas instituciones, la política económica y las reformas sociales.

A partir de los años ochenta entra en crisis el Estado de Bienestar. Había surgido de las exigencias de una sociedad que, por haber sobrevivido a los crímenes y horrores de la Segunda Guerra Mundial, necesitaba de una existencia más segura, fundamentada en el compromiso de una solidaridad nacional y en la normatividad de un derecho social. La economía adquirió la responsabilidad de lograr el pleno empleo y de proporcionar los ingresos suficientes para una adecuada subsistencia. La política, por su parte, trató de buscar el mayor bienestar posible para la población, consciente de que su legitimación estaba íntimamente unida a las soluciones sociales referentes a la felicidad de los ciudadanos.

La economía adquirió la responsabilidad de lograr el pleno empleo y de proporcionar los ingresos suficientes para una adecuada subsistencia.

En nuestros días, el antiguo Estado de Bienestar —con las nuevas tendencias políticas y económicas— difícilmente puede afrontar los desafíos sociales. El exceso de control social mediante la intervención del Estado ya no se acepta; se reduce su capacidad de actuar en asuntos sociales. El Estado deja de ser aceptado como sistema político-administrativo que decide y gestiona las medidas y los instrumentos de la política social.

La crisis del Estado de Bienestar, según los estudiosos de la política, se deriva de la vigencia de los siguientes nuevos criterios sociales:

- El bienestar social se debe fundamentar más en los intercambios sociales entre los directamente interesados, que en acciones del Estado.
- La burocracia no ha resultado un instrumento idóneo para proporcionar a la sociedad los bienes y servicios necesarios de manera apropiada.
- Las normas sobre el bienestar social deben emanar de la sociedad misma.
- Los recursos económicos para la atención de las necesidades y de los derechos sociales no deben depender solamente del Estado, sujeto frecuentemente a coyunturas económicas.
- Las necesidades de la seguridad social, ante la caída de la natalidad y el crecimiento del envejecimiento, cada día más crecientes y potencialmente ilimitadas, necesitan de la participación de la sociedad en su conjunto.
- Las minorías sociales y culturales con frecuencia se oponen a un régimen de seguridad social inclusivo y uniformizante.

Para Lazar y Stoyko (1998: 35 y 36):

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S

Se han erosionado los cuatro bloques en los que se asentó el primitivo Estado de Bienestar durante la posguerra. Las generaciones recientes no han tenido que hacer frente a la adversidad de un conflicto bélico o de una depresión en gran escala. Se desenvuelven en una economía y en una sociedad más diversa. La declinación de la experiencia compartida ha sido la causa de que las nociones de solidaridad social y de derechos sociales de los ciudadanos perdieran parte de su brillo. Asimismo, viendo las cosas retrospectivamente, es evidente que los arquitectos del Estado de Bienestar sobreestimaron la perdurabilidad de la familia tradicional y la capacidad del Estado para mantener el pleno empleo. No se consideró que la multiplicación de las familias monoparentales y el aumento de las tasas de desempleo a más de 10 por ciento constituirían una posibilidad. Por consiguiente, no sorprende que haya disminuido la fe en la aptitud del Estado para administrar activamente la economía, y los instrumentos tradicionales de la intervención estatal han perdido gran parte de su legitimidad.

Considerado esto ¿qué papel desempeñará el Estado de Bienestar en los mercados de trabajo del futuro? La existencia de altos niveles de inseguridad hace presumir que no ha desaparecido la necesidad de una intervención del Estado, y esta reflexión suscita la siguiente

La existencia de altos niveles de inseguridad hace presumir que no ha desaparecido la necesidad de una intervención del Estado.

interrogante: ¿hay un camino alternativo que no sea el mercado libre, relativamente sin trabas, ni el Estado de Bienestar ampliamente intervencionista? Dicho en otros términos ¿qué perspectivas tiene la proverbial “tercera vía”?....

Ante la situación económica que enfrentan la mayor parte de los países de América Latina y los ajustes estructurales hacia una economía de mercado, “existen dudas respecto a la posibilidad de que los programas de seguridad social mantengan estabilidad financiera a largo plazo y logren un mejoramiento en las prestaciones que otorgan”, señala la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS).

Al hacer un análisis de los últimos años, el organismo subraya la preocupación e interés crecientes acerca de la futura viabilidad financiera de las instituciones de seguro social, aun de las reformadas, que en muchos países han reducido sus prestaciones de manera significativa y no han logrado ampliar su cobertura. Afirma que la disminución en el ritmo de crecimiento económico ha tenido un efecto inmediato e importante sobre las políticas de seguridad social. Un factor que limita las posibilidades financieras de los sistemas radica en que hay estancamiento en el mercado de trabajo, lo cual ha reducido el número de contribuyentes. Por su parte, Lilia Martha Archaga Q., en su artículo *El bienestar social*, afirma:

La disminución en el ritmo de crecimiento económico ha tenido un efecto inmediato e importante sobre las políticas de seguridad social.

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. 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 pretende 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 sí 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.

En los informes de los organismos internacionales de la seguridad social, Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) y Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), se destaca que, ante la falta de consenso sobre el futuro de los seguros sociales, se realizaron cambios radicales en las instituciones, especialmente en los países en desarrollo, donde eran más graves los problemas del financiamiento y la administración.

Sin embargo, hay un criterio generalizado de que en la economía de mercado es necesario que el Estado no solo se mantenga como coordinador, sino que conserve algunas instituciones que proporcionen ciertos servicios a determinados sectores de la colectividad.

Los principales objetivos de las instituciones del Estado de Bienestar son dos:

- Integrar y apoyar un patrimonio colectivo, y
- dar respuesta a las necesidades de ciertos sectores de la población por medio de una gestión de servicio, en contraposición a la de beneficio.

Gracias a estas instituciones se pueden lograr relaciones entre los ciudadanos distintas a las impuestas por la economía de mercado, y se puede dar sentido y calidez a las relaciones sociedad-Estado. Andrew Arato (1993: 129 y 130) escribe:

Ahora debemos echar una mirada al problema de la reconstrucción y descentralización del Estado de Bienestar. Sabemos que no sólo los

países pobres sino también los ricos son incapaces de seguir financiando las políticas sociales en la forma centralizada tradicional. Más aún, los negativos efectos secundarios de la intervención burocrática han sido señalados con razón por los críticos del Estado de Bienestar. A la vez sabemos que la comercialización y privatización de los servicios sociales no pueden satisfacer las necesidades existentes de una forma suficientemente igualitaria. Por lo tanto existen buenos motivos para considerar seriamente las propuestas relativas a la reorganización de las políticas sociales y la reasignación de financiamiento gubernamental a las iniciativas independientes para la institucionalización de la mutualidad y solidaridad desde abajo. A la fecha hay evidencias en los países desarrollados, como Alemania, y en otros con una gran pobreza, como Brasil y Perú, de que la reorganización de las políticas sociales en torno a la sociedad civil puede dar por resultado no sólo una redistribución más económica y efectiva de la riqueza, sino también enaltecer el sentido del orgullo y la participación cívicas. Lo que debemos averiguar es el alcance posible de tales actividades, y las formas de relación entre la legislación gubernamental y la actividad autónoma, que serían necesarias para que esta última no sirva solamente a unos cuantos grupos privilegiados dentro del mapa de las privaciones.

La comercialización y privatización de los servicios sociales no pueden satisfacer las necesidades existentes de una forma suficientemente igualitaria.

Los problemas de la seguridad social han sido siempre complejos porque se deben conciliar aspectos financieros y humanos, aun cuando imperativos económicos dominan y limitan la administración de estas instituciones, aseguró Jérôme de Jardin, Presidente de la AISS, y agregó que las instituciones de seguridad social se ven amenazadas por los efectos combinados del envejecimiento de su población y el aumento en los costos de la atención a los asegurados. Recordó que las leyes clásicas del mercado no se pueden aplicar, por ejemplo, al mercado de la salud, ya que éste tiene la particularidad de ser un bien de consumo no sustituible. En su opinión, la salud tiene un precio y éste es más elevado cuando los progresos de la medicina permiten acercarse cada vez más a un diagnóstico preciso, así como a una terapia más eficaz.

Las instituciones de seguridad social se ven amenazadas por los efectos combinados del envejecimiento de su población y el aumento en los costos de la atención a los asegurados.

El costo de los servicios médicos no aumenta en progresión inversa de las necesidades, y esto no solo por el envejecimiento de las personas sino también por la multiplicación de las redes de educación e información, que revelan nuevos métodos para satisfacer necesidades.

Los países de América Latina se hallan enfrentados en la integración de sus economías, lo cual —se espera— permitirá estimular el crecimiento industrial y comercial, promover el desarrollo general y elevar los niveles de vida de la población.

Los seguros sociales, incluso los reformados, se plantean la necesidad de una revisión constante de sus bases conceptuales y operativas, para determinar

exactamente la participación que les corresponde dentro de las nuevas tendencias integracionistas.

Existe la opinión generalizada de que, a pesar de la incapacidad de algunos modelos vigentes para hacer frente a los problemas futuros, los gobiernos deben garantizar un sistema de seguridad social universal, justo, equilibrado y solidario; un sistema que genere, mediante medidas racionalizadoras, una mayor proporcionalidad entre prestación y cotización, para lograr una adecuada equidad.

Los gobiernos deben garantizar un sistema de seguridad social universal, justo, equilibrado y solidario.

El Estado sin sociedad libre es un Estado totalitario, pero la sociedad sin Estado es una sociedad anárquica, afirmó el escritor Carlos Fuentes, y agregó: no debemos permitir ni una sociedad sometida al Estado, ni un Estado sometido al mercado. Lo anterior lo resaltó al dictar su conferencia magistral *La humanidad en el siglo del disfraz y la simplificación ideológica*, durante el seminario *Libertad y justicia en las sociedades modernas*, realizado en México, en 1993.

Por su parte, Federico Reyes Heróles, Director de la revista *Este país*, afirmó que “el Estado moderno puede caminar por el rumbo de un fortalecimiento de la autoridad, de la sociedad política, incluso en ámbitos que fueron de competencia exclusiva civil, en tanto que vaya creando nuevos pesos y contrapesos que garanticen los derechos ciudadanos y sociales”. Hizo una breve reflexión sobre lo que fue el Estado Benefactor: el Estado desvió recursos que hubieran podido aplicarse directamente al bienestar social, al mismo tiempo se incrementó la burocracia, que solo trabaja para sus propios intereses. Destacó, sin embargo, que se pueden registrar los efectos negativos de la tesis neoliberal llevada al extremo. Los problemas sociales se agravaron considerablemente; la educación, urbanización, vivienda, salud y ecología están ubicadas en el contrapunto de los efectos del mercado.

Enrique Iglesias, Presidente del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), sostuvo que la eficiencia social y la economía deben unificarse para dar respuesta al progreso. Desde 1989, explicó, vivimos la promesa de un mundo feliz. Sin embargo, ahora se puede ver que el ciclo depresivo de la economía no ha terminado y la idea de una nueva democracia ha quedado atrás. Es por esto, agregó, que la solidaridad se convierte en uno de los tres vértices que conforman el liberalismo social, complementado por la mano invisible del mercado y la mano firme del Estado para procurar justicia y protección ambiental.

El doctor Daniel Bell, ganador del premio Talcott Parsons de Ciencias Sociales – 1992, indicó que el mercado se dirige hacia donde está el dinero, y la geopolítica en sus términos actuales va contra los mercados, porque el capital puede fluir libremente pero la gente no. Señaló que el “Estado-Nación se está convirtiendo en un espacio demasiado pequeño para la resolución de los grandes problemas de la vida”.

El filósofo Leopoldo Zea dijo que los sistemas económicos-sociales que se disputaban la hegemonía del mundo han entrado en crisis, ya que las ideas sobre las que se sustentaban, la libertad con detrimento de la justicia y viceversa, han demostrado su superficialidad. Zea concluyó que la satisfacción de las múltiples demandas de los marginados es tarea del Estado, buscando siempre soluciones que no impliquen contrademandas. Es decir, en lugar de imponer relaciones de dependencia, deben imperar relaciones de solidaridad que hagan de los éxitos de unos, alientos y posibilidades para los otros. La solidaridad como conciliación de libertades. Pero, aseguró, para encontrar la libertad hay que buscar la justicia social.

En lugar de imponer relaciones de dependencia, deben imperar relaciones de solidaridad que hagan de los éxitos de unos, alientos y posibilidades para los otros. La solidaridad como conciliación de libertades.

Es claro que este nuevo Estado tiene el compromiso de garantizar la protección social, dentro del nuevo orden económico social de apertura comercial. Protección social que no ha alcanzado la universalidad. Ni duda cabe que el Estado debe continuar con una función protagonista para asegurar la necesaria estabilidad social. Los cambios económicos, necesariamente, se deben fundamentar en una participación social canalizada por el Estado.

Las transformaciones recientes hacia economías más abiertas, con la consiguiente redefinición del papel del Estado plantean, incluso a los seguros sociales reformados, la necesidad de nuevas estrategias.

Necesidad de la seguridad social

Los seguros sociales tuvieron el mérito de haber procedido a hacer un inventario detallado de las contingencias que justificaban la intervención de mecanismos de protección social. En efecto, en un primer momento abarcaron a los riesgos directos del trabajo, pasando después a la protección por ausencia de ingresos en caso de enfermedad, invalidez, edad o muerte. Sin embargo, desde una perspectiva histórica, sus principales defectos fueron el alcance limitado de la protección y de las personas a las que protegían, la dispersión de regímenes y la inexistencia de una concepción sintética y uniforme de la protección. La concepción fraccionada de su estructura originaba —en muchas ocasiones— una protección diferenciada, según el sector de producción.

Así, con la función conferida a los seguros sociales, éstos tendieron, primero, a dar protección a los trabajadores más pobres. Se justificaba esta orientación en la estrecha relación entre el derecho a los seguros sociales y la legislación industrial, limitándose el seguro obligatorio, en general, a las categorías que disponían de menos recursos. Se consideraba que aquellos que dispusieran de remuneración suficiente podían hacer frente directamente a los riesgos de la existencia, a través de regímenes facultativos de previsión.

Para las personas que estaban obligatoriamente incluidas, los seguros sociales solo desempeñaban una función parcial de protección contra las contingencias cubiertas, en la medida en que no podían cubrir todos los riesgos. El efecto fue que la protección, en muchos casos, era parcial e insuficiente, lo cual condujo a formular una concepción general de los seguros sociales, a fin de que éstos pudiesen desempeñar un papel social decisivo, en pro de un mejor bienestar individual y colectivo.

La ventaja esencial que ofrecía la técnica del seguro era la afirmación del derecho de los interesados a la protección que se les reconocía contra determinados riesgos, a cambio de su aportación económica —directa o indirecta— para la financiación del régimen. Como consecuencia de la aplicación de este modelo, afirma Romero Montes (1999):

...En casi todos los países de América Latina, los beneficiados son los trabajadores asalariados y fundamentalmente del ámbito urbano, que no son la mayoría de la población trabajadora. Esta es la razón por la que la cobertura es minoritaria e injusta. Minoritaria, porque los sistemas de la región ni siquiera cubren a la totalidad de la población económicamente activa. Injusta, debido a que el grueso de la población no protegida, de alguna manera, hace posible la existencia del seguro social al cual, contradictoriamente, no tiene acceso por no tener calidad de asalariado. Esta afirmación se basa en la consideración de que los puestos de trabajo existen en la medida que la población consume los bienes y servicios producidos por los asalariados.

Por otra parte, la aplicación del modelo de seguro social obligatorio en América Latina ha tenido y tiene serias deficiencias de carácter administrativo. Asimismo, se constata que ha limitado el desarrollo de la seguridad social, estimula la atipicidad y la informalidad laboral, y de esta manera se dificulta la aplicación de los principios de la seguridad social.

Lo que constatamos hoy es que en casi la totalidad de los países existe preocupación acerca de los logros de la seguridad social. Los pensionistas no están satisfechos con sus pensiones, las prestaciones de salud tienen serias deficiencias en cuanto a su eficacia. Los críticos sostienen que a pesar que se está gastando más en seguridad social, no sólo se mantienen los niveles de pobreza, sino que se vienen acentuando.

Los inconvenientes no han terminado. Actualmente asistimos a una discusión a escala mundial sobre el futuro de la seguridad social. Nuevos retos han aparecido como consecuencia de la mundialización de la

El objetivo es el mismo: que la seguridad social continúe siendo un medio de protección frente a las actuales contingencias sociales de las poblaciones del universo.

economía; pero el objetivo es el mismo: que la seguridad social continúe siendo un medio de protección frente a las actuales contingencias sociales de las poblaciones del universo.

A nivel internacional se ha fortalecido la certeza de que es necesario mantener la protección social como parte imprescindible del nuevo modelo de sociedad. Se afirma que urge reformar algunas de las instituciones del Estado de Bienestar, para lograr un aparato administrativo menos costoso y más eficaz, ante la creciente competencia económica globalizada, el incremento del costo de la seguridad social y la evolución demográfica desfavorable para el financiamiento del gasto social. Persisten las incertidumbres sobre la viabilidad económica de los sistemas — antiguos o reformados— de los seguros sociales; se continúa planteando crudamente su posible insuficiencia financiera. Sin embargo, está claro que la seguridad social es un patrimonio irrenunciable de las sociedades modernas.

Ahora, como siempre, la seguridad social necesita de nuevas reformas que, sin duda, no serán las últimas. Son reformas necesarias, cuya responsabilidad se inscribe en el compromiso gradual, necesario y prudente de apoyar su desarrollo.

La seguridad social necesita de nuevas reformas que, sin duda, no serán las últimas.

Se puede afirmar que a la seguridad social le ha sido reconocida ampliamente la virtud de ser uno de los pilares institucionales de las sociedades contemporáneas, y que su importancia para la política económica y social ha resultado de vital eficacia.

Los sistemas de seguridad social desempeñan un papel estratégico en el *enfoque integrado* de la política económica y social, implícito en la *transformación productiva con equidad*.

Para la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) los sistemas de seguridad social “están llamados, en efecto, a cumplir una función decisiva en la estrategia de combate a la pobreza, al ofrecer un vasto potencial para garantizar, sobre una base institucional de solidaridad, un mínimo de bienestar a la totalidad de la población y no solo a una minoría, como suele ocurrir actualmente. De esta forma, puede salvaguardarse un nivel de vida aceptable para las familias en situación de pobreza extrema, principalmente mediante la provisión de requerimientos básicos de salud y nutrición y sentar así, en las primeras etapas de la vida, las bases del desarrollo del capital humano, que se sustenta más adelante en el acceso a programas de educación y capacitación.

“Los sectores pobres e indigentes suelen quedar al margen no solo de la protección de las instituciones de seguro social sino incluso, en una proporción variable, de los servicios sociales básicos de beneficencia que ofrecen las autoridades centrales y otros agentes públicos y privados, sobre una base asistencial. Por lo mismo, su supervivencia ante cualquier siniestro depende de la solidaridad de la familia

extendida, o bien de la comunidad. Estos mecanismos tradicionales, por lo demás, suelen alentar la procreación como principal forma de previsión para la vejez y, paradójicamente, tienden a acentuar la incidencia de la pobreza”.

“Un buen desempeño del sistema de seguridad social debe tener impactos en el bienestar del capital humano, que se reflejan en una elevación de la productividad de la economía en su conjunto. En particular, modernizar y restituir a las instituciones de seguro social su eficiencia, solvencia financiera, y con ello su credibilidad en cada una de sus áreas de acción —atención de salud, accidentes de trabajo, pensiones, etc.— son objetivos que entrañan efectos potenciales de primera magnitud en términos de la transformación y dinamización de las ramas productivas conexas, entre las que destaca la fabricación de insumos y equipos médicos y hospitalarios. Asimismo, las estructuras financieras nacionales —y regionales— podrían fortalecerse con el acelerado desarrollo del mercado de capitales y de seguros... En fin, las transformaciones de los mercados laborales que responden en buena medida a la reestructuración de la producción, en proceso a nivel mundial, exigen igualmente readecuaciones en los sistemas de previsión social, de forma tal que la afiliación de asegurados pueda extenderse al creciente número de trabajadores que carecen de una relación contractual, además de los que anualmente se incorporan al mercado laboral. La extensión de la cobertura de estas instituciones puede inducir a un mayor ahorro en estratos que, por imposibilidad de posponer su consumo o por falta de una cultura de previsión, merecerían, de otra manera, un tratamiento asistencial. A nivel nacional, todo ello se reflejaría en una mayor tasa de ahorro que encontraría fácilmente un cauce de inversión en el campo social” (CEPAL 1994).

Un buen desempeño del sistema de seguridad social debe tener impactos en el bienestar del capital humano, que se reflejan en una elevación de la productividad de la economía en su conjunto.

Los principios en los que se fundamenta todo sistema de seguridad social, aceptados en América Latina por los gobiernos y las instituciones relacionadas con estos programas, pero aún no logrados, se pueden resumir de la siguiente manera:

- Universalidad
- Solidaridad
- Obligatoriedad
- Equidad

Universalidad

La universalidad abarca la totalidad de los habitantes de la nación. *Toda persona, por el hecho de serlo, debe estar asegurada contra todos los riesgos, desde la cuna hasta la tumba.*

Toda persona, por el hecho de serlo, debe estar asegurada contra todos los riesgos.

En América Latina, los procesos de universalidad han sido muy lentos. Aún en nuestros días, su campo de aplicación resulta muy reducido. Las instituciones especializadas que administran los seguros sociales no han logrado abrirse campo a las modernas ideas de la solidaridad social obligatoria para implantar una verdadera seguridad social.

Los regímenes de seguros sociales universalizados transforman las estructuras económica, política y social de los Estados. Generan consecuencias trascendentales en la redistribución de la renta nacional, en el incremento de la productividad de la mano de obra, en la formación de ingentes reservas monetarias que, bien utilizadas, pueden impulsar la economía nacional y el bienestar social, y hasta en las relaciones sociales. La lucha de los Estados por la justicia social, meta indiscutida y ansiosamente perseguida por todos, encuentra en los seguros sociales universalizados el mejor de sus instrumentos.

Los trabajadores del llamado *sector informal* de la economía, en líneas generales, no se encuentran cubiertos por los seguros sociales. Los regímenes de seguro social, o no han encontrado el modelo que se adapte a sus características, o no tienen intención política para incorporarlos. Sin embargo, desde 1980 el *sector informal* de la economía ha crecido de manera impresionante hasta alcanzar cifras superiores, en América Latina, al tercio de la población económicamente activa de las áreas urbanas, según estudios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

A pesar de los progresos logrados en algunos países americanos por cubrir a la población campesina, la lentitud en la extensión de la protección es clara. Las marcadas diferencias del sector campesino, su dispersión geográfica, su condición de aislamiento y pobre integración, son obstáculos importantes; pero en algunas partes falta la decisión política. Sin embargo, urge encontrar formas para acelerar el proceso de cobertura que abra el camino para las soluciones integrales de una seguridad social basada, principalmente, en la solidaridad.

La expansión de los seguros sociales no ha encontrado mayores obstáculos cuando ha debido cubrir al sector formal del mercado de trabajo, donde predominan relaciones asalariadas relativamente estables. Las dificultades aparecen cuando debe enfrentar la cobertura de los sectores desempleados, subempleados y de bajos ingresos en general. Estos sectores no suelen poseer capacidad contributiva y plantean dificultades en términos de la implantación de mecanismos eficaces de recolección de las contribuciones.

En muchos países existen programas asistenciales no contributivos, pero ellos manejan escasos recursos y, por ende, solo alivian la situación de un número ínfimo de individuos o familias, en relación al conjunto no cubierto. De esta forma, existen dos posibilidades respecto de la protección social: aquellos que contribuyen y, en consecuencia, disfrutan de alguna protección en el momento

Urge encontrar formas para acelerar el proceso de cobertura que abra el camino para las soluciones integrales de una seguridad social basada, principalmente, en la solidaridad.

de su retiro, si además cumplen con los requerimientos que prevean las normas vigentes; y aquellos que no poseen capacidad de contribución y, por lo tanto, están condenados a formas alternativas, por lo general miserables, de enfrentar los riesgos de vejez o invalidez.

Solidaridad

Todos los integrantes de una sociedad adquieren la responsabilidad del destino de la misma y de la suerte de cada uno de ellos. La solidaridad se manifiesta, con frecuencia, en el apoyo a las aspiraciones que los seres humanos se han fijado en la búsqueda de un mundo mejor. El alma humana resulta especialmente sensible y solidaria frente a la miseria o la enfermedad de sus semejantes. Se es más solidario con los vecinos que con los que se encuentran lejos; más con los sucesos presentes que con los futuros. No es fácil expresar, en forma práctica, los sentimientos de solidaridad. Los actos de solidaridad, sin embargo, solo logran ser valiosos si se materializan en prestaciones y auxilios con claro significado económico.

Los miembros de una sociedad nacional tienen el deber de enfrentarse unidos a los problemas que la vida social les impone. Adquieren solidariamente la responsabilidad de compartir luchas y triunfos. La enfermedad, la invalidez, la vejez sin protección, la falta de trabajo y la miseria son los principales retos de una sociedad solidariamente organizada. En estas circunstancias, la solidaridad — además de un deber social y moral— se manifiesta como un deber económico y jurídico. Mediante los programas de seguridad social el Estado puede organizar todo un sistema solidario de protección social. La solidaridad social, como deber, se transforma en el principio que da solidez al sistema. Los programas de la seguridad social han llegado a ser los más completos y solidarios esfuerzos colectivos para lograr el mejoramiento social de los habitantes de un Estado.

La enfermedad, la invalidez, la vejez sin protección, la falta de trabajo y la miseria son los principales retos de una sociedad solidariamente organizada.

Reconocida la existencia de una estructura desigual de los ingresos y la falta de protección de ciertas capas de la población, la vigencia de la solidaridad social en el sistema implica que los sectores de mayores ingresos, afiliados o no, deben contribuir en mayor medida a fin de que los sectores protegidos de menor nivel contributivo tengan acceso a beneficios dignos y de que estos beneficios se extiendan a los sectores no cubiertos.

Obligatoriedad

La obligatoriedad, como consecuencia directa del principio de solidaridad como deber, tiene los siguientes aspectos:

- **Trabajadores:** todo ciudadano adquiere la responsabilidad social solidaria del destino de sus semejantes; responsabilidad obligatoria por convencimiento y por mandato inexorable de la ley. Los seguros sociales fundamentan su vigencia en esta solidaridad social obligatoria. El hombre vive en sociedad y su vida, su salud y su trabajo son bienes colectivos de gran trascendencia para la comunidad. Por eso, la colectividad establece el concepto de previsión social como una función socialmente obligatoria. La obligatoriedad deriva de la solidaridad, de la necesidad de la previsión y de la aplicación de la ley de los grandes números en los seguros sociales.
- **Patrones:** los patrones tienen la obligación de contribuir al fondo social, no solo porque son parte de la sociedad que lucha por el bienestar de la nación, sino porque deben ser solidarios con la suerte de sus obreros. El patrón sabe que el obrero es el factor coadyuvante más inmediato en la producción de la riqueza nacional y el bien más importante como parte de los intereses de la empresa. Los seguros sociales contribuyen al incremento de la productividad de las empresas, al generar mejores índices de salud en los trabajadores.
- **Instituciones aseguradoras:** las instituciones aseguradoras están obligadas a garantizar una protección adecuada y eficiente, sin ninguna clase de discriminación.
- **Estado:** la principal razón de la existencia del Estado se encuentra en la promoción de la seguridad y el bienestar de la nación. Tiene la obligación de estimular, sostener y velar por lograr la protección de la sociedad, ante toda clase de riesgos y peligros, mediante un régimen adecuado de seguridad social.

El hombre vive en sociedad y su vida, su salud y su trabajo son bienes colectivos de gran trascendencia para la comunidad.

Equidad

La equidad excluye toda discriminación por motivo de edad, sexo, estado civil o actividad ocupacional. Las normas de los seguros sociales relacionadas con los aportes, prestaciones y condiciones para disfrutarlas deben mantener uniformidad en el tratamiento de los trabajadores.

Posibles perspectivas de la seguridad social

Es importante indicar que existe una convicción generalizada entre los directores de las instituciones de seguridad social de América Latina, de que los cambios son necesarios e inevitables. En los últimos años no han constituido una novedad los ajustes propiciados por las necesidades sociales y las condiciones económicas. Más aún, existe consenso de que los cambios deben llevarse a cabo con políticas y orientaciones de mayor alcance. El futuro de la seguridad social necesita de reformas estructurales más audaces.

Ante el debate que enfrentan los enfoques público y privado para lograr el control administrativo de las instituciones de seguridad social, los organismos internacionales hacen las siguientes observaciones:

- los enfoques del sector privado sobre la protección social podrían no dar lugar a una disminución del gasto público;
- tales enfoques pueden brindar niveles adecuados de protección para la minoría constituida por los más ricos, pero no necesariamente para la población en general y,
- los riesgos combinados de la inflación y de la quiebra son suficientemente frecuentes, desde el punto de vista histórico, como para hacer dudar a cualquier inversionista antes de poner toda su carne en el asador del sector privado.

Se suele indicar que uno de los principales dilemas a que se enfrentan los regímenes de seguro social, después de las reformas llevadas a cabo, es que se usó una gran cantidad de energía para resolver los problemas básicamente de financiamiento a corto plazo, y que aún no se han tratado suficientemente los problemas relacionados con los principios de la seguridad social, meta anhelada en discursos y declaraciones de los gobiernos e instituciones de seguro social de América Latina.

Para los estudiosos de este tema, como Lilia Martha Archaga Q., cuyo documento *El bienestar social*, ya ha sido referido con anterioridad, 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.

Archaga cita el libro de J. Rifkin (1996), *El fin del trabajo* que 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 domina la tercera revolución industrial, que alterará de tal forma la sociedad llevando a millones de personas a perder el trabajo por eliminación de los puestos tradicionales. La globalización de la economía y la tercera revolución industrial imponen 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”.

Se suele indicar que se usó una gran cantidad de energía para resolver los problemas básicamente de financiamiento a corto plazo, y que aún no se han tratado suficientemente los problemas relacionados con los principios de la seguridad social.

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 *augurios*, 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 aceptar trabajos ocasionales a cambio de comida y alojamiento.

A pesar de todo, el autor que se comenta —menciona **Lilia** Martha Archaga Q. — 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 Estados Unidos de América, basado en la capacidad de organización de la propia comunidad, es el sector de las organizaciones voluntarias. El *tercer sector* se propone 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 norteamericanos trabajan en forma voluntaria en diferentes organizaciones que contribuyen con cerca del 6% de la economía y representan el 9% del empleo total. Sheila B. Kamerman y Alfredo J. Kahn (1993: 135-137) afirman:

las investigaciones muestran que los prestadores de servicios no lucrativos muestran antecedentes claramente mejores que las firmas lucrativas al prestar servicios de interés de sus clientes, más allá de lo que puede especificarse con precisión en los contratos. Por ejemplo, un reciente examen de los registros reguladores del estado de Wisconsin reveló que se han recibido muchas más quejas contra asilos lucrativos que contra los asilos gubernamentales o no lucrativos....

Por tales razones, el empleo de contratistas no lucrativos para que presten servicios de beneficencia social tiene antecedentes que se remontan hasta el siglo XIX. En décadas recientes se ha convertido en un enfoque general. Las agencias de beneficencia social basadas en la Iglesia colocan y vigilan a niños en asilos mantenidos con finanzas públicas; los trabajadores no calificados reciben enseñanza para tener mejores oportunidades de empleo de acuerdo con contratos

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.

gubernamentales cedidos a organizaciones de base comunitaria como la Urban League....

Quienes proponen la prestación de servicios por el sector no lucrativo, suelen afirmar que la prestación será a la vez más eficiente (a menos costo) y más humana y eficaz. La innovación en los esfuerzos privados, la ausencia de una burocracia costosa e innecesaria, la capacidad de identificar con precisión a los *realmente necesitados* por medio de un conocimiento local o personal, el empleo de voluntarios *gratuitos* o de materiales donados y la experiencia empresarial del sector privado: se considera que todo esto contribuye a estos resultados.

El principal objetivo, al recurrir a canales no lucrativos, no es mayor eficiencia al prestar algunos servicios que de todas maneras podrían ser prestados, sino antes bien, llegar a los clientes o desempeñar papeles para los cuales no serviría una dependencia pública....

En resumen, aunque la evidencia empírica no es abundante, probablemente podamos concluir que la privatización no lucrativa constituye un enfoque factible a la prestación de muchos servicios complejos de bienestar social, para los cuales la privatización lucrativa sería arriesgada por la incapacidad de especificar los objetivos de sus programas y sus normas de desempeño. Podrían lograrse algunas ganancias en eficiencia otorgando poderes a las instituciones no lucrativas mediadoras, como sistema de prestación. Pero, ya sea que la eficiencia aumente o no, podemos esperar mejoras en la determinación y calidad de los servicios.

La privatización no lucrativa constituye un enfoque factible a la prestación de muchos servicios complejos de bienestar social.

En 1999, el Gobierno de España destinó 65,000 millones de pesetas a las organizaciones no gubernamentales (ONG's). La mayor parte de esta cantidad se la llevaron las veinte más importantes, entre las que se encontraba la *Cruz Roja y Fe y Alegría*, montada por el *Opus Dei*. Fue una lástima no encontrar entre esta lista a alguna organización preocupada directamente en aspectos fundamentales de la seguridad social.

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.

La tercera vía, según Lazar y Stoyko, citados con anterioridad, tiene, en general, los siguientes retos sociales:

- Un amplio sector social poco favorecido por la fortuna continúa en la necesidad de la protección ante las situaciones imprevistas.
- Se ha incrementado el desempleo o el aumento de los puestos de trabajo ha sido muy precario.
- Las tasas de crecimiento económico no han resultado las adecuadas.

Ante esta problemática, es un hecho que las organizaciones sociales no pueden sustituir totalmente al Estado como garante último para las personas en mayor desventaja y como organizador y coordinador del sistema de seguridad social. Además, no se tiene un conocimiento suficiente sobre la efectividad de las organizaciones sin fines de lucro en actividades de previsión social.

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 *Balace 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 de los noventa. La *inelasticidad* del empleo con relación al producto constituye una de las causas de la distribución desigual de los beneficios del conocimiento.

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 de Bienestar*.

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 para instrumentar los modelos que acompañen el cambio. Cada país implantará la política instrumental que más se avenga con su

Las organizaciones sociales no pueden sustituir totalmente al Estado como garante último para las personas en mayor desventaja y como organizador y coordinador del sistema de seguridad social.

Cada país implantará la política instrumental que más se avenga con su propia realidad, pero como parte de un mundo cada vez más integrado.

propia realidad, pero como parte de un mundo cada vez más integrado, muy distinto al de las décadas pasadas.

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).

El futuro parece condicionado por las definiciones de desarrollo humano que hoy se adopten. Este es, precisamente, el desafío ético que tienen las democracias actuales. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (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*.

Tal vez nos encontremos en el punto más alto de la crisis y, 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*.

En el texto de Lilia Martha Archaga Q. se incluye la siguiente cita de Martín Hopenhayn (1997): “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.

En estos 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.

Tal vez nos encontremos en el punto más alto de la crisis y, por ello, en la etapa más oportuna para refundar la política social.

Muchos estudiosos de la problemática social sostienen la necesidad de hallar un nuevo equilibrio de responsabilidades entre el Estado, las empresas y los ciudadanos.

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, algunas veces, fueron fuente de iniquidades o de mantenimiento de ciertos privilegios. El cambio tiene que provenir de los propios actores sociales, quienes revaloricen la seguridad social como un bien social.

Sin abdicar de ciertos principios que son parte del ser humano, y que hacen imposible destruir los lazos de solidaridad, la sociedad deberá superar este ciclo a través de políticas instrumentales eficaces para crear un verdadero y sustentable Bienestar Social.

Referencias bibliográficas

Arato, Andrew (1993) "Surgimiento, ocaso y reconstrucción del concepto de sociedad civil y lineamientos para la investigación futura" en Olvera, Alberto J. (coord.), *La sociedad civil de la teoría a la realidad*. El Colegio de México, México.

Archaga Q., Lilia Martha, "El bienestar social" en ...*Reflexiones sobre las reformas en la seguridad social*, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Serie Estudios 34, México.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (1994), *Seguridad social y equidad en el Istmo Centroamericano*. México.

Hopenhayn, Martin (1997), "Recomposición de actores en programas sociales: consideraciones desde la experiencia latinoamericana". *Revista Reforma y Democracia* Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) No. 7, Caracas, Venezuela, Enero.

Kamerman Sheila B. Y Kahn Alfredo J., (1993) *La privatización y el Estado benefactor*. Fondo de Cultura Económica, México.

Lazar, Harvey y Stoyko, Peter, "El Futuro del Estado de Bienestar". *Revista Internacional de Seguridad Social*, Asociación Internacional de la Seguridad Social, 3/98, Ginebra, Suiza.

Muñoz, Rafael (Comp.), (1989) *Crisis y futuro del Estado de Bienestar*. Alianza, Madrid.

Offe, Claus (1993), *Contradicciones en el Estado de Bienestar*. CONACULTA, México.

Rifkin, Jeremy (1996), *El fin del trabajo*. Paidós, Buenos Aires.

Romero Montes, Francisco, "La reforma de las pensiones en América Latina". *Boletín de la Asociación Internacional de la Seguridad Social*, número 5-1999, Buenos Aires, Argentina.

Villarreal, René (1993), *Liberalismo social y reforma del Estado*. Fondo de Cultura Económica, México.

Tema 2. Origen y contexto de las reformas de la seguridad social en México

Por Antonio Ruezga Barba *



Resumen

En este tema se presenta la reforma a la ley del seguro social aprobada en 1995 como una respuesta del Estado mexicano a las consecuencias de las transformaciones económicas y demográficas. El autor argumenta que el Estado mexicano se vio obligado a replantear la forma de otorgar los beneficios del seguro social garantizados por la Constitución, en su artículo 123, frente a la nueva realidad económica. Expone, asimismo, que esta reforma fue una estrategia para garantizar la viabilidad de la seguridad social, estrategia que no se dirige a liberar al Estado de sus responsabilidades frente a la sociedad. A continuación, presenta una síntesis y los objetivos descritos en la exposición de motivos de la Ley; **detalla**, asimismo, las nuevas estrategias planteadas y los cambios introducidos para garantizar el aseguramiento, discutiendo los aspectos positivos y negativos de estas medidas.

* *Este texto es un extracto de un artículo elaborado a petición de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social por el Dr. Antonio Ruezga Barba. Su difusión queda restringida a los participantes en este curso.*

Tema 2. Origen y contexto de las reformas de la seguridad social en México

Por Antonio Ruezga Barba

Introducción

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

Actualmente, de acuerdo con documentos oficiales, el Instituto, a través de sus diferentes programas y servicios, ofrece prestaciones médicas, sociales y económicas a más de la mitad de la población del país.

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

Primero: una rápida transición epidemiológica

Se han eliminado o controlado enfermedades como la poliomielitis, difteria, tosferina, enfermedades diarreicas y respiratorias, pero se presentan otras de reciente impacto como el SIDA, la diabetes mellitus o la tuberculosis pulmonar cuyo tratamiento es más oneroso año con año. Tan sólo la atención de 13 mil pacientes con SIDA requiere aproximadamente el 10% del gasto en medicinas y materiales de curación del Instituto.

Es previsible que estas tendencias se agudicen en los próximos años, poniendo en riesgo la viabilidad del Seguro de Enfermedades y Maternidad con su actual estructura de aportaciones.

Segundo: una rápida transición demográfica

El segmento de la población que crecerá más rápidamente en los próximos 10 años será el de 65 años o más. A esto se suma el aumento en la esperanza de vida,

que ya es de 77 años para las mujeres y cerca de 73 años para hombres, y se espera que aumente aún más en el futuro inmediato.

Esto pondrá particular presión sobre los Seguros de Vejez y de Cesantía principalmente y sobre las pensiones en curso de pago conforme a la Ley anterior del Seguro Social.

Tercero: un período de crecimiento económico sostenido, que ya lleva más de un lustro, y que se desea se prolongue y acelere.

Este crecimiento demandará una rápida expansión de la capacidad de ofrecer servicios, no sólo médicos, sino también sociales, como el de guarderías, ante la rápida incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo.

Este crecimiento demandará una rápida expansión de la capacidad de ofrecer servicios sociales.

Cuarto: una sociedad crecientemente participativa y crítica, que con toda razón demanda mejor información, más opciones y una atención de mayor calidad.

Estos retos conforman un cuadro complejo que el Instituto aborda con prontitud, eficacia y responsabilidad. El objetivo es servir a México, y en tanto el país cambia, el IMSS tiene que hacer lo propio.

Para algunos, la reforma a la Ley del IMSS pretendió resolver su insolvencia financiera que, en 1995, ponía en peligro su viabilidad. Ahora, debe refrendar su carácter público y la obligación del Estado de ser el garante de la seguridad social. El mandato constitucional que garantiza el derecho a la salud y a la seguridad social, no se cumple porque la cobertura de servicios no es universal y una parte importante de los asalariados no está asegurada. Para muchos, los cambios legales realizados en 1995 no fueron la mejor opción.

Resumen de los fundamentos y objetivos descritos en la exposición de motivos de la Ley

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

La realidad económica obligó al Estado mexicano a replantearse la forma de otorgar los beneficios del seguro social. El desempleo y la pérdida real adquisitiva del salario de los trabajadores, fuente fundamental de los recursos del seguro social, provocaba en las instituciones perjuicios trascendentales.

Esta realidad económica y social, además, estaba condicionada por el contexto jurídico político. La Constitución, en su artículo 123, establecía claramente que el Estado era tutelar de los derechos de los trabajadores y garante de su bienestar. El seguro social era conquista del movimiento obrero y el instrumento fundamental del Estado para reducir las diferencias económicas entre las clases sociales. En estas condiciones, el Estado, por lo tanto, estaba obligado a buscar una opción viable para la transformación del seguro social.

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

Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (IVCM)

En 1995 más del 90% de los más de 1,500,000 de jubilados y pensionados sólo recibían la cuantía mínima; la Ley presentaba esquemas de inequidad y este ramo tenía un severo problema de inviabilidad financiera. “Se hace imprescindible, indica la exposición de motivos de la nueva Ley del Seguro Social, un sistema de pensiones que, conservando los principios de solidaridad y redistribución del ingreso y fortaleciendo la participación del Estado, garantice pensiones con la debida sustentabilidad financiera, haciéndolas inmunes a los efectos de la inflación, y al mismo tiempo, utilizando los recursos previsionales como ahorro interno disponible, para la creciente generación de empleos.”

Enfermedades y Maternidad

La exposición de motivos indica que a pesar de la evolución de la cuota de Enfermedades y Maternidad, ésta era insuficiente en 1995. Inicialmente fue de 6% para dar atención solamente al trabajador, aunque se protegía a todos los familiares directos. Posteriormente aumentó a 8% en 1948 y 9% en 1959. En 1989 se elevó a 12% y en julio de 1993 a 12.5%. Sin embargo, el ramo de Enfermedades y Maternidad, desde hacía varias décadas, era financiado complementariamente con recursos de los ramos de IVCM y Guarderías.

Se hace imprescindible, indica la exposición de motivos de la nueva Ley del Seguro Social, un sistema de pensiones que, conservando los principios de solidaridad y redistribución del ingreso y fortaleciendo la participación del Estado, garantice pensiones con la debida sustentabilidad financiera.

Ante esta circunstancia, la exposición de motivos señala: “Por ello, se hace indispensable, sin recurrir al aumento de cuotas, realizar cambios de fondo que garanticen suficiencia permanente, así como la ampliación de la cobertura de los servicios de salud para un mayor porcentaje de la población, sentando bases más equitativas en beneficio de los trabajadores de México.

“Estos objetivos, son alcanzables a través de la transformación del ramo, separando el financiamiento de las prestaciones en especie, del financiamiento de las prestaciones en dinero. Propuesta que es congruente con la planteada por los sectores obrero y empresarial”.

Riesgos de trabajo

“La iniciativa que se pone a su consideración, indica la exposición de motivos, pretende modificar el Seguro de Riesgos de Trabajo, de tal forma que al tiempo que se proteja al trabajador de los riesgos que conlleva realizar su actividad laboral, estimule la modernización de las empresas al reconocer su esfuerzo en cuanto a prevención de accidentes y enfermedades de trabajo.

“De aprobarse, se terminaría con la injusticia que se presenta en la actualidad donde empresas que han invertido en la disminución de su siniestralidad pagan prácticamente las mismas cuotas que aquellas de la misma rama de actividad industrial que no lo han hecho”.

Tema 3. Origen y contexto de las reformas de la seguridad social en Chile

Por Nicolás Starck Aguilera *



Resumen

El presente documento parte del principio que las reformas en los sistemas de seguridad social iniciadas en 1980 fueron la única solución viable a un sistema que había llegado a tener 90% de los trabajadores afiliados al Servicio de Seguro Social, a la Caja de Empleados Particulares y a la Caja de Empleados Públicos y Periodistas, a los que sumaban sus familiares y que ostentaba grandes déficit fiscales. Argumenta que la diversidad de normas, expresión de la falta de unidad jurídica, la confusión administrativa, el centralismo, la politización del servicio y la situación económica habían llevado al sistema a un estado crítico, con graves problemas organizativos, financieros y de discriminación. Reconoce que la experiencia chilena fue pionera, agresiva y que sustituyó completamente el fracasado esquema público de reparto por un sistema de pensiones de capitalización individual con una administración privada competitiva y libertad de elección para el afiliado. En consecuencia, el documento contiene una primera parte en la cual se presenta el desarrollo de las instituciones de seguridad social en el marco ideológico del Estado Benefactor y sus características, cuestionando al sistema de reparto por la rigidez de las pensiones, sus iniquidades, la poca capacidad de los trabajadores con más recursos para aportar a su jubilación, el peso de ese sistema para los empleadores y sus efectos en el mercado de trabajo. Con relación al sistema de salud, argumenta que la acción hegemónica del Estado, administrando el 100% de la atención de salud más las funciones de control, regulación y administración, hizo que el sector privado tuviera una participación tímida, lo que provocó una baja posibilidad de libre elección de los usuarios con capacidad de pago.

....

* Este texto es un extracto de un artículo elaborado a petición de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social por Nicolás Starck Aguilera. Su difusión queda restringida a los participantes en este curso.

La segunda parte del documento está dedicada a presentar la reforma en el sistema de pensiones y la del sistema de salud. En ella se describe el nuevo sistema de pensiones, sus beneficios, su gestión por las entidades administradoras y los requisitos para acceder a ellos, así como el papel del Estado como subsidiario que garantiza, a los trabajadores que no cumplen los requisitos de la ley, un nivel de pensiones mínimas. Con relación al Sistema de Salud presenta una descripción del sistema reformado, los principios que orientan su quehacer y sus beneficios.

Tema 3. Origen y contexto de las reformas de la seguridad social en Chile

Por Nicolás Starck Aguilera

Antecedentes históricos y legales de las reformas a los sistemas de seguridad social en Chile

Las dos más importantes reformas a los sistemas de Seguridad Social en Chile, en los últimos veinte años, se han dado en el ámbito de los sistemas de pensiones y salud. Por esta razón, la siguiente descripción histórica y política de la Seguridad Social, que en definitiva desencadenó en las reformas de principios de los años ochenta, se centra en estos dos sectores, sin que lo anterior signifique dejar de mencionar los aspectos que se consideren relevantes de los otros regímenes existentes.

Breve síntesis de la evolución de la seguridad social en el Chile del Siglo XX

El hito que marca el inicio de etapa previa a la reforma de 1980, es la creación de la Caja de Empleados Particulares, que tiene lugar mediante Decreto Supremo N° 857 de 1925. Dicha Caja contemplaba para sus afiliados básicamente dos beneficios: Un fondo de retiro y la indemnización por años de servicio, beneficios que en la práctica constituyeron un ahorro obligatorio por parte de los empleados que, sumado a un aporte patronal constituía el fondo de retiro. Sus afiliados eran los trabajadores del sector privado. Un importante aporte de esta ley fue que se permitió que las empresas establecieran secciones especiales de previsión a favor de sus propios empleados, con el objeto de administrar los fondos de retiro.

El mismo año 1925 se creó la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas mediante Decretos con Fuerza de Ley N° 454 y 767. Esta Caja integraba a dos sectores: por una parte, y como su nombre lo indica, a los trabajadores del sector público y, por otra, incluyó a los periodistas, trabajadores de imprentas y de talleres de obras gráficas. Junto con la creación de estas cajas, el mismo año, la Constitución Política reconoció la protección al trabajo y a las obras de previsión social, agregando que el Estado debe velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país, disponiendo, además, la necesidad de destinar el dinero suficiente a la

manutención de un Servicio Nacional de Salubridad. Esta norma resultó fundamental para la futura creación del Sistema Nacional de Salud. Ninguna de las Cartas anteriores había señalado en forma tan concluyente estos propósitos. Así, se inicia una época de constante crecimiento de la cobertura y comienza a aumentar el número de instituciones de seguros sociales, periodo que se prolonga hasta los años cincuenta. Así, se llegó al año 1952, de especial importancia para la materia que nos interesa, dada la sucesión de hechos que ese año se desencadenó.

Inicia una época de constante crecimiento de la cobertura y comienza a aumentar el número de instituciones de seguros sociales, periodo que se prolonga hasta los años cincuenta.

En primer lugar, se debe mencionar la dictación de la Ley N° 10.383 que crea el Seguro Obrero. En esta ley se encomienda al Servicio de Seguro Social la administración del régimen previsional aplicable a los obreros. A su vez, se encargó al Servicio Nacional de Salud el otorgamiento de los beneficios vinculados directamente con la salud, como subsidios por medicina preventiva, atención médica, etc. Nace entonces la salud estatal como paradigma, lo cual resulta nítidamente consecuente con la realidad económica y social del país. Así, solo el Estado puede ser proveedor de servicios sociales. Al sector privado ni siquiera se le consideraba como una alternativa. Fue la etapa de desarrollo de la participación del Estado en todas las áreas de la economía, en la banca e incluso en el turismo, del control de precios, de las estatizaciones y expropiaciones de fondos. Por lo mismo, el pueblo esperaba todo de este «Estado benefactor» que debía proveer todo tipo de bienes y servicios a la población. De esa circunstancia, el sistema de salud no podía estar ajeno y, por lo mismo, se favorecieron políticas que no consideraban al sector privado, privilegiando el desarrollo de actividades centralizadas dirigidas por el Estado.

Se favorecieron políticas que no consideraban al sector privado, privilegiando el desarrollo de actividades centralizadas dirigidas por el Estado.

Asimismo, el año 1952 se creó la Caja de Empleados Municipales, que vino a sustituir a la Caja de Empleados Públicos y, el mismo año, se estableció un régimen de pensiones por antigüedad, invalidez, vejez y supervivencia para los empleados particulares. En 1953 se dictó el Decreto con Fuerza de Ley N° 243, que estableció la indemnización por años de servicio para obreros. El mismo año, se dicta el D.F.L. N° 245 que estableció la asignación familiar para obreros. Con esta diversidad de normas, es decir, una clara falta de unidad jurídica, y la proliferación de cajas de previsión para distintos sectores productivos, se llega al año 1960, en que se constituyó la Comisión de Estudios de la Seguridad Social, que elaboró el primer diagnóstico de los diferentes regímenes vigentes a la fecha en el país. La conclusión de este informe señalaba que el sistema estaba destinado a la quiebra por “oligárquico, discriminatorio e ineficazmente oneroso”.

El último hito importante tiene lugar en el año 1968, con la dictación de la Ley N° 16.744, sobre seguro contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Como es posible percibir de esta reseña general, el sistema de Seguridad Social, a través del paso de los años, vio aumentar la participación estatal en su financiamiento, llegando a representar para el erario nacional, más de un tercio del gasto total, además de verse incrementadas a niveles inconcebibles las tasas de cotización.

En lo que respecta a su cobertura, el año 1970 el sistema de Seguridad Social llegó a proteger a dos millones y medio de trabajadores y ochocientos mil pensionados, los que sumados a sus cargas familiares llegaban a siete millones de personas, lo que representaba solo al setenta por ciento de la población.

La definición de las políticas previsionales estaba entregada al Ministerio del Trabajo, con el que colaboraban los ministerios de salud, hacienda, obras públicas, interior, educación, obras públicas y justicia, haciendo cada vez más confusa la administración del Sistema. En términos generales, más del 90% de los trabajadores estaba afiliado al Servicio de Seguro Social, a la Caja de Empleados Particulares y a la Caja de Empleados Públicos y Periodistas. Evidentemente, en este período se estructuraron grandes políticas previsionales y sanitarias, de indudable beneficio para la población. No obstante, el centralismo, la politización del servicio y la situación económica, había llevado al sistema a un estado crítico, con graves problemas organizativos, financieros y de discriminación, los que motivaron las reformas del año 1980.

Más del 90% de los trabajadores estaba afiliado al Servicio de Seguro Social, a la Caja de Empleados Particulares y a la Caja de Empleados Públicos y Periodistas.

Principales reformas a los regímenes de seguridad social

Esta parte, muestra una visión de la situación existente en el país durante la década de los años setenta, y que culminó con las dos mayores reformas que se han instaurado hasta la fecha en el país: las reformas a los sistemas de Salud y Pensiones que tienen lugar el año 1980.

Del mismo modo, se pretende entregar una descripción general de los nuevos sistemas que nacen con estas reformas, con el objetivo de ilustrar la profundidad de los cambios que tuvieron lugar, y que fueron la única solución viable a un sistema absolutamente colapsado por las razones que a más adelante se señalan. Por último, se hace una referencia al recientemente creado Seguro Obligatorio de Cesantía, el cual aún no entrega sus primeras prestaciones, ya que solo tiene 7 meses de vigencia, pero es un sistema moderno de protección que nuevamente sitúa a Chile a la vanguardia de los sistemas privados de protección social.

Reforma al Sistema de Pensiones

La situación existente antes de la reforma. La crisis del sistema financiero de reparto

En el antiguo sistema de reparto, sistema financiero sobre el cual se basaba el régimen de pensiones que existió en Chile hasta el año 1980, la jubilación era un derecho garantizado por el Estado, primer responsable del financiamiento de las

prestaciones, y que traspasaba los costos de esta obligación a la economía nacional, lo que se veía reflejado en un déficit creciente de año en año. Como consecuencia de este déficit, el sistema se había vuelto claramente iniquitativo, siendo los más perjudicados los imponentes del Servicio de Seguro Social, precisamente los trabajadores más pobres. Además de las discriminaciones, el régimen demostraba su iniquidad en su desfinanciamiento, lo que llevaba al Estado a asumir costos crecientes. Este sistema operaba a través de un régimen financiero basado en la solidaridad generacional o “pay as you go”, en el que los trabajadores activos cotizaban para financiar las pensiones de vejez, invalidez y sobrevivencia de los pasivos, adquiriendo así su derecho a que sus propias pensiones, así como las de sus beneficiarios, fueran pagadas por la generación siguiente. Pero el aumento de las expectativas de vida, unido a la disminución de las tasas de natalidad, generó un deterioro constante en la relación entre activos y pasivos.

Los trabajadores activos cotizaban para financiar las pensiones de vejez, invalidez y sobrevivencia de los pasivos, adquiriendo así su derecho a que sus propias pensiones, así como las de sus beneficiarios, fueran pagadas por la generación siguiente.

A esto se unieron factores como la falta de un estatuto jurídico único, llegando a existir 32 Cajas de Previsión, entidades encargadas de recolectar las cotizaciones, así como de pagar las prestaciones correspondientes, y que, en total, administraban más de 200 regímenes, lo que provocaba una fuerte discriminación.

En efecto, y como se ha dicho, hacia 1980 había 32 instituciones previsionales reguladas por numerosas leyes. Del total de imponentes, el 66% correspondía al Servicio de Seguro Social, que eran los más pobres e indefensos, por lo que una inmensa minoría gozaba de las situaciones privilegiadas que suponían los cerca de 200 regímenes que existían para el 34% restante de imponentes. El nivel de las pensiones que obtenían los trabajadores era rígido y tomaba como base la historia de cada uno, de acuerdo a lo que señalaba la ley que regía al sistema del que se era afiliado. En todo caso, las pensiones que se recibían tenían poca relación con los salarios que esos trabajadores percibían en actividad, y no permitían al trabajador hacer aportes extras con el fin de mejorar sus pensiones.

El nivel de las pensiones que obtenían los trabajadores era rígido y tomaba como base la historia de cada uno, de acuerdo a lo que señalaba la ley que regía al sistema del que se era afiliado.

En cuanto a las tasas de cotización, parece interesante señalar que la mayor parte del costo total recaía en los empleadores, lo que repercutía en la demanda de trabajo. Respecto de la cobertura, durante el transcurso de la década de los años sesenta, ésta fue aumentando constantemente, pero ya en la década siguiente, y a raíz de una disminución de los trabajadores activos, comienza a disminuir considerablemente. Las causas se pueden encontrar en un fuerte aumento de la tasa de desocupación, pero no es el único elemento a considerar, ya que una variable que tomó una gran importancia fueron los altos índices de evasión que se comenzó a dar por esos años. Pese a que tanto la afiliación como la cotización estaban consagradas como obligación en la ley, era cada vez mayor el número de trabajadores que no lo hacía.

Antecedentes generales de la reforma al Sistema de Pensiones

Uno de los principales objetivos propuestos por las reformas a los sistemas de pensiones en América Latina en las últimas décadas ha sido fundamentalmente resolver o prevenir presiones o déficit fiscales producidos por los antiguos sistemas públicos de pensiones, basados en el reparto.

La experiencia chilena, pionera en su tipo y, por cierto la más agresiva, sustituyó completamente el fracasado esquema público de reparto, por un sistema de pensiones de capitalización individual administrado por privados, lo que representó un intento de contener institucionalmente los desequilibrios financieros provocados por la crisis del sistema, desequilibrios que se venían mostrando en el sistema desde la década de los años cincuenta. Característica del periodo pre reforma fueron las pensiones con “perseguidora”, que suponían para los pensionados de ciertas cajas un reajuste de sus pensiones igual al contemplado para su etapa de actividad. Del mismo modo, cada caja establecía sus propias reglas respecto de la edad de jubilación, por lo que se dieron casos en que era posible pensionarse, por años de servicio, a partir de los 42 años de edad.

A la problemática de la falta de una unidad jurídica, con las discriminaciones mencionadas que esta situación traía consigo, se debe agregar una administración estatal ineficiente y burocrática, que se vio agravada con la decreciente relación entre activos y pasivos. Como es sabido, un sistema de reparto tiene tres vías para aumentar su financiamiento: aumentar las cotizaciones de los trabajadores activos, aumentar el aporte estatal, y disminuir el nivel de beneficios.

En el caso chileno, y dado, precisamente, el deterioro de la relación entre activos y pasivos, fue necesario ocupar las tres vías. Como consecuencia de este cambio demográfico, que hizo pasar de una relación de 10,8 activos por cada pasivo en 1960, a apenas 2,2 en 1980, cada vez menos trabajadores financiaban las pensiones de los pasivos. El aporte del Fisco, por lo tanto, aumentó más de un 14% entre 1974 y 1980, y las cotizaciones aumentaron de un 5% en 1930, a un 34% en 1980, pasando por un tope de 52% en 1975.

La reforma al Sistema de Pensiones: descripción del nuevo Sistema. Beneficios y requisitos para acceder a ellos

Con la dictación del Decreto Ley N° 3.500, de noviembre de 1980, entra en vigencia en Chile un régimen obligatorio de pensiones basado en la capitalización individual de contribuciones definidas, con administración privada competitiva y libertad de elección para el afiliado. Este régimen – el primero que se conoce con estas características dentro de los sistemas de Seguridad Social- reemplaza al antiguo sistema de pensiones con financiamiento de reparto, administración estatal y

Característica del periodo pre reforma fueron las pensiones con “perseguidora”, que suponían para los pensionados de ciertas cajas un reajuste de sus pensiones igual al contemplado para su etapa de actividad.

Un sistema de reparto tiene tres vías para aumentar su financiamiento: aumentar las cotizaciones de los trabajadores activos, aumentar el aporte estatal, y disminuir el nivel de beneficios.

beneficios definidos. Los trabajadores afiliados al antiguo régimen y aquellos que iniciaron sus labores hasta diciembre de 1982, pudieron optar entre ambos sistemas de pensiones, existiendo para el resto de los trabajadores la obligación de incorporarse al régimen establecido por el mencionado decreto ley. Por lo tanto, en materia de pensiones coexistirán por algún tiempo ambos sistemas, cuyos beneficios, financiamiento e instituciones administradoras se tratan en los puntos siguientes.

El sistema de capitalización individual obliga a los trabajadores dependientes a ahorrar en una cuenta personal abierta en una Administradora de Fondos de Pensiones de su elección, con el objeto de financiar sus pensiones de vejez e invalidez, así como las de sobrevivencia de sus beneficiarios. Por su parte, los trabajadores independientes pueden incorporarse voluntariamente al sistema. El Estado, en su rol subsidiario, garantiza un nivel de pensiones mínimas para aquellos trabajadores que, cumpliendo los requisitos que más adelante se indican, no cuentan con una acumulación de fondos suficiente para alcanzar dicho nivel.

Beneficios

Los beneficios que otorga el sistema se traducen, básicamente, en pensiones de vejez, invalidez y sobrevivencia. Cada una de ellas tiene su propia modalidad de financiamiento y pueden pagarse en la forma de retiro programado, de renta vitalicia inmediata o de renta temporal con renta vitalicia diferida, como se verá más adelante. Las pensiones de vejez están destinadas a mantener la continuidad de los ingresos económicos de aquellos trabajadores que, como consecuencia de la edad, han perdido su capacidad de generarlos. La ley fija en 65 años para los hombres y 60 para las mujeres, las edades que dan derecho a este beneficio. Sin embargo, existen algunas disposiciones que permiten pensionarse antes de esas edades, las que se basan, fundamentalmente, en que el ahorro del afiliado en su cuenta individual le permita financiar una pensión digna aún antes de haber cumplido la edad legal de pensión. La misma ley se encarga de determinar los montos mínimos para optar por una pensión anticipada.

Las pensiones de invalidez están dirigidas a sustituir las remuneraciones de los trabajadores que durante su vida activa resultan afectados por una enfermedad o accidente común que los deja en condición de inválido. La invalidez, para estos efectos, puede ser total o parcial. Es total cuando la pérdida de la capacidad de trabajo es, al menos, de dos tercios, y parcial, cuando dicha pérdida es superior al 50% e inferior a los dos tercios. Es deber mencionar que la invalidez proveniente de accidentes del trabajo o de enfermedades profesionales origina prestaciones que se rigen por un sistema diverso, el cual está reglamentado por la Ley N° 16.744, y administrado por las Mutualidades de Empleadores.

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

Las modalidades de pensión

Los afiliados que cumplan los requisitos para tener derecho a pensión de vejez y los declarados inválidos según los procedimientos establecidos, podrán disponer del saldo de su cuenta de capitalización individual con el objeto de constituir una pensión.

Para hacer efectiva su pensión, cada afiliado puede escoger libremente entre las siguientes modalidades: Retiro Programado, Renta Vitalicia Inmediata y Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida.

Retiro programado

En esta modalidad el trabajador, al pensionarse, mantiene su cuenta individual en la Administradora a la que está afiliado y retira anualmente -en mensualidades- la cantidad resultante de dividir el saldo acumulado por el capital necesario para pagarle una unidad de pensión y, al fallecer, a sus beneficiarios con derecho a pensión. Esta anualidad se recalcula cada 12 meses y la entidad responsable de su pago es la Administradora. Bajo esta opción el afiliado o beneficiario asume el riesgo de rentabilidad del Fondo de Pensiones y de sobrevivencia. El trabajador, al escoger esta modalidad, mantiene la propiedad de sus fondos, de manera que si fallece, éstos se destinan íntegramente al pago de las pensiones de sobrevivencia o constituyen herencia en caso de no existir beneficiarios de pensión. El afiliado puede revocar en cualquier momento su decisión en favor del retiro programado y optar por las alternativas de renta vitalicia inmediata o de renta temporal con renta vitalicia diferida.

El trabajador, al escoger esta modalidad, mantiene la propiedad de sus fondos, de manera que si fallece, éstos se destinan íntegramente al pago de las pensiones de sobrevivencia o constituyen herencia en caso de no existir beneficiarios de pensión.

Renta vitalicia inmediata

Los afiliados tienen derecho a contratar el pago de la pensión con la Compañía de Seguros de Vida que libremente elijan, la que se compromete a pagarles una renta mensual -expresada en Unidades de Fomento- hasta su fallecimiento y, posteriormente, pensiones de sobrevivencia a sus beneficiarios. En esta modalidad de pensión el trabajador pierde la propiedad de los fondos acumulados en su cuenta individual, los que son traspasados a la Compañía de Seguros, como también

el riesgo de sobrevida y de la rentabilidad futura de los fondos. Este contrato es irrevocable y entra en vigencia a partir del primer día del mes en que la Administradora efectúa el traspaso de los fondos de la cuenta individual. A contar de ese momento la Compañía de Seguros es la única responsable del pago de las rentas vitalicias y pensiones de sobrevivencia. No obstante, existe una garantía estatal en el evento de cesación de pagos o declaratoria de quiebra de la Compañía, que cubre la totalidad de la pensión mínima y, respecto de rentas vitalicias de montos superiores, el 75% del exceso por sobre esa pensión mínima. En todo caso, esta garantía no puede exceder de 45 Unidades de Fomento mensuales. Por la modalidad de renta vitalicia inmediata tienen derecho a optar sólo aquellos afiliados que puedan contratar una renta igual o superior a la pensión mínima de vejez garantizada por el Estado.

Renta temporal con renta vitalicia diferida

En esta modalidad, el trabajador contrata con una Compañía de Seguros de Vida el pago de una renta vitalicia mensual —expresada en Unidades de Fomento (al 19 de mayo de 2003, una Unidad de Fomento equivale a US\$ 23,82), unidad de medida de dinero reajutable automáticamente según la variación del IPC— a contar de una fecha futura posterior al momento que se pensione. Durante el período que media entre la fecha en que se decide por esta alternativa y la fecha de inicio del pago de dicha renta, el afiliado recibe mensualmente de la Administradora una pensión que se calcula distribuyendo los fondos retenidos para este propósito en la cuenta de capitalización individual, como pagos ciertos a la misma tasa usada para el cálculo de los retiros programados. Los fondos retenidos en la cuenta individual para pagar la renta temporal pertenecen al afiliado y, por consiguiente, a su fallecimiento los beneficiarios recibirán en conjunto la misma pensión que él percibía y, si no hay beneficiarios, los recursos constituyen herencia. Por el contrario, los fondos traspasados a la Compañía de Seguros para el pago de la renta vitalicia diferida son de propiedad de ésta. La renta vitalicia diferida no puede ser inferior al 50% del primer pago de la renta temporal ni superior al 100%, contando con garantía estatal en los mismos términos que los señalados anteriormente para la renta vitalicia inmediata.

Entidades administradoras

El sistema de pensiones es administrado por instituciones privadas, denominadas Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), las que deben estar constituidas como sociedades anónimas cuyo objeto exclusivo es administrar Fondos de Pensiones y otorgar las prestaciones y beneficios que establece el Decreto Ley N° 3.500.

Las Compañías de Seguros de Vida participan también en la administración de este régimen a través de la venta de seguros de renta vitalicia; el pago de las pensiones transitorias de invalidez, y el financiamiento de la diferencia que —en caso de muerte o de invalidez definitiva— se produce entre el valor presente de las pensiones y el saldo acumulado por el afiliado en su cuenta de capitalización individual.

Las Compañías de Seguros de Vida participan también en la administración de este régimen a través de la venta de seguros de renta vitalicia.

La reforma al Sistema de Salud

Antecedentes generales

A fines de la década de los 70, al Estado le correspondía la administración del 100% de la atención de salud, con una tímida participación del sector privado en materias de libre elección. De esta forma, el Estado ejercía una acción hegemónica, donde se asignaba al Poder Ejecutivo todas las funciones de control, regulación, administración y otorgamiento de prestaciones médicas en Chile. El proceso de reforma comienza con la ineludible necesidad de aumentar la responsabilidad del Estado en lo relativo al bienestar higiénico, al punto de que este debería garantizar el libre e igualitario acceso de los habitantes a las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación, coordinando y controlando la ejecución de las mismas, y sin menoscabo de las iniciativas particulares que pudieran desarrollarse en estas materias dentro de los márgenes fijados por la ley. Así, la Constitución de 1980 incorpora conceptos nuevos que son de vital importancia para el desarrollo institucional que primará en las décadas siguientes. Se reconoce expresamente que la salud se financiará con una cotización obligatoria y que las personas podrán optar por el sistema de salud de acuerdo a sus preferencias, sea este público o privado. De esta forma, se reconoce el derecho de las personas de optar y se garantiza el derecho a la protección de la salud, se establece el libre e igualitario acceso a las acciones de salud, las cuales el Estado coordina y controla.

El proceso de reforma comienza con la ineludible necesidad de aumentar la responsabilidad del Estado en lo relativo al bienestar higiénico.

Sin embargo, lo que el Estado asegura es que tales acciones se ejecuten, pero no necesariamente a través de sus propias instituciones públicas, sino que también por instituciones privadas en la forma y condiciones que disponga la ley, la que podrá fijar cotizaciones obligatorias. Finalmente, se señala que las personas podrán elegir el sistema estatal o privado, en el que deseen hacer efectivo su derecho a la protección de la salud. Dentro de este contexto, se dicta el Decreto con Fuerza de Ley N° 3 de 1981 del Ministerio de Salud, que fija las normas para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud por las Instituciones de Salud Previsional, regulando además su constitución y funcionamiento. Así nacen las ISAPRE.

Hasta la creación de estas instituciones, en Chile solo existieron sistemas de salud estatales de afiliación obligatoria. Por esta razón, las reformas efectuadas apuntaron a solucionar los vicios señalados, otorgando a las personas la posibilidad de opción a sistemas universales, fueran estos públicos o privados, y terminaron con los

Las reformas efectuadas apuntaron a solucionar los vicios señalados, otorgando a las personas la posibilidad de opción a sistemas universales.

privilegios previsionales y las discriminaciones existentes entre los distintos grupos de trabajadores.

Descripción del Sistema de Salud

Con la reforma, el Régimen Estatal de Salud queda conformado en esta etapa como un sistema único y universal que posee a su vez, dos modalidades de atención: Libre Elección e Institucional, las que pueden ser utilizadas indistintamente y en todo momento por sus beneficiarios. El financiamiento de ambas modalidades proviene de un fondo único conformado por las transferencias de recursos fiscales y por las cotizaciones mensuales que realizan sus usuarios, esto es el 7% de sus rentas. Dicho fondo es administrado por el Fondo Nacional de Salud, FONASA. A diferencia de las instituciones privadas, FONASA solo ofrece un “Plan Único” de bonificaciones a sus beneficiarios. Hasta el día de hoy, los beneficios que otorga dicho «Plan de Salud Estatal» dependen de decisiones políticas más que de mercado. Cabe destacar que, en atención hospitalaria en clínicas privadas, FONASA no cubre en promedio más de un 15% del costo real de las prestaciones médicas, lo que deja en evidencia las graves falencias de este sistema.

Por otra parte, la Modalidad Institucional se financia mediante los recursos que transfiere FONASA a los Servicios de Salud. Los dineros que FONASA utiliza para estos efectos provienen de los recursos generales que la Nación destina de la ley de presupuesto para cumplir este objetivo (subsidios que representan más del 50% del presupuesto estatal), más las cotizaciones previsionales que pagan los beneficiarios del sistema, más los ingresos por venta de servicios médicos en los hospitales, no obstante que con estos mismos recursos también se financia la Modalidad de Libre Elección. Por otra parte, durante la década de los ochenta se inicia el desarrollo de la medicina privada, que comienza a atender a aquellas personas que tímidamente abandonan el sistema público. Cabe destacar que es en la década de los años noventa cuando se produce el principal desarrollo del sistema, motivado por el enriquecimiento de las personas, las que en la medida de sus posibilidades prefirieron el sistema privado al público cuando han podido pagar por él. Ello queda claramente demostrado al analizar el desarrollo del Producto Geográfico Bruto respecto del crecimiento del sistema privado. Así, cuando este crece, crecen las ISAPRE, y cuando este decae, como sucedió en los años 1998 y 1999, se detiene el crecimiento de las ISAPRE y, más aún, decrecen de la misma forma como cae el ingreso per cápita de los individuos. No obstante, el desarrollo del sector privado en salud ha sido lento, ya que transcurridos más de veinte años solo atiende al 25% de la población, quedando el 70% restante afiliado al sistema estatal y, el resto, al sistema previsional de las Fuerzas Armadas, más otros grupos de personas independientes. Asimismo, el 75% de las camas disponibles en el país son estatales. Aún así, parte importante de los beneficiarios de FONASA hacen uso de prestadores privados, financiándolos en gran parte por ellos mismos, como

Durante la década de los ochenta se inicia el desarrollo de la medicina privada, que comienza a atender a aquellas personas que tímidamente abandonan el sistema público.

una forma de satisfacer necesidades de salud que no son correctamente atendidas por el sistema público.

Durante el desarrollo de las ISAPRE en las dos últimas décadas, el sistema ha visto emerger diferentes fortalezas y debilidades. Las más notables son: se posibilitó la libertad de opción de las personas, se desarrolló un sistema prestador privado que está a la vanguardia en desarrollo tecnológico y en servicio y se generó una experiencia aseguradora y un conocimiento actuarial de la medicina sin precedentes, que constituye un capital enorme para enfrentar los desafíos futuros. No obstante, también han surgido desafíos propiciados por las propias demandas de los usuarios. Estos quieren un sistema seguro, que no los abandone en las peores circunstancias, que les garantice permanencia en el tiempo y que les otorgue un servicio adecuado a lo que pagan.

En el año 1985, se promulgó la Ley N° 18.469 que reguló el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud, consagrado para todas las personas en el N° 9 del artículo 19° de la Carta Fundamental. Según el artículo 1° de la ley antes citada, el ejercicio del derecho señalado comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y a aquellas que están destinadas a la rehabilitación del individuo. Asimismo, contempla la libertad de cada persona para elegir el sistema de salud que más le convenga, pudiendo mantenerse en el sistema estatal o incorporarse al sistema privado eligiendo la Institución de Salud Previsional (ISAPRE) de su preferencia. Los organismos responsables de proporcionar la atención básica de salud a los habitantes del país son aquellos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud. El sistema estatal prohíbe a dichos organismos negar atención a quien lo requiera, o condicionarla al pago de tarifas o aranceles, sin perjuicio de las contribuciones que exige la ley.

También han surgido desafíos propiciados por las propias demandas de los usuarios. Estos quieren un sistema seguro, que no los abandone en las peores circunstancias, que les garantice permanencia en el tiempo y que les otorgue un servicio adecuado a lo que pagan.

La organización de la salud

Medicina preventiva

La medicina preventiva es el conjunto de acciones que procuran evitar la enfermedad o detectarla y descubrirla antes que la persona la perciba. La Ley N° 18.469 de 1985, norma este beneficio, estableciendo que la prestación básica se traduce en practicar al paciente un examen clínico, por un médico cirujano, con la finalidad de pesquisar oportunamente: la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, el glaucoma, el cáncer, la diabetes, cardiopatías, la hipertensión, la insuficiencia renal crónica y las demás enfermedades que determine el Ministerio de Salud, cuyo diagnóstico y terapéutica precoz prevengan una evolución irreversible.

Si de los resultados del examen clínico se determina la necesidad de contar con más información, el médico podrá ordenar que se practiquen los siguientes exámenes de apoyo clínico según sea necesario: Papanicolau, Abreu o radiografía de tórax, baciloscopia directa, VDRL, glicemia, nitrógeno ureico y tonometría ocular. Sin perjuicio de la facultad que tiene el médico de ordenar los exámenes antes descritos, la ley prevé que si requiere precisar el diagnóstico podrá solicitar otros exámenes e interconsultas que estime pertinente. Si después del examen al que ha sido sometido el beneficiario se comprueba que efectivamente padece de alguna de las enfermedades cuya detección se buscaba, éste tendrá derecho a la asistencia curativa en el sistema estatal -si está acogido a dicho sistema de salud- o a la cobertura de la ISAPRE de la que es beneficiario.

El examen de medicina preventiva, reglamentado en el decreto supremo N° 369 de 1985, del Ministerio de Salud Pública, puede exigirlo el beneficiario del sistema estatal, que sea trabajador dependiente, en cualquier establecimiento del Servicio que corresponda al lugar en donde presta sus labores y, en el caso de los demás beneficiarios, en el Servicio de Salud que corresponda a su domicilio. Tratándose de un beneficiario de ISAPRE, el examen de medicina preventiva se practicará en la infraestructura propia de la respectiva institución o en aquel establecimiento que ésta señale. Esta es una de las prestaciones médicas que las ISAPRE deben otorgar en forma obligatoria y sin cobrar por ello cotización adicional por sobre la legal.

Medicina curativa

La medicina curativa comprende las acciones de los organismos responsables de la cobertura de salud del trabajador destinadas a recuperarle su estado normal de salud. Como se señaló anteriormente, esta protección está regulada por la Ley N° 18.469, que contempla la asistencia médica curativa integral como beneficio para su población cubierta. En este sentido, se deben distinguir los afiliados al sistema estatal de los afiliados al sistema ISAPRE.

Beneficios del Sistema de Salud

Beneficiarios del régimen estatal

En el régimen de salud estatal la asistencia médica integral, o de medicina curativa, incluye: consultas, exámenes, procedimientos de diagnósticos y quirúrgicos, hospitalización, atención obstétrica, tratamientos -incluidos los medicamentos contenidos en el Formulario Nacional- y demás prestaciones necesarias para la atención de la enfermedad que afecta al beneficiario; y, la atención odontológica general integral, en aquellos aspectos de fomento, protección odontológica y

rehabilitación. Adicionalmente se incluyen la protección a la mujer embarazada y al recién nacido hasta los seis años de edad, que corresponde a controles preventivos y curativos, de acuerdo con los planes y programas aprobados por el Ministerio de Salud. Estos controles se otorgan en el Servicio de Salud correspondiente al domicilio de la madre.

b. Beneficiarios del régimen privado

Las ISAPRE y los afiliados tienen libertad absoluta para pactar las características y el nivel de beneficios en esta materia. A través de un “Contrato de Salud”, la institución y el cotizante pactan la cobertura de medicina curativa que recibirá éste y sus cargas familiares. Las prestaciones odontológicas en el sistema de Instituciones de Salud Previsional pueden o no estar consideradas en la cobertura pactada. En lo que respecta a las prestaciones para la mujer embarazada y la protección del niño desde su nacimiento hasta los seis años de edad, este sistema las otorga obligatoriamente y en la forma que se ha descrito antes.

Requisitos para obtener los beneficios de salud

Beneficiarios del Sistema Estatal

De acuerdo con la Ley N° 18.469, la incorporación al régimen de prestaciones de salud que ella contempla, se produce automáticamente al adquirirse la calidad de afiliado o de beneficiario de dicho régimen y se mantiene indefinidamente mientras subsistan las condiciones que dieron origen a la calidad de beneficiario, salvo el caso de desafiliación voluntaria para adscribirse a una Institución de Salud Previsional. En consecuencia, el requisito básico para acceder a las prestaciones de salud del sistema estatal es tener la calidad de afiliado o de beneficiario. La calidad de afiliado la tienen los trabajadores dependientes de los sectores público y privado; los trabajadores independientes que coticen en cualquier régimen previsional; las personas que coticen en cualquier régimen previsional en calidad de imponentes voluntarios; y, las personas que gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza o de subsidio por incapacidad laboral o por cesantía.

A su vez, la calidad de beneficiario la poseen los causantes de asignación familiar invocados por trabajadores dependientes de los sectores público y privado, los pensionados de cualquier naturaleza y los que gocen de un subsidio por incapacidad laboral o por cesantía; y, las personas que, respecto de los trabajadores independientes e imponentes voluntarios cotizantes en cualquier régimen previsional, cumplan con las mismas calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar de un trabajador dependiente. Es requisito también, para gozar de los beneficios de este régimen, que el afiliado efectúe al Fondo

Nacional de Salud (FONASA) una cotización equivalente al 7% de sus remuneraciones imponibles, destinadas a financiar las prestaciones de salud.

Beneficiarios del Sistema de ISAPRE

De acuerdo con la Ley N° 18.469, los afiliados al sistema estatal pueden optar por aportar su cotización para salud a alguna Institución de Salud Previsional, debiendo suscribir un contrato con dicha Institución. La Ley N° 18.933, que regula a las ISAPRE, dispone que los contratos que se celebren entre éstas y un cotizante deben considerarse como sujetos afectos a sus beneficios, al propio cotizante y a todos sus familiares beneficiarios. Por consiguiente, son beneficiarios de un Contrato de Salud: el afiliado cotizante; los causantes de asignación familiar invocados por los trabajadores dependientes de los sectores público y privado, los pensionados de cualquier naturaleza y los que gozan de un subsidio por incapacidad o por cesantía, afiliados a una ISAPRE; y, las personas que, respecto de los trabajadores independientes e imponentes voluntarios cotizantes en cualquier régimen previsional afiliados a una ISAPRE, cumplan con las mismas calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar de un trabajador dependiente. Asimismo, los beneficios del contrato se extienden a todos los nuevos familiares beneficiarios que declare el cotizante.

La Ley N° 18.933, que regula a las ISAPRE, dispone que los contratos que se celebren entre éstas y un cotizante deben considerarse como sujetos afectos a sus beneficios, al propio cotizante y a todos sus familiares beneficiarios.

Al igual que en el sistema estatal, es requisito para tener derecho a los beneficios el que el cotizante declare y pague la cotización legal para salud o la superior que hubiere convenido con la ISAPRE en los plazos y condiciones establecidos en la ley N° 18.933. La obligación de descontar la cotización de la remuneración o pensión recae sobre el empleador o sobre la entidad pagadora de la pensión, según se trate de un cotizante trabajador dependiente o de un pensionado, respectivamente.

Financiamiento

El financiamiento del régimen de salud proviene de la cotización que efectúa el afiliado, la que, a lo menos, debe corresponder al 7% de su remuneración imponible, y de los pagos que realiza directamente el beneficiario de acuerdo con las disposiciones legales vigentes o el respectivo Contrato de Salud con la ISAPRE.

Adicionalmente, el sistema estatal recibe aportes fiscales a través del Fondo Nacional de Salud para cubrir los déficit que se producen entre el otorgamiento de prestaciones y las cotizaciones recibidas de los afiliados.

Entidades administradoras de los regímenes de salud

Las prestaciones de medicina preventiva y de medicina curativa son administradas y otorgadas bajo diferentes modalidades y por distintas entidades, según se trate del sistema de salud estatal o del sistema de salud privado.

Régimen estatal

El otorgamiento de las prestaciones médicas puede ser efectuado a través de las siguientes modalidades:

▪ Atención institucional

En virtud de la cual las prestaciones se otorgan a los beneficiarios por los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud, sean dependientes del Ministerio de Salud o entidades públicas o privadas con las cuales dichos organismos hayan celebrado convenios para estos efectos. Los beneficiarios pueden elegir el establecimiento en que serán atendidos y, dentro de él, al profesional que deba atenderlos.

▪ Atención por libre elección

En virtud de la cual los profesionales o entidades del sector público o privado inscritos para el efecto y elegidos libremente por el afiliado, ejecutan las prestaciones que con este objeto se señalan en el arancel de prestaciones del régimen y por la retribución que determina dicho arancel. Los afiliados y los beneficiarios que de ellos dependan, podrán optar por atenderse de acuerdo con la modalidad de libre elección, caso en el cual elegirán al profesional o a la entidad pública o privada que, conforme a esa modalidad, otorgue la prestación requerida.

Régimen privado

Las prestaciones que se otorgan a estos beneficiarios son administradas por las mismas ISAPRE y las modalidades bajo las cuales se entregan pueden ser en forma directa, utilizando sus propias instalaciones, o por profesionales y entidades médicas que convienen libremente con cada ISAPRE las condiciones del servicio.

Reforma al Sistema de Seguro de Cesantía

Un nuevo Seguro Obligatorio de Cesantía fue instaurado para cubrir eventuales períodos de desempleo originados por causas voluntaria o involuntaria. Se basa en el financiamiento compartido por el ahorro del trabajador y los aportes del empleador y del Estado. Estas cotizaciones tienen el carácter de previsionales,

Un nuevo Seguro Obligatorio de Cesantía se basa en el financiamiento compartido por el ahorro del trabajador y los aportes del empleador y del Estado.

por lo que no pagan impuestos. El Seguro de Cesantía es obligatorio para los trabajadores dependientes regidos por el Código del Trabajo, que comienzan a trabajar o reinician actividades laborales a partir del 2 de octubre de 2002, y rige a partir de su fecha de contratación. La renovación de un contrato vigente al 1 de octubre de 2002 no genera obligatoriedad. Los trabajadores que mantienen un contrato de trabajo iniciado antes del 2 de octubre de 2002, pueden ingresar al sistema en forma libre y voluntaria, caso en el cual se les crea la obligación de cotizar tanto a él como a su empleador. Para acceder al pago del beneficio, el afiliado debe tener acreditadas un mínimo de 12 cotizaciones en forma continua o discontinua, cuando el contrato es a plazo indefinido. El asegurado podrá realizar un retiro mensual de su Cuenta Individual por cada año o fracción superior a seis meses de cotizaciones que registre desde su afiliación, con un máximo de cinco giros. Si el trabajador ha sido despedido por “necesidades de la empresa” o “caso fortuito o fuerza mayor” (pérdida de trabajo involuntaria) tiene derecho a optar a un aporte complementario que se obtiene del Fondo de Cesantía Solidario, el cual asegura montos mínimos de retiro. En este caso, se requiere acreditar 12 cotizaciones continuas. La Ley establece, sin embargo, que antes de otorgar cualquier beneficio con cargo al Fondo de Cesantía Solidario, AFC Chile debe enviar los antecedentes del afiliado a la Oficina de Intermediación Laboral dependiente de la municipalidad del domicilio del asegurado, a fin de que ésta pueda ofrecerle un trabajo o una beca de capacitación financiada por SENCE. En caso de que la renta del trabajo ofrecido sea igual o superior al 50% de la última remuneración percibida antes de quedar cesante, y el afiliado rechace la oferta por una causa injustificada, pierde el derecho a pago del seguro de Cesantía. Asimismo, la Ley establece un tratamiento especial para las personas contratadas a plazo o por obra, trabajo o servicio determinado. En este caso, sólo el empleador debe pagar una cotización del 3% mensual para abonarla íntegramente a la Cuenta Individual por Cesantía del trabajador. Al momento de cesar sus funciones laborales, el asegurado puede retirar en un solo giro el total acumulado en su cuenta individual, siempre que acredite seis meses de cotizaciones continuas o discontinuas.

Tema 4. Origen y contexto de las reformas de la seguridad social en Colombia

Por Juan Carlos Cortés *



Resumen

El objetivo de este tema es presentar la reforma colombiana del sistema de seguridad y protección social. El documento contiene una recuperación histórica de las diversas acciones organizadas por la sociedad para hacer frente a los infortunios de la vida y explica cómo los programas de protección social surgieron de la lucha sindical para hacer frente a la pérdida del trabajo. Introduce el concepto de seguridad social “universal” como una conquista de la ciudadanía que garantiza a todos los ciudadanos, independientemente de su relación de trabajo, una protección social. Enseguida, articula las transformaciones de la seguridad social en Colombia con factores económicos y políticos, considerando al Estado, las empresas y los trabajadores, actores centrales de ese proceso. Presenta la salud como un derecho constitucional susceptible de ser protegido a través de la acción de tutela y describe cómo funcionaban ambos sistemas antes de la reforma y cómo lo hacen después de ésta. El lector encontrará también una argumentación en torno al por qué de la reforma y una presentación de la acción de salud antes de dicha reforma.

* Este texto es un extracto de un artículo elaborado a petición de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social por Juan Carlos Cortés. Su difusión queda restringida a los participantes en este curso.

Tema 4. Origen y contexto de las reformas de la seguridad social en Colombia

Por Juan Carlos Cortés

Antecedentes de la seguridad social

La necesidad y búsqueda de una mayor seguridad individual y colectiva han estado presentes en toda la historia. El ser humano ha intentado siempre protegerse a sí mismo y a su familia de situaciones como el hambre, la enfermedad y la falta de vivienda, así como de cualquier evento que pueda poner en riesgo su estabilidad económica mínima. La Seguridad Social surgió como una respuesta de organizaciones humanas ante la probabilidad de ocurrencia de estos eventos. Este afán ha supuesto una batalla continua y todavía hoy representa una lucha constante para toda la población mundial. Existen países en donde la Seguridad Social tiene como objetivo otros aspectos de la vida humana en tanto que ser social, puesto que necesidades como la vivienda, la alimentación y la educación ya están cubiertas por el Estado.

A lo largo de los siglos, las comunidades se han organizado en grupos de diversos tipos, primero con la finalidad de protegerse a sí mismas de los peligros que las rodeaban, por ejemplo los intrusos, humanos y animales, y luego para desarrollar su comunidad satisfaciendo sus necesidades comunes. Fue así como la Iglesia jugó un papel preponderante, pues al constituirse en la Institución más influyente en la comunidad, impulsó programas de asistencia social para ayudar a quienes carecían de recursos para su propia subsistencia. Esta fue la primera forma de expresión de la Seguridad Social, que existe desde que la Iglesia hace parte de comunidades organizadas. En esta tarea también se ocuparon muchos de los señores feudales y monarcas de estas primeras organizaciones sociales. Este tipo de prestación era caritativa, es decir, buscaba aliviar temporalmente en la población de mayor pobreza algunas necesidades básicas insatisfechas; se prestaba con recursos de la Iglesia o del Señor Feudal.

En los albores de la Edad Media, con la conformación de comunidades organizadas se fundaron asociaciones de personas que trabajaban en campos similares, conocidos como comerciantes y artesanos. Estos artesanos crearon sus propios sistemas de protección social como respuesta a la existencia de problemas y preocupaciones coincidentes, uniéndose para protegerse mutuamente. Su finalidad

se centraba en ayudar a sus miembros en caso de desgracia o de necesidad material. Esta forma de asociación, que data del Siglo XVIII, originó las cooperativas, las mutuales y las agremiaciones de carácter social. Su característica principal fue la de cobrar una cuota a cada asociado, con el fin de crear fondos para utilización común: redistribución en dinero, adquisición de vivienda y préstamos. Se observa el carácter “privado” de esta asociación, en donde sólo aquellos pertenecientes al gremio podían acceder a sus beneficios.

A partir de estos modestos comienzos, en algunos países se fue elaborando una legislación de beneficencia, cuyo objeto era aliviar los sufrimientos de los pobres y proporcionarles algún alojamiento. Tradicionalmente la defensa contra la pobreza había sido la solidaridad de la familia, del clan o de la tribu, pues cada generación aceptaba el deber de cuidar a los ancianos y a los débiles, pero la industrialización acarrió el abandono gradual de la economía pastoral y de la agricultura de subsistencia, y esa forma de protección sancionada por la tradición no se adaptaba a la nueva situación.

En el siglo XIX, el tipo de vida individual y rural, caracterizado por el hecho de que mucha gente dependía de la tierra y a menudo vivía en condiciones de pobreza, dio paso a la industrialización, especialmente en Europa. Esto planteó nuevos problemas sociales y económicos, y acentuó el éxodo de las áreas rurales a las urbanas, en las que se produjo un desarrollo comercial e industrial y se podía encontrar un empleo asalariado.

La industrialización dio origen a una nueva y numerosa categoría de trabajadores: la de obreros de las fábricas, que dependían por completo para su sustento, del cobro regular de sus salarios, y que, si dejaban de percibirlos al quedar desempleados, o caer enfermos, o sufrir un accidente del trabajo, o alcanzar una edad demasiado avanzada para trabajar, podrían muy bien verse reducidos a la indigencia.

Bajo el liderazgo innegable de las organizaciones sindicales de la época, se establecieron convenciones laborales que incorporaban beneficios que intentaron aminorar las dificultades de los que perdían sus salarios por causa de la enfermedad o el desempleo, o debido a un accidente laboral o a la vejez. Los intentos de proteger contra esa indigencia a las masas de trabajadores de las ciudades, adoptaron diversas formas: cajas o bancos de ahorro patrocinados por el Estado, disposiciones que imponían a los empleadores la obligación de mantener a los trabajadores enfermos o heridos, difusión de asociaciones de ayuda mutua que proporcionaban una modesta ayuda pecuniaria en la enfermedad, la vejez y más adelante el desempleo, y pólizas de seguro de vida y para costear los gastos funerales ofrecidos por compañías privadas de seguros.

A medida que los trabajadores comenzaron a organizarse y a obtener mayor representación y poder, se estructuraron programas de protección social en las

A partir de estos modestos comienzos, en algunos países se fue elaborando una legislación de beneficencia, cuyo objeto era aliviar los sufrimientos de los pobres.

Bajo el liderazgo innegable de las organizaciones sindicales de la época, se establecieron convenciones laborales que incorporaban beneficios que intentaron aminorar las dificultades de los que perdían sus salarios por causa de la enfermedad o el desempleo, o debido a un accidente laboral o a la vejez.

empresas. Estos programas eran, muy a menudo, obligatorios para determinadas categorías de trabajadores, pero más adelante se extendieron paulatinamente hasta abarcar, en la práctica, a toda la población. El primer sistema nacional de seguro social en sentido amplio, se implantó entre 1883 y 1889 en Alemania, con el Canciller Otto von Bismarck, y cubría las pensiones de vejez y prestaciones de enfermedad para los trabajadores, es decir, se limitaba a aquellas personas que ocupaban un cargo en el sector formal de la economía al momento de la reunificación de las provincias que conformaron el estado alemán. A partir de este momento, el esquema se replicó en toda Europa y en algunas de las colonias de estos países. Paralelamente, los países “independientes” empezaron a tomar elementos de este modelo de Seguridad Social, adecuándolo a las necesidades particulares de cada estado.

En algunos países se introdujeron esquemas basados sobre cotizaciones de seguro (por ejemplo, en Australia, Nueva Zelanda, Suecia y Dinamarca, a partir del decenio de 1890), o basados en una asistencia social con fondos gubernamentales (por ejemplo, en América Latina, Europa, Estados Unidos y Canadá antes de 1930, y en varios países en desarrollo de África, Asia y el Caribe, a partir de la década de 1950). Se introdujeron varios tipos de prestaciones para sustituir, por lo menos en parte, las necesidades no cubiertas por los salarios e ingresos, y con el paso del tiempo fueron ampliándose. La expresión que se escogió para describir esta nueva situación, fue la de “seguridad social”. Hacia 1945 se introdujo el concepto de Seguridad Social “Universal”, referido a los residentes de un estado más que a las personas económicamente activas y empleadas. Este término modificó sustancialmente la concepción de la protección social, pues determinó el derecho de todos los seres humanos a este beneficio y obligó a los estados a destinar parte de sus presupuestos en esta tarea, que para entonces ya comprendía los riesgos de vejez, desempleo, salud, riesgos profesionales y accidentes de trabajo.

Las prestaciones familiares se desarrollaron como consecuencia del estudio de la población, la demografía, que mostraba la condición de los nacionales de un país y sus necesidades particulares. Específicamente fue muy útil después de la Segunda Guerra Mundial, con el objeto de estimular la concepción, pues el número de habitantes, sobre todo masculinos, estaba muy diezmado, poniendo en peligro la subsistencia de algunas naciones como Alemania, Francia e Inglaterra y poniendo en peligro la financiación misma del Sistema de Seguridad Social.

Cabe destacar que el término “seguridad social” fue utilizado oficialmente, por primera vez, en la legislación de los Estados Unidos en 1935 en la Social Security Act - y después en 1938, en una ley aprobada en Nueva Zelanda, mediante la cual se unificaron diversas prestaciones de seguridad social existentes y se crearon otras nuevas. En la denominada Carta del Atlántico, que vio la luz durante la Segunda Guerra Mundial, volvió a hablarse de seguridad social. En los párrafos que siguen, se hace referencia a los diversos elementos que contribuyeron a conformar los amplios regímenes de seguridad social de la actualidad.

Estos elementos serían: el seguro social, la asistencia social, las prestaciones que se financian con los ingresos generales del Estado, las asignaciones familiares y las cajas de previsión; y que deben relacionarse con las provisiones complementarias de los empleadores, como por ejemplo, la indemnización de los trabajadores en caso de accidente o enfermedad de origen laboral, y otros programas complementarios que se han desarrollado en torno a la seguridad social.

La historia de la seguridad social en Colombia

La evolución de la seguridad social en Colombia ha estado determinada por diferentes factores económicos y políticos, siendo actores el Estado, las empresas privadas y los trabajadores.

A Simón Bolívar suele reconocérsele ser el primer mandatario que hizo referencia a la seguridad social como factor clave para el bienestar de una nación. En el discurso de instalación del Congreso de Angostura (febrero 1819), expresó lo siguiente: “el sistema de gobierno más perfecto es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad política”.

El sistema de gobierno más perfecto es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad política.

En ese tiempo fueron muy escasas las iniciativas para dar paso a un sistema de seguridad social debido a que el estado de la economía en esos días era muy precario. El caudillo liberal Rafael Uribe promovió el otorgamiento de mejores condiciones para el desempeño laboral.

En 1925 se creó la Caja de Sueldos de Retiro de las Fuerzas Militares, siendo los militares el primer sector beneficiado con las prestaciones de un modelo de seguridad social oficial.

En la reforma constitucional de 1936 (gobierno de Alfonso López Pumarejo) se fijaron por vez primera los deberes sociales del Estado. Obligaba al Estado a proveer y proporcionar los servicios de educación y salud pública.

Sólo hasta 1945, mediante la ley 90 de ese año, se estableció el seguro de salud obligatorio y se creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales -ICSS-, bajo el gobierno de Mariano Ospina Pérez. Sin embargo la seguridad social siguió siendo muy restringida, pues sólo beneficiaba a los empleados de las grandes empresas y en general al sector formal de la economía.

El ICSS en 1964 inició el plan de atención y cubrimiento de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y a partir de 1967 aparece la modalidad de los seguros económicos de invalidez, vejez y muerte. En la década de los 70 se permitió la afiliación voluntaria de trabajadores independientes al programa de medicina familiar.

En 1949 los trabajadores del Ferrocarril de Antioquia pactaron el primer pago de subsidio familiar en Colombia, pero hasta 1954 se creó la primera caja de compensación familiar por parte de la ANDI, llamada COMFAMA.

Con el propósito de mejorar las condiciones de vida de la clase trabajadora e incentivar la producción económica, la Junta Militar de 1957, expidió un decreto con el cual estableció oficialmente el sistema de subsidio familiar en Colombia.

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

Con la Ley 100 se crea el “Sistema de Seguridad Social Integral”, y el Estado promueve la sana competencia entre el sistema público y el sistema privado,

El Sistema General de Seguridad Social

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

El sistema de seguridad social en salud

¿Qué es salud según la OMS ?

Es un estado óptimo de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad. Así las cosas tenemos que la salud es también un fenómeno colectivo de carácter social. La salud de una persona trasciende su ámbito estrictamente laboral. Por tanto el derecho a la salud es un verdadero derecho colectivo y un servicio público esencial a que tienen derecho todas las personas por el solo hecho de vivir en sociedad.

¿Qué es la salud desde el punto de vista constitucional?

El derecho a la salud fue consagrado en el artículo 49 de la C.P. como un derecho colectivo y como un servicio público. En consecuencia el estado está en la obligación de garantizarlo a todos los habitantes del territorio nacional. El

concepto de salud de acuerdo a los textos de nuestra Constitución, va más allá de la ausencia de enfermedades. Con base en los artículos 1º, 2º, 13, 44, 49, 64 y 78. La Corte Constitucional ha dicho: "... Así las cosas, la salud de las personas desde la órbita constitucional, es vista en forma integral, por cuanto con ella se pretende alcanzar un bienestar general y no solamente entendida como una "ausencia de afecciones o enfermedades ". Dicho bienestar, respecto de las personas que presentan una debilidad manifiesta de índole físico o moral, merece una especial atención bajo los principios de igualdad y solidaridad sobre los cuales se encuentra estructurado nuestro Estado social de derecho y que permiten dar cumplimiento al fin estatal de efectividad de los derechos de esas personas, así como a la garantía de la integración social que ellas requieren bajo unas condiciones mínimas de vida con dignidad..." (Sentencia de tutela del 21 de octubre de 1999 M.P.: Alvaro Tafur Galvis, Corte Constitucional).

El derecho a la salud goza del carácter de fundamental por *conexidad* al derecho fundamental como la vida, la integridad física, el libre desarrollo de la personalidad o el trabajo y es susceptible de ser protegido a través de la acción de tutela.

¿Qué pasaba en el anterior sistema nacional de salud antes del nuevo sistema general de seguridad social en salud creado a través de la ley 100 de 1993?

Los colombianos tenían las siguientes posibilidades de acceder a los servicios médicos:

- Ir a los hospitales y centros de salud del Estado.
- Asistir a clínicas y centros privados si tenían capacidad de pago para pagar los servicios.
- Asistir al ISS si eran trabajadores dependientes y estaban vinculados a la seguridad social.
- Afiliarse a una Caja de Previsión Social si era empleado público (distrital, departamental o nacional).
- Pagar un seguro médico privado.
- Cajas de Compensación Familiar si estaban afiliados a éstas.

Este modelo tenía serios problemas:

- Cada año nacían 200.000 niños sin ninguna atención médica

- Más de la mitad de los colombianos no tenían ninguna seguridad social
- Algunas personas podían estar cobijadas por las seis posibilidades de salud.

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

¿Por qué la reforma en salud?

A partir de la Constitución de 1991 y la expedición en 1993 de la ley 100 de Seguridad Social se plantea el cambio y reorganización de los servicios de salud, garantizando a todos los habitantes del territorio nacional el derecho a la seguridad social, sin importar la raza, edad, sexo o condición social; la seguridad social en salud no es más que el acceso obligatorio a los servicios básicos de prevención de la enfermedad, promoción, atención, tratamiento y rehabilitación de la salud.

Actualmente la seguridad social es un servicio público, derecho social (y fundamental en conexión con la vida) al que todos tienen acceso y al que no se puede renunciar. La salud dejó de ser el privilegio de los trabajadores de algunas empresas y de las personas de altos ingresos para convertirse en un derecho de todos.

Actualmente la seguridad social es un servicio público, derecho social al que todos tienen acceso y al que no se puede renunciar.

Adelante se desarrollan en detalle las principales características del sistema de salud en Colombia.

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Contextualización histórica

El sistema general de pensiones nace en Colombia en 1967, con la creación del Instituto de Seguros Sociales, como responsable en la implementación y desarrollo del Sistema Pensional de Prima Media con Prestación Definida, hasta el 23 de diciembre de 1993 con la puesta en vigencia de la Ley 100, la cual divide el sistema en dos regímenes solidarios excluyentes: Régimen solidario de Prima Media con Prestación Definida y Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad.

¿Qué es el Sistema General de Pensiones y para qué sirve?

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

Según la Corte Constitucional, las pensiones son una prestación social básica, que opera como compensación al esfuerzo laboral diario de muchos años. A partir de la Ley 100, el subsistema de pensiones colombiano es administrado en dos regímenes separados:

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

Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad: es el conjunto de entidades, normas y procedimientos, mediante los cuales se administran los recursos privados y públicos destinados para las pensiones y prestaciones que deban reconocerse a sus afiliados. Este régimen está basado en el ahorro proveniente de las cotizaciones y sus respectivos rendimientos financieros, la solidaridad a través de garantías de pensión mínima y aportes al fondo de solidaridad.

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

Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida: es aquel mediante el cual los afiliados y sus beneficiarios obtienen una pensión de vejez, de invalidez o de sobrevivientes, o una indemnización, previamente definidas.

Es un régimen solidario de prestación definida, en el que los aportes de los afiliados y sus rendimientos constituyen un fondo común de naturaleza pública, que garantiza el pago de las prestaciones de quienes tengan la calidad de pensionados en cada vigencia.

Características del Sistema General de Pensiones

- La afiliación es obligatoria, salvo lo previsto para los trabajadores independientes.
- La selección de uno cualquiera de los regímenes es libre y voluntaria por parte del afiliado. Una vez efectuada la selección inicial, estos sólo podrán trasladarse de régimen por una sola vez cada tres años, contados a partir de la selección inicial.
- Los afiliados tendrán derecho al reconocimiento y pago de las prestaciones y de las pensiones de invalidez, de vejez y de sobrevivientes.

La selección de uno cualquiera de los regímenes es libre y voluntaria por parte del afiliado.

- La afiliación implica la obligación de efectuar los aportes.
- Ningún afiliado podrá recibir simultáneamente pensiones de invalidez y de vejez.
- Las entidades administradoras de cada uno de los regímenes del Sistema estarán sujetas al control y vigilancia de la Superintendencia Bancaria.

Cobertura

El Sistema General de Pensiones se aplicará a todos los habitantes del territorio nacional en forma obligatoria (personas que poseen contrato laboral) y voluntariamente (independientes). En la actualidad está cubierta el 21% de la población, para un total aproximado de seis millones de personas, teniendo en cuenta a los aportantes y pensionados del Seguro Social y de los Fondos de Pensiones.

Deberes con el Sistema General de Pensiones

- Realizar una afiliación en forma obligatoria o voluntaria, a un régimen pensional.
- Durante la vigencia de la relación laboral deberán efectuarse cotizaciones obligatorias a los Regímenes del Sistema General de Pensiones por parte de los afiliados y empleadores, con base en el salario que aquellos devenguen.
- Los Trabajadores independientes, cotizarán sobre ingresos que declaren ante la entidad a la cual se afilien, y serán responsables por la totalidad de la cotización.

Derechos con el Sistema General de Pensiones

Los afiliados o sus beneficiarios tienen el derecho a una pensión de vejez, de invalidez, o de sobrevivientes, o una indemnización, en cualquiera de los dos regímenes.

Actores del Sistema General de Pensiones

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

- En cuanto al Régimen de prima Media con Solidaridad, es administrado por entidades estatales, la principal de ellas el ISS, única con derecho a realizar nuevas afiliaciones. De manera que las otras cajas se van extinguiendo paulatinamente.

Tendencias

Los sistemas pensionales se diseñaron para que tengan estabilidad en el largo plazo y cumplan con las expectativas de los aportantes, quienes pretenden, finalmente, garantizar condiciones dignas de vida en los momentos en que las contingencias de vejez, invalidez o desprotección aparezcan.

Pero todo parece indicar que tales propósitos de los aportantes no se van a cumplir, a pesar de la juventud del nuevo modelo implantado por la Ley 100, a menos que se efectúen cambios importantes en la Ley, como incrementos de edad y de cotizaciones, además de un cambio en el valor de la pensión.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES

Cobertura

El sistema de riesgos profesionales busca dar la cobertura tanto a los trabajadores dependientes como a los independientes. Sin embargo, hasta la fecha, por razones de orden técnico y práctico el sistema sólo ofrece la cobertura a los trabajadores con contrato de trabajo o dependientes.

La cobertura completa del sistema inicia desde el día calendario siguiente a la afiliación, más exactamente 24 horas después del día de la afiliación.

Conceptos fundamentales

1. Riesgos Profesionales. Son Riesgos Profesionales el accidente que se produce como consecuencia directa del trabajo o labor desempeñada y la enfermedad que haya sido catalogada como profesional por el Gobierno Nacional.
2. Accidente de Trabajo. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad,

aún fuera del lugar y horas de trabajo. Igualmente, se considera accidente de trabajo aquel que se produzca durante el traslado de los trabajadores desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

3. Enfermedad Profesional. Se considera como todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que haya sido determinada como enfermedad profesional por el Gobierno Nacional.

Actores

- Empleadores
- Trabajadores: dependientes, estudiantes y jubilados que están vinculados a una empresa
- Administradoras de Riesgos Profesionales -A.R.P.s- (públicas y privadas).

DEBERES DE LOS ACTORES CON EL SISTEMA DE RIESGOS PROFESIONALES

Empleadores

- Afiliar a todos sus trabajadores.
- Pagar oportunamente la totalidad de la cotización.
- Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores.
- Cumplir las normas de salud ocupacional.
- Programar, ejecutar, financiar y controlar el cumplimiento del programa de salud ocupacional.
- Notificar a la A.R.P. sobre los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.
- Registrar ante Ministerio de Trabajo el Comité Paritario de Salud Ocupacional o el Vigía.

Trabajadores

- Procurar el cuidado integral de su salud.
- Cumplir las normas de salud ocupacional.
- Participar en la prevención de los riesgos profesionales a través del comité o el vigía.

- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones de los trabajadores.

Administradoras

- Afiliar a todas las empresas que lo soliciten.
- Recaudar las cotizaciones del sistema.
- Tener a disposición de los afiliados una red de prestación de servicios asistenciales.
- Llevar estadísticas de riesgos profesionales.
- Contar con una organización idónea y estable, propia o contratada para las labores de promoción y prevención.

¿Qué es y para qué sirve el Sistema General de Riesgos Profesionales?

En el Sistema de Riesgos Profesionales existe un conjunto de normas, entidades y procedimientos destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades profesionales y los accidentes que puedan ocurrirles “con ocasión o como consecuencia del trabajo o labor que desarrollan” (Art. 1. Decreto 1295/94), además de mantener la vigilancia para el estricto cumplimiento de la normatividad en Salud Ocupacional.

El sistema busca establecer las actividades de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores.

Derechos con el Sistema de Riesgos Profesionales

- Prestaciones Asistenciales: Asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica. Servicios de hospitalización.
- Prestaciones Económicas: Subsidio por incapacidad temporal, indemnización por incapacidad permanente parcial, pensión de Invalidez, pensión de supervivientes y auxilio funerario.

Entes controladores

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, hoy Ministerio de la Protección Social.
Consejo Nacional de Riesgos Profesionales.
Superintendencia Bancaria, frente a la operación de las administradoras.

Sistema de subsidio familiar

Cajas de compensación familiar recuento histórico

- 1949: Congregación trabajadores Ferrocarriles de Antioquia
- 1954: Creación Comfama
- 1957: Gobierno Rojas Pinilla establece el subsidio familiar como obligación legal
- 1962: Autorizan a las Cajas para proveer servicios en Salud y mercadeo
- 1963: Se otorgan beneficios a los trabajadores civiles y oficiales
- 1964: Descentralización del pago de los subsidios según lugar de causación de los salarios
- 1973: Pago del subsidio puede ser en dinero o especie
- 1978: Nace Compensar
- 1982: Ley 21 de regulación de las Cajas de Compensación

CAJA COMPENSACION FAMILIAR

“Instrumento primordial para la redistribución del ingreso a favor de los trabajadores de menores recursos”

SUBSIDIO FAMILIAR

“El subsidio familiar es una prestación social pagadera en dinero, especies y servicios a los trabajadores de medianos y menores ingresos, en proporción al número de personas a cargo, y su objetivo fundamental consiste en el alivio de las cargas económicas que representa el sostenimiento de la familia como núcleo básico de la sociedad”.

DEBERES Y DERECHOS

Las empresas están obligadas a aportar mensualmente el 4% sobre el total de la nómina.

Todo trabajador que figure en nómina tiene derecho a estar afiliado a una Caja de Compensación.

CATEGORÍAS

A: Todo trabajador cuyo ingreso sea igual o inferior a los 4 salarios mínimos legales.

B: Todo trabajador que supere a cuatro salarios mínimos legales.

TENDENCIAS

Las Cajas de Compensación Familiar se crearon con el fin de proporcionar una mejor relación entre los trabajadores y las empresas, y su fin es prestar mejores servicios en las áreas de recreación, crédito, cultura, educación, vivienda, mercadeo, capacitación y turismo, entre otros. Pero debido a la estabilidad financiera que dichas entidades han demostrado, se han convertido en el centro de atención de algunos sectores políticos y financieros que quieren disminuir de una u otra forma su capital, lo que afectaría notablemente el bienestar de los trabajadores afiliados. Por eso la actual lucha es demostrar los beneficios que aporta el sistema de subsidio familiar como apoyo a una mejor calidad de vida de los colombianos.

Las Cajas de Compensación Familiar se han convertido en el centro de atención de algunos sectores políticos y financieros que quieren disminuir de una u otra forma su capital.

CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fundamentación Legal

Ley 21 del 22 de enero de 1982, por la cual se reformó el Régimen del Subsidio Familiar.
Ley 49 de 1990, referente a la Vivienda de Interés Social.

Ley 100 de 1993, por la cual se creó el Sistema de Seguridad Social Integral, en lo relativo a Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Administradoras de Fondos de Pensiones.

Artículos 39 y 190 de la Ley 115 de 1994 o Ley General de Educación.

Ley 119 de 1994 por la cual se reestructura el Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA, en lo concerniente a la capacitación laboral.

Ley 181 de 1995, por la cual se organiza el sistema nacional de deportes, se dictan disposiciones para su masificación y para el fomento de la educación física, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre.

Definición de las cajas de compensación familiar

Instituciones de redistribución económica y naturaleza solidaria, creadas mediante el Decreto No. 118 de 1957. Las Cajas de Compensación Familiar son personas jurídicas de derecho privado sin ánimo de lucro, administradas por los empleadores y los trabajadores en forma conjunta; organizadas como corporaciones que cumplen funciones de seguridad social mediante el pago del subsidio familiar

monetario y la prestación de servicios subsidiados o en especie a sus afiliados, en las áreas de salud, educación, cultura, bibliotecas, recreación, deportes, turismo, vivienda de interés social, gestión ambiental, administración de pensiones, crédito social y mercadeo de productos básicos e indispensables para las familias. Su orientación, control y vigilancia la ejerce el Estado a través de la Superintendencia de Subsidio Familiar.

Para la constitución de una Caja de Compensación Familiar se debe cumplir con los siguientes requisitos: Agrupar al menos 500 empleadores obligados a pagar el subsidio familiar y que en total tengan a su cargo un mínimo de 10 mil trabajadores. En condiciones excepcionales y por razones de índole geográfica, la Superintendencia puede autorizar su creación sin el cumplimiento de los mismos.

Funciones básicas

Recaudar, distribuir y pagar los aportes destinados al subsidio familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, a la Escuela Superior de Administración Pública -ESAP-, y a las Escuelas Industriales e Institutos Técnicos, en los términos y modalidades establecidas por la ley. Organizar y administrar las obras y programas que se establezcan para el pago del subsidio familiar en especie o servicios, priorizados así: salud; programas de nutrición y mercadeo de productos alimenticios y otros autorizados por el gobierno nacional, que compongan la canasta familiar para personas de bajos ingresos; educación integral y continuada; educación formal básica y media; capacitación y servicios de biblioteca; vivienda de interés social; y crédito de fomento para industrias familiares.

Ejecutar programas de servicios con otras Cajas, o mediante vinculación con organismos y entidades públicas o privadas que desarrollen actividades de seguridad social.

Financiación

Aportes recibidos de los empleadores, equivalentes al 4% del valor total de la nómina mensual, según factores de relación laboral.

Ingresos recibidos por la captación y distribución de los aportes correspondientes al SENA y al ICBF, equivalentes al 0.5% del total de los mismos.

Ingresos derivados de arrendamientos, administración de programas especiales, administración de programas de salud, rendimientos financieros.

Para 1996 los ingresos por concepto del 4% ascendieron a 613 millones 400 mil dólares.

Condiciones de acceso

Son beneficiarios del Subsidio Familiar los trabajadores al servicio de los siguientes empleadores: la Nación, por intermedio de los ministerios, departamentos administrativos y superintendencias; las entidades territoriales: departamentos y municipios; los establecimientos públicos, las empresas comerciales e industriales, y las empresas de economía mixta de los órdenes nacional, departamental y municipal; los empleadores que ocupen uno o más trabajadores permanentes.

Dichos trabajadores deben cumplir además con los siguientes requisitos: tener el carácter de permanentes, devengar menos de cuatro salarios mínimos, laborar más de la mitad de la jornada máxima legal o totalizar un mínimo de noventa y seis horas de labor durante el respectivo mes.

Para acceder al Subsidio Monetario se requiere tener personas a cargo, que den derecho a recibir la prestación, esto es, hijos legítimos, naturales, adoptivos, o hijastros menores de 18 años, o hasta 23, si se encuentran estudiando, hermanos huérfanos menores de edad o en condiciones de invalidez, que hayan perdido más del 60 % de su capacidad normal de trabajo y padres mayores de 60 años que dependan económicamente del trabajador y convivan con él.

El acceso a los servicios subsidiados o en especie se hace mediante el pago de tarifas diferenciales, con base en los ingresos económicos del solicitante, los cuales se clasifican en categorías de menos o más de cuatro salarios mínimos mensuales, legalmente vigentes. En igual condición accede el o la cónyuge o compañero(a) permanente del trabajador. A los particulares y a los pensionados se les suministran los servicios al precio de costo más una ganancia considerada prudente.

El acceso a los servicios subsidiados o en especie se hace mediante el pago de tarifas diferenciales, con base en los ingresos económicos del solicitante,

Bienestar y subsidio familiar

Recuento histórico

Desde la época de 1890, en el mundo se ha generado preocupación por la niñez desamparada, y aunque con la post guerra en Occidente se acrecienta dicho interés, sólo hacia los años 90 del siglo XX se construye la conciencia de los derechos de los niños.

Existe una función específica del Estado que a parte de proteger al niño y sus derechos abarca la salud y el derecho a tener un cupo en instituciones propias

para su desarrollo. Por ello, con la Ley Cecilia en 1968 se crea, bajo los siguientes aspectos, el Instituto Colombiano para el Bienestar Familiar -ICBF-:

1. Necesidad de articular instituciones de beneficencia o albergues financiados por los departamentos.
2. Instituto Nacional de Nutrición, que se convirtió en columna del ICBF.
3. Relación Estado-Familia cuya temática era los conflictos familiares y sociales, generándose así las defensorías de familia.

Dicha entidad está encabezada por la Primera Dama de la Nación y las decisiones que se tomen están al margen de las políticas del Estado.

Existen dos programas claves:

Programa de protección al menor

- Adopción – Orfanatos – Rehabilitación
- Clubes Juveniles - Administración guarderías

Programa de prevención

- Niños en situación regular.
- Restaurantes escolares

En 1999 dos artículos reforman lo anterior ya que esto recaía en la familia, y se crean los hogares y jardines infantiles.

En 1987 buscan apoyo y ayuda de la comunidad a través de las madres comunitarias.

Doctrina de la protección legal

Garantía:

Comunidad es un protector de los derechos de los niños y el Estado es un garante de los mismos.

Subsidiariedad:

- El Estado como garante tiene que llenar los vacíos para otorgar esos derechos.
- Coparticipación de los diferentes elementos del Estado.

Aportes parafiscales:

Toda empresa vigente está en la obligación de aportar, a través de las Cajas de Compensación, el 3% del valor de la nómina.

Tendencias

Montar un sistema de seguridad social desde la familia y la niñez y no desde el trabajador.

Todo ser humano tiene derecho a salud, educación, cultura, nutrición, trabajo, ingreso, deporte, vivienda y pensión.

Descentralizar según las necesidades de las localidades.

Las políticas del gobierno hacen que dichos programas se menoscaben o se vean afectados por las decisiones que toma para “tapar” otras falacias.

EL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL

Como desarrollo del derecho a la seguridad social, que consagra nuestra Constitución Política, la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002 constituyó el sistema de protección social en el país, como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de los colombianos.

¿A quiénes se dirige el sistema de protección social?

A todos los colombianos y, de manera especial, a los más desprotegidos.

¿Por qué se crea el sistema de protección social?

Para afrontar las contingencias generadas por los altos niveles de desocupación que se viven en nuestra sociedad, así como para beneficiar a los millones de colombianos que o bien son desplazados de la economía, como desempleados, o integran la llamada economía de la informalidad, en particular para extender a esos amplios sectores de nuestra población los beneficios de la seguridad social.

¿Cuáles son los principales objetivos del sistema?

Garantizar como mínimo a los colombianos, en especial a los más necesitados, el goce de los derechos a la salud, la pensión y el trabajo.

¿Por qué la reforma a las instituciones laborales?

Para facilitar la vinculación de desempleados al sector formal de la economía y permitir a los trabajadores y empleadores asumir nuevas formas de trabajo, organización y jornada laboral. Además, con la reforma que consagra la Ley 789 de 2002 se busca socializar los cambios económicos de nuestra sociedad y la respuesta colectiva que debemos dar al problema del desempleo que constituye una afrenta en su dignidad a más de tres millones de conciudadanos.

Con la reforma que consagra la Ley 789 de 2002 se busca socializar los cambios económicos de nuestra sociedad y la respuesta colectiva que debemos dar al problema del desempleo.

¿Qué instituciones participarán en forma inmediata en la ejecución de políticas dentro del sistema de protección social?

Mencionamos aquellas que de manera inmediata y por aplicación de la Ley 789 han sido encargadas de dicha finalidad.

Lo primero sea advertir que se fusionaron los Ministerios de Salud y del Trabajo y Seguridad Social, para establecerse en el país, a primer nivel y como órgano decisorio de políticas sobre la protección social, precisamente el Ministerio de la Protección Social

Como cuenta adscrita a ese Ministerio se creó el Fondo de Protección Social, con recursos del presupuesto nacional y de las entidades territoriales, cuyo objetivo es financiar los programas sociales prioritarios definidos por el Gobierno y aquellos orientados a la obtención de la paz.

¿Qué es el subsidio al empleo?

Es un apoyo económico temporal creado por la Ley 789 con destino a las pequeñas y medianas empresas que generen puestos adicionales de trabajo a jefes cabeza de hogar desempleados, que ganen un salario mínimo legal vigente. Su manejo corresponde al Ministerio de la Protección Social, según los parámetros que defina el Gobierno Nacional.

¿Cómo participan las cajas de compensación familiar en el sistema de protección social?

Las Cajas de Compensación Familiar integran el sistema de protección social. La Ley 789 de 2002 y tienen a su cargo varias tareas en cuanto se refiere a extender beneficios de la seguridad social para desempleados.

Prestarán servicios en programas de educación, capacitación, recreación y turismo social, a los desempleados con vinculación anterior a las Cajas, por el término de un año a partir de su acreditación como desempleado y en las mismas condiciones que tenían como afiliados al momento de su retiro.

Administrarán los recursos con destino al apoyo de los desempleados, jefes cabeza de hogar, con base en el Fondo para el Fomento del Empleo y la Protección del Desempleo que crea la Ley 789 de 2002.

¿Qué recursos constituyen el fondo que administrarán las cajas para apoyar el empleo y proteger al desempleado?

El Fondo se integrará con las siguientes fuentes:

Recursos que fueron aplicados en el año 2002 y que en adelante no se paguen, por concepto de cuota monetaria de subsidio en virtud a la reducción de la lista de personas a cargo de los trabajadores beneficiarios, en relación con personas que sobrepasen los 18 años de edad.

Un porcentaje que oscila entre el 1% y el 3% de los recursos que apropian las Cajas para el Fondo de Vivienda de Interés Social. Lo que ahorren las Cajas en la reducción de gastos de administración, los cuales no podrán ser superiores al 9% de los aportes para el año 2003 y al 8% para el año 2004. Lo que ahorren las Cajas en cuanto a menor cuota para el sostenimiento de la Superintendencia del Subsidio Familiar

¿En qué consisten los subsidios a favor de los desempleados que otorgarán las cajas de compensación familiar?

Dichos beneficios se otorgarán con cargo a máximo el treinta por ciento (30%) de los recursos del Fondo anteriormente citado y consisten en un subsidio equivalente a un salario y medio mínimo legal mensual, el cual se dividirá y pagará en seis cuotas mensuales iguales, las cuales podrán hacerse efectivas a través de aportes al sistema de salud, y/o bonos alimenticios y/o educación, según la elección del beneficiario, para aquellos jefes cabeza de hogar que se encuentren situación de desempleo luego de haber estado vinculados al sistema de Cajas no menos de un año dentro de los tres años anteriores a la solicitud de apoyo.

Dicho subsidio se otorgará por una sola vez al beneficiario y dependerá en su ejecución del agotamiento de los recursos del Fondo que administre la respectiva Caja.

Los desempleados, jefes cabeza de hogar, que acrediten falta de capacidad de pago y sin vinculación anterior a las Cajas de Compensación Familiar, también tendrán derecho al mismo subsidio pagadero en seis cuotas mensuales iguales, efectivas a elección del beneficiario en aportes al sistema de salud, o bonos alimenticios o educación.

Para este grupo de beneficiarios se utilizará el cinco por ciento (5%) de los recursos del Fondo.

Los desempleados, jefes cabeza de hogar, que acrediten falta de capacidad de pago y sin vinculación anterior a las Cajas de Compensación Familiar, también tendrán derecho al mismo subsidio.

¿Y habrá programas de capacitación para la inserción laboral?

Sí. Con cargo a máximo el veinticinco por ciento (25%) de los recursos del Fondo de empleo administrado por cada Caja de Compensación Familiar, se desarrollarán programas en tal materia, cuyos beneficiarios serán los jefes cabeza de hogar que queden desempleados y hubieren tenido vinculación anterior con el sistema de subsidio familiar.

¿En qué consisten los programas de microcrédito que administrarán las cajas de compensación familiar?

Con cargo al treinta y cinco (35%) de los recursos del Fondo las Cajas otorgarán créditos a microempresas, pequeñas y medianas empresas, con el objeto de promover la creación de empleo adicional.

¿Qué requisitos deben reunir las empresas beneficiarias de dichos créditos?

La Ley establece los siguientes requisitos:

- Estar afiliadas a la Caja de Compensación Familiar.
- No tener deudas pendientes por concepto de aportes parafiscales a salud, pensiones, riesgos profesionales, ICBF, SENA ni Cajas de Compensación Familiar.
- Que los trabajadores adicionales que vinculen sean jefes cabeza de hogar que hubieren estado vinculados a las Cajas dentro del año inmediatamente anterior a la situación de desempleo.
- Que dichos trabajadores no devenguen más de tres salarios mínimos legales vigentes.
- No ser beneficiarias simultáneamente del subsidio al empleo que otorgue el Ministerio de la Protección Social.

Tema 5. Origen y contexto de las reformas de la seguridad social en Argentina

Por Alfredo Jorge Gamietea y Jorge Isaac D'Angelo *



Resumen

El documento analiza la reforma de la seguridad social en Argentina, del sistema de salud y del sistema de riesgos del trabajo, buscando caracterizar sus etapas, consecuencias, oposiciones e intereses involucrados. Sitúa en 1991 el inicio del proceso de Reforma y de un conjunto de errores sucesivos aparejados al aumento del poder económico en el Poder Ejecutivo. Como parte del contexto político y socioeconómico de la reforma, reconoce que Argentina, al igual que muchos otros países del continente, sufrió dictaduras, democracias parciales y nuevas dictaduras, y que desde 1983 vive en democracia. Este contexto también incluye la inflación, planes económicos, mayor participación de empresas multinacionales e inversiones externas y reformas en su sistema social de bienestar. Los autores caracterizan al sistema de bienestar existente hasta 1991 como de reparto, bajo control mixto con mayor participación del Estado, compuesto por un sistema de salud de obras sociales sindicales con un sector propio para la tercera edad, además de un sistema de asignación familiar y de riesgo del trabajo.

* Este texto es un extracto de un artículo elaborado a petición de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social por Alfredo Jorge Gamietea y Jorge Isaac D'Angelo Su difusión queda restringida a los participantes en este curso.

Con relación a la reforma de la seguridad social, la tesis que buscan demostrar es que *“la principal causa de la actual crisis financiera que vive Argentina, originada entre otros motivos por la magnitud de su deuda externa y por los servicios que ella devenga, se debe principalmente a las medidas tomadas en el campo de las relaciones del trabajo y en los Sistemas de Seguridad Social que desfinanciaron el presupuesto Nacional innecesariamente”*. Para sostener la tesis, argumentan que se dio una manipulación de la opinión pública descalificando al sector público; analizan el problema del gasto público relacionando el déficit con las reformas de la seguridad social y las políticas laborales y, finalmente, exponen un cuadro comparativo entre los efectos de las medidas y qué hubiera pasado si estas medidas no se hubieran aplicado. Después analizan el sistema de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones, llamando la atención sobre la ruptura del compromiso social y la solidaridad social, las incertidumbres introducidas, sus costos y consecuencias para el trabajador. Examinan igualmente, la reforma del sistema de salud y en particular el sistema de obras sociales para las personas de la tercera edad, así como la reforma del sistema de cobertura de riesgos del trabajo, de asignaciones y subsidios familiares.

Tema 5. Origen y contexto de las reformas de la seguridad social en Argentina

Por Alfredo Jorge Gamietea y Jorge Isaac D'Angelo

LA HISTORIA RECIENTE

La República Argentina se ha movido a la par de muchos países del continente. Sufrió dictaduras, democracias parciales y nuevas dictaduras, hasta que definitivamente se instaló una democracia total y permanente en el año 1983, sistema el cual aún perdura. También al igual que el resto de los países del continente, sufrimos una etapa de gran inflación, la cual fue superada por un plan económico propio, conocido internacionalmente como “convertibilidad”.

Consecuentemente con este plan, al detenerse la hiperinflación se inició en este país una participación importante de empresas multinacionales e inversiones externas, dentro del contexto mundial conocido como “economía globalizada”, que si bien era incipiente en años anteriores, fue realmente importante a partir de los años noventa.

Hasta 1990 la Seguridad Social estaba cubierta por: un sistema de reparto bajo control mixto con mayoría estatal; un sistema de salud cubierto casi en su totalidad por obras sociales sindicales y para la Tercera Edad por un Instituto cogestionado; un sistema de Asignaciones Familiares administrado por organizaciones empresarias – sindicales y los riesgos del trabajo por una legislación específica.

A fines del año 1991, surgió la primer intervención seria del Estado, consecuentemente el primer grave error, a partir de la sanción del decreto 2284/91, donde unificó los sistemas de asignaciones familiares y los sistemas previsionales, creando un sistema único de la Seguridad Social, donde concentró toda la recaudación, inclusive aquella que estaba en manos de los efectores de salud sindicales.

El sistema único, que en realidad pretendía la “Caja única”, quedó en manos del hoy ANSES, aunque por muy poco tiempo, pues el Ministerio de Economía cometió el segundo error importante, transfiriendo la responsabilidad de la recaudación de la Seguridad Social, a una dependencia de ese Ministerio que hasta ese momento solo controlaba (y mal) las imposiciones fiscales.

La fuerza del sector sindical argentino y de los responsables privados, no permitió por suerte que se avanzara más sobre sus estructuras de salud, ya que hubiera sido la destrucción de lo que aún hoy en esta crisis sigue funcionando dentro de los parámetros normales, las Obras Sociales Sindicales, empresariales y privadas.

Como se podrá observar, al igual que en varios países de América, el sector económico comenzó a tener una trascendencia dentro de las estructuras del Poder Ejecutivo, nunca vivido hasta ese momento.

A esta altura es importante mencionar que los argumentos esgrimidos para semejante actitud intervencionista del Estado, era que los sistemas existentes eran deficitarios para lo previsional, y duplicados en funciones en cuanto a las asignaciones familiares. A su vez se dijo que para un mejor control de la recaudación, todos los sectores debían estar bajo una sola autoridad de aplicación, lo que facilitaría las supervisiones e inspecciones. La única verdad fue que la autoridad económica necesitaba tener toda la recaudación bajo su órbita, concentrando así un poder coercitivo hacia todos los sectores del quehacer social.

Esta acción produjo innumerables perjuicios, pero sin lugar a dudas el peor daño fue que desde ese mismo momento las recaudaciones nunca fueron las mismas, por los deficientes controles de la por entonces Dirección General Impositiva y la actual Administración Federal de Ingresos Públicos.

Si bien en los párrafos precedentes, hemos titulado a dos acciones estatales como “errores profundos” en materia de Seguridad Social, a nuestro entender estos *no fueron casuales sino causados*, planeados y ejecutados perfectamente, sin medir las consecuencias que inexorablemente iban a suceder y que hoy estamos sufriendo.

Se denotó desde esos años, una política favorable hacia ciertos sectores de empresarios, que se inició con los bajos controles recaudatorios (malas o nulas inspecciones) y con actitudes permisivas en las relaciones del trabajo siendo este el tercer error causado, que destruyó la Seguridad Social y su financiamiento.

Así se autorizaron contratos laborales sin obligación de contribuciones patronales o con las mismas claramente reducidas; se reconoció como medio de pago los sistemas de tickets alimentarios, los cuales obviamente no formaban parte del sueldo imponible; se aceptó que los trabajadores facturaran su labor habitual eximiendo al patrono de la relación de dependencia, y posteriormente se permitió a los trabajadores autónomos tener otros autónomos en relación de dependencia etc. Se ha calculado que durante el período 1994-1996 el 50% de los nuevos empleos eran con aporte “cero” y no por evadir, sino por la tolerancia de las leyes.

Más allá de lo expuesto, y como si ello hubiera sido poco, a partir de 1994 se redujeron paulatina y sucesivamente todas las contribuciones patronales hasta

llegar a niveles insospechados. Esta actitud aberrante fue justificada con el argumento de que a menor “costo laboral” mayor empleo; nada ha sido más falso que ese argumento; basta mencionar que los índices de desempleo se duplicaron en el período en estudio, al igual que el trabajo informal y el subempleo.

Infinidad de profesionales y especialistas, se manifestaron desde un principio, en contra de la reducción de las contribuciones patronales. Los más renombrados analistas publicaron estudios sobre el colapso recaudatorio e incluso el mismo Secretario de Estado que impulsó la reforma previsional, advirtió de las consecuencias de semejante desfinanciamiento; nadie fue escuchado y se continuó en esa equivocada senda.

La imposibilidad de modificar la política monetaria en defensa del plan de convertibilidad vigente y la poca creatividad del poder económico, generaron este método solapado de mejoramiento en los ingresos de ciertos sectores empresarios, que muchos especialistas titularon como devaluación encubierta.

Estas políticas sectoriales son habitualmente aplicadas sin medir que pasado un tiempo se perjudica toda la sociedad, incluyendo a aquellos que se ha pretendido favorecer.

LO QUE SUCEDIÓ

A mediados del año 1994 se reforma el sistema previsional Argentino, creándose el conocido sistema de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones.

Nadie ignoraba que con la modificación de las relaciones del trabajo y con la baja de contribuciones patronales (todavía en su mínima expresión en esa época), el financiamiento del sistema reformado era un imposible por donde se lo mirara.

Los trabajos actuariales oficiales, con las proyecciones más favorables que incluían aportes totales, baja tasa de desempleo y una evasión de solo el 15% reducida al quinto año al 5%, daban equilibrio financiero en el año 2004.

En cambio los trabajos actuariales de los sectores privados, incluyendo a Organismos Internacionales de la Seguridad Social, no encontraban un punto de sostenimiento en ninguna etapa por más lejana que ésta fuera en el tiempo.

Se sugirió entonces hacer un traspaso paulatino y a largo plazo (modelo adoptado por los alemanes); no efectuar rebajas en las contribuciones patronales, que si bien a ese momento eran escasas, todo hacía prever que se ampliarían; eliminar los llamados contratos basura que alteraban las condiciones laborales etc.; nada fue aceptado ni escuchado. Se continuó con el argumento que el empleo crecería y con ello se financiaría el sistema.

Es muy importante mencionar que en origen, cuando la Ley partió del Ejecutivo al Congreso Nacional, además de los argumentos esgrimidos por aquel entonces sobre desfinanciamiento, falta de equidad, limitada cobertura etc., todo ocasionado por las supuestas malas administraciones del sistema de reparto, se fundamentó la reforma en un hecho que a todos nos pareció más que oportuno: la creación de un importante fondo, que como ahorro interno, sería aplicado al otorgamiento de créditos baratos a muy largo plazo, en favor de las pequeñas y medianas empresas argentinas, carentes hasta ese momento de sistemas crediticios adecuados.

Se fundamentó la reforma en la creación de un importante fondo, que como ahorro interno, sería aplicado al otorgamiento de créditos baratos a muy largo plazo, en favor de las pequeñas y medianas empresas argentinas,

Para ello era menester tener previsto una buena cartera de inversiones disponibles para las Administradoras de Fondos, limitando la posible participación del Estado como tomador de esos fondos, por dos grandes razones: una de ellas era la necesidad de establecer el fondo en favor de créditos para las PyME (según los propios argumentos del Estado), y otra era que si el Estado participaba en el portafolio de inversiones, su permanente desesperación por conseguir dinero, dispararía las tasas y por ende ningún crédito sería barato para las PyME; por otra parte si el mismo Estado supuestamente había destruido el sistema de reparto, mal podía participar como tomador de cartera en el sistema de Capitalización....sino ¿para que lo había privatizado?

Teniendo en cuenta lo antedicho, se trató la Ley previendo en el portafolio de inversiones de las AFJP, que solo podrían invertir en títulos públicos un bajísimo porcentaje de su recaudación. Días después ya ese porcentaje había llegado al 50% por la decisión unilateral del Gobierno, con lo cual el supuesto fondo de ahorro había quedado reducido considerablemente, y el Estado había echado manos a los fondos del sistema que había privatizado según dijo, por sus propias falencias... entonces se repite la pregunta del párrafo anterior...¿Para que se privatizó el sistema previsional?

Lo que sucedió es lo que habían previsto infinidad de profesionales e idóneos en la materia, el nuevo sistema no podía financiarse por sí solo, dado que las obligaciones previsionales históricas perduraban, y los fondos que antes se utilizaban para financiar esas erogaciones no ingresaban más al estado.

En forma paralela la mano de obra ocupada no creció y como contrapartida se redujeron aún más las contribuciones empresarias, siempre con el argumento de que a menor "costo laboral" se lograría el pleno empleo. En verdad todo día tras día se agravó más.

Como si esto fuera poco, se invitó a las Provincias a sumarse al nuevo sistema integrado de jubilaciones y pensiones, con lo cual el Estado Nacional asumió obligaciones presupuestarias de 11 Cajas Provinciales, sin que existiera una igual compensación en los ingresos.

En este cuadro de situación, el Estado recurrió a la inyección de dinero proveniente de diversos tributos, agravando el déficit fiscal, lo que llevó a la necesidad de recurrir a créditos internacionales para subsanar el desfase presupuestario. Por esta causa y no por otra, la deuda externa argentina creció de 80 mil millones de dólares en 1994 a más de 145 mil millones a fines de 2001.

La principal causa de la actual crisis financiera que vive Argentina, originada entre otros motivos por la magnitud de su deuda externa y por los servicios que ella devenga, se debe principalmente a las medidas tomadas en el campo de las relaciones del trabajo y en los Sistemas de Seguridad Social, que desfinanciaron el presupuesto nacional innecesariamente.

En la inteligencia que esta aseveración originará opiniones de diversas características, consideramos adecuado explicar que nos ha llevado a esta conclusión.

EL ESTADO ARGENTINO

A partir de 1991, en la República Argentina se profundizó un esquema más publicitario que real, de un Estado deficiente y sobredimensionado, iniciándose en consecuencia una etapa de privatizaciones por una parte y por la otra comenzaron los tristemente célebres retiros voluntarios, que no eran otra cosa que despidos de personal encubiertos.

Este estudio está orientado hacia el campo laboral y social, y por ende no corresponde emitir opinión sobre las privatizaciones de la época, pero sí debemos decir sobre el resto de las empresas del Estado o para-estatales, que si bien existían algunas estructuras burocratizadas y por ende con recursos humanos innecesarios, otras mayoritariamente estaban en perfecta condiciones de funcionamiento y tanto su tarea funcional como su gasto operativo, estaban dentro de los parámetros normales.

Lamentablemente en este país, primero existe la “*opinión publicada*” y luego la “*opinión pública*”. Por esta situación los Lobby y otros intereses, instalaron en la sociedad este latiguillo de *deficiencia y sobredimensionamiento* a punto tal que en muchos casos hasta los propios empleados que luego fueron afectados, daban la razón a esta campaña más infundada que real. Observemos que pese al tiempo, seguimos recibiendo la información de un Estado elefante que nadie achica, sobre lo cual hablaremos más adelante.

Luego, a partir de mediados de 1995 y hasta la actualidad, apareció el otro gran fantasma de la República “*la corrupción del Estado*”. Al respecto se ha visto con el correr del tiempo, que si bien han existido hechos puntuales y reales de corrupción comprobados, no todo lo que se ha dicho e incluso denunciado ha sido cierto, y

A partir de 1991, en la República Argentina se profundizó un esquema más publicitario que real, de un Estado deficiente y sobredimensionado.

en muchos casos solo ha servido para favorecer al denunciante en desmedro de personas e instituciones.

No escapa al conocimiento de nadie, que actos de corrupción se dan en todas partes del mundo, incluso aparecieron hechos en países del primer mundo; sin embargo, las sociedades están respondiendo con cautela a la espera de los acontecimientos. Si miramos hacia atrás, muchos países han tenido y tienen este flagelo, pero en casi todos los casos la respuesta ha sido moderada e incluso escéptica, donde los pueblos han confiado en los resortes propios de sus democracias, aunque estas estuvieran en crisis moral, como sucede en nuestro país.

En Argentina a diferencia de todos, la difamación gratuita (que además nadie pena judicialmente) ha destruido más de lo que ha ayudado. No se trata de que se permitan actos de corruptela, ni tan siquiera que se sea permisivo con ellos, pero tampoco se puede proponerle a la sociedad que todos los funcionarios estatales son corruptos y que todas las instituciones estatales y de la democracia se prestan para ello.

Esto ha llevado a una *condena social* general realmente injusta, tanto para los trabajadores como para las organizaciones, lo que ha lentificado los procedimientos, precisamente por los temores propios a ser denunciados por simplemente trabajar de la forma más pragmática posible.

No nos olvidemos que técnicamente las decisiones en lo social deben ser rápidas, y la rapidez es enemiga de los controles; por lo cual cuando se privilegian los controles la resolución de un tema por menos conflictivo que este sea, se prolonga por tiempos inmemoriales.

Pero para ser honestos, ninguno de estos tres temas son casuales, *sino un prolijo método de destrucción de las estructuras*, ya que al instalar en la población que todo el Estado es *deficiente*, está *sobredimensionado* y además es *corrupto*, toda la sociedad apoyará la reducción de personal y la eliminación de los organismos.

Solo como ejemplo podemos mencionar la forma de privatización del sistema de Jubilaciones y Pensiones, donde poco se habló del nuevo método a aplicar, sino que el pilar de la discusión social, se basó sobre la deficiencia, el mal manejo y la desaparición de los fondos previsionales del anterior sistema. Así la gente apoyó o simplemente no objetó el cambio. Esa misma gente hoy le reclama al Estado el usufructo de una Jubilación que el Estado privatizó con su apoyo o silencio.

En este país como en cualquier otro, no todo es blanco o negro o bueno o malo, existen puntos intermedios que lamentablemente parece que no podemos identificar; por eso para nosotros criticar severamente a la reforma de la Seguridad

No nos olvidemos que técnicamente las decisiones en lo social deben ser rápidas, y la rapidez es enemiga de los controles.

Social, esencialmente no significa que estamos en contra del actual sistema integrado, tal cual veremos a lo largo de este trabajo.

Pero volviendo a la discusión sobre lo que tenemos instalado en la sociedad argentina en cuanto a nuestro Estado, debemos decir que se atribuye como único mal del país, el gasto público excesivo y el déficit fiscal, por ese sobredimensionamiento del cual aún y pese al gran “achique”, se sigue hablando.

EL GASTO PÚBLICO Y EL DÉFICIT FISCAL

Salvo rara excepciones, toda la clase política culpa al gasto público por todos los males que sufrimos. Esto es una liviandad de los dirigentes, que pretenden correr por la misma senda de la opinión pública, (influida por la opinión publicada). En cambio nosotros, no vemos que este sea el motivo de los problemas del país, y menos aún la causa del *default*.

En términos absolutos, y en pesos corrientes, el gasto público nacional, incluidas las transferencias a las Provincias por coparticipación, pasó de casi 32.000 millones en 1991 a 61.000 millones en el año 2000. Así visto estos guarismos representan un 95% de aumento en el gasto.

Sin embargo, para que las comparaciones sean válidas, ya que los precios y la economía crecieron, debemos medir la evolución del gasto público total (GPT) como porcentaje del Producto Bruto Interno (PBI). En esta correcta medición, observamos entonces que el GPT en 1991, representaba el 19.26 % del PBI, pasando a representar el 21.43% para el 2000, así el crecimiento del gasto fue solo del 2.17%.

En los últimos años, a partir del efecto “tequila”, la crisis del sudeste asiático, de Rusia y de Brasil, crecieron sustancialmente las tasas de interés sobre la deuda externa de los países emergentes, agravándose recientemente por la modificación de las calificaciones del “riesgo país”.

Así los intereses de la deuda externa, independientemente del origen de la misma que analizaremos más adelante, crecieron en puntos que es imposible de analizar por lo complejidad de las sucesivas renovaciones de esa deuda, pero si la medimos sobre su incidencia contra el PBI, veremos que subió del 1.3% al 3.13% entre 1991 y 2000 es decir un 141% de aumento.

Entonces debemos separar los servicios de la deuda pública del gasto público, llevando este último a su correcta definición: “Gasto Público Primario” (GPP) . Midiendo el GPP (es decir el gasto total menos los intereses de la deuda) observamos que en 1991 el GPP representaba el 17.95% del PBI a valores

En los últimos años crecieron sustancialmente las tasas de interés sobre la deuda externa de los países emergentes, agravándose recientemente por la modificación de las calificaciones del “riesgo país”.

constantes, mientras que en 2000 ese GPP representó el 18.30 % del PBI, con lo cual el Gasto Público Primario solo creció el 0.35% en nueve años.

Como vemos a simple vista, el déficit fiscal y el gasto público, de modo alguno pueden ser adjudicables a un Estado deficiente por su administración básica, sino a decisiones del poder económico que ocasionaron recurrir al uso del crédito externo, sin ninguna razón fundada ni en la historia ni en los hechos.

Como el presente trabajo parte de las modificaciones operadas a partir de mediados del año 1994, en el cuadro siguiente se podrá observar con mayor precisión, el crecimiento de los servicios de la deuda, contra el gasto público primario e incluso cómo ese GPP disminuyó en el lapso 1995 - 2000.

También se podrá ver el crecimiento de la utilización del crédito externo, y comparaciones contra dos distintas mediciones del PBI.

Del cuadro siguiente queremos rescatar dos guarismos: entre 1995 y 2000 el gasto público primario a valores constantes como incidencia sobre el PBI disminuyó en un -2.13%, mientras los servicios de la deuda externa (intereses) crecieron en un +105.80% para el período.

Si bien todo hacía prever que los vencimientos de los servicios de la deuda para el año 2001 rondarían los 20.000 millones de dólares, debemos decir que las diversas operaciones de canje de bonos de la deuda externa, más modificaciones internas del sector financiero y aportaciones provenientes de España, BM y BID, más el actual *default*, nos hace imposible extender el cuadro siguiente hasta el año 2002, por no conocerse ni aproximadamente los servicios de la deuda que no pagamos por el momento. Obviamente que existen datos oficiales para esa época y para períodos posteriores, pero a nuestra opinión, al menos por el momento dicha información aparece con poco sustento.

Como detalle final vale la pena mencionar que, al revisar la ejecución presupuestaria del gasto público a valores constantes, se denota que lo que se ha reducido realmente es el gasto de funcionamiento del Estado, ya que las transferencias a las Provincias se mantuvieron en los mismos niveles e incluso subieron los aportes a las universidades. No escapa a nuestro entender, que en ciertos momentos de equilibrio y de bonanza del país, se podría haber reducido muchísimo más el gasto público, pero de no equivocarnos, eso no hubiera sido la solución mágica a los problemas que hoy tenemos.

Por todo lo expuesto, queda perfectamente demostrado entonces que el déficit fiscal que venimos sufriendo durante años, de modo alguno puede ser atribuible al exceso del gasto público, reiterando que la verdadera causa del desfinanciamiento presupuestario, fueron las alteraciones sufridas en el área recaudatoria y de recursos

Como vemos a simple vista, el déficit fiscal y el gasto público, de modo alguno pueden ser adjudicables a un Estado deficiente por su administración básica, sino a decisiones del poder económico.

El déficit fiscal que venimos sufriendo durante años, de modo alguno puede ser atribuible al exceso del gasto público.

GASTO PÚBLICO TOTAL Y PRIMARIO - SERVICIOS DE LA DEUDA - RELACION CON EL PBI							
En Millones de pesos							
Año	1995	1996	1997	1998	1999	2000	crecimiento %
Gasto Público Total - GPT	52574,6	54503,6	57718,4	60012,9	63662	61100,9	
Servicios de la deuda - SD	4336,7	4235,9	5702,6	6680,9	8271,9	8928,4	105,80%
Gasto Público Primario - GPP	48237,9	50267,7	52015,8	53332	55390,1	52172,5	8,15%
<i>Total erogaciones por servicios de la deuda externa 38156,4 millones</i>							
Uso del crédito externo	5827,7	8340,2	5783,3	11368	9277	9468,9	62,48%
<i>Total del uso neto del crédito externo 50065,1 millones</i>							
PBI a valores constantes	258032	272150	292859	298948	283260	285045	
Relación GPP - PBI	18,69%	18,47%	17,76%	17,84%	19,55%	18,30%	(- 2,13%)
PBI a precios de 1993	243186	256626	277441	288123	278369	276173	
Relación GPP - PBI	19,83%	19,59%	18,75%	18,51%	19,90%	18,89%	(- 4,97%)
Relación SD / PBI	1,68%	1,55%	1,95%	2,23%	2,92%	3,13%	53,67%

de la Seguridad Social, producto de los cambios acaecidos en el sistema laboral y social argentino, donde solapadamente se favoreció a algunos sectores, en desmedro de la población en general.

LOS CAMBIOS EN LAS RELACIONES DEL TRABAJO, EN LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL IMPACTO EN LOS SISTEMAS DE RECAUDACIÓN

Tal cual lo dicho a lo largo del presente estudio, en la República Argentina las relaciones del trabajo sufrieron varias modificaciones que alteraron años de historia en la materia. En ninguna época se cambiaron las obligaciones del contrato de

*La flexibilidad
laboral permitió la
informalidad y
favoreció el
subempleo.*

trabajo a los niveles sufridos entre 1994 – 2001, que hasta donde conocemos, nuestra “creatividad” para modificar los aportes y contribuciones, es record a nivel internacional. La flexibilidad laboral, como la dieron en llamar, más que eso fue la impunidad laboral que permitió la informalidad y favoreció el subempleo.

El argumento de “a menor costo laboral mayor empleo” no era una fórmula comprobada en ninguna parte del mundo. Tampoco fue aplicable el hecho de que al abaratar la mano de obra, la “Argentina sería más competitiva internacionalmente”. Para ambas situaciones, basta ver las letales estadísticas de fines del 2001, donde no había trabajo ni éramos competitivos. En una economía en recesión, por más “barato” que salga un trabajador, para que se lo necesita si la actividad esta en vías de desaparición. Recién a mediados de 2002, la actividad económica empezó a recuperarse, luego de una gran devaluación, que tiene que ver con costos empresarios y no con costos laborales.

Es bueno recordar lo dicho por la OIT en su informe sobre el trabajo en el mundo del año 2000: “Las cotizaciones a la Seguridad Social y los impuestos sobre rentas del trabajo, no repercuten a largo plazo sobre el empleo” y también “advierde claramente que las predicciones alarmistas acerca de los costos de la Seguridad Social son injustificadas”.

Hoy es imposible saber qué hubiera sucedido si con una buena política de Estado para el comercio nacional e internacional, se hubieran reducido las contribuciones solo para las PyME de economías regionales o fabricantes y productores de mercaderías de exportación. o a la inversa, también es imposible medir el impacto en las tasas de empleo si no se hubieran producido las ventajas que se produjeron.

En suma, esto puede ser materia de debate, *pero lo cierto es que las cosas se hicieron mal o no se hicieron*, y la realidad muestra un fracaso rotundo en la recaudación, debido a la mala política sobre contribuciones patronales, desde las tasas impositivas y hasta los controles aplicados. *Podemos resumir entonces que cinco grandes rubros perjudicaron los sistemas de recaudación:*

1. La transferencia de la recaudación y sus controles, a un ámbito distinto de la Seguridad Social, que básicamente no sabe de que se trata, ni le interesa esa materia. Esta conclusión la hacemos con total seguridad, pues basta ver los procedimientos aplicados por la ex DGI hoy AFIP, tanto para recaudar como para supervisar e inspeccionar las relaciones del trabajo.
2. La flexibilización laboral que fomentó la informalidad y el trabajo encubierto y/o en negro.
3. Las contribuciones patronales que en 1994 eran del 33% de la nómina salarial, en promedio llegaron a bajar hasta el 18.5%, según fuese la zona que se tratase.

4. Las transferencias de once Cajas Provinciales, casi todas ellas deficitarias, ocasionaron y ocasionan una pérdida que ronda los 2.000 millones anuales.
5. La pérdida de recaudación por la aplicación de la Ley 24241, por la cual desde julio de 1994, los aportes al sistema de jubilaciones y pensiones, se comenzaron a derivar a las AFJP.

Si bien esto es una transferencia de obligaciones en el tiempo, ya que el Estado en el futuro no se verá obligado a pagar esas prestaciones, lo cierto es que al momento que se trate, hay una pérdida de recursos reales.

A tal punto se perdieron recursos, que se recurrió a “tomar” los fondos de las AFJP transformándolos en deuda pública. Dado que estos títulos fueron y serán materia de canje de deuda, sufrieron los avatares de todo el endeudamiento externo, y esos montos, para este trabajo, forman parte de la deuda total que expresamos en los distintos cuadros.

Este desfinanciamiento que ocasionó un déficit fiscal más que importante obligó al Estado a varias cosas:

- A) Recurrir a las reservas de la nación.
- B) Tomar mayor endeudamiento interno y externo.
- C) Crear nuevos recursos impositivos y de Caja.

Sobre el primero de los casos, no es posible estimar qué porcentaje de la baja de reservas pueden ser aplicables a este desfinanciamiento, pero no hay ninguna duda que en varias oportunidades, sobre todo en los años 2000 y 2001, se recurrió a ellas. En cuanto a la mayor utilización del crédito externo, basta repasar el cuadro expuesto más atrás, donde solo entre 1995 y 2000 el uso del crédito externo trepó en un 62.48%.

En cuanto al punto “C” debemos decir que para compensar la falta de ingresos en marzo de 1995 se subió el IVA del 18% al 21% y se restituyeron las contribuciones patronales. Luego en el mes de octubre de ese mismo año se volvieron a bajar las contribuciones empresariales y las posteriores autoridades siguieron en la misma senda reduciéndolas aún más.

Aunque desde 1992 los haberes previsionales estaban congelados, en 1995 se aplicó la ley de Solidaridad Previsional, fijando un techo de \$ 3100 para las Jubilaciones, aunque correspondiera una cifra mayor por aportes reales. Se suprimió además el ajuste semestral de la Prestación Básica Universal. (PBU) que se usa como beneficio general de las personas, al momento de jubilarse.

Dado que estos títulos fueron y serán materia de canje de deuda, sufrieron los avatares de todo el endeudamiento externo, y esos montos, para este trabajo, forman parte de la deuda total que expresamos en los distintos cuadros.

Luego se extendió los alcances del IVA en dos gestiones distintas. Por otra parte se redujo el mínimo imponible de ganancias, se subió la alícuota de los impuestos internos y aumentaron las cuotas de los trabajadores independientes.

Como nada alcanzaba en el año 2000 se redujeron los sueldos de empleados públicos y se recortaron las jubilaciones. En el 2001 se creó el impuesto a las transferencias financieras y en mayo de ese año se volvió a extender el IVA. Durante toda esta etapa, se obligó a las AFJP a comprar títulos públicos, con lo cual tomamos prestado lo que antes teníamos en Caja.

Así y todo, jamás se pudo recuperar lo perdido por la reducción de contribuciones y por la transferencia a las AFJP de los aportes previsionales

Como se verá, la recaudación impositiva, con el tiempo pasó a depender básicamente de impuestos al consumo y de las personas en relación de dependencia, lo que transforma al sistema tributario en regresivo, ya que casi el 60% de los ingresos depende de estos dos factores.

Si miramos los países del primer mundo, ellos basan su recaudación en gravar el patrimonio y las ganancias personales, y por ende sucede a la inversa nuestra, casi el 60% de la recaudación se debe a esos dos factores: tasas impositivas sobre las riquezas.

También queremos echar por tierra con aquella vieja queja de que la presión tributaria de este país es excesiva, ya que cuando se la compara como porcentaje del PBI, ciertamente nos mantenemos por debajo de los estándares internacionales (Argentina 20.9%), incluso menos que Brasil (29%) y que Chile (21.19%), para citar dos vecinos del MERCOSUR. Ni que hablar de Suecia 53.8% o Francia 43.8%. Incluso Estados Unidos tiene una presión tributaria mayor que la nuestra, superando el 28%.

Todos estos detalles solo hablan de lo impositivo, faltando agregar que también se recurrió a otras acciones técnicas para generar disponibilidad de caja, como por ejemplo la modificación del encaje bancario y del fideicomiso de las AFJP .

Tal cual vimos en el cuadro anterior, todo en conjunto no alcanzó para equilibrar las cuentas, con lo cual refinanciamos deuda y solicitamos nuevos créditos internacionales, que al afectarse las tasas para los países emergentes por el efecto tequila la crisis rusa y del Sudeste Asiático, todo elevó la masa de obligaciones y por ende el déficit fiscal por la falta de recursos.

A esta altura queremos exponer gráficamente el crecimiento de la deuda externa durante el período en análisis.

En el 2001 se creó el impuesto a las transferencias financieras y en mayo de ese año se volvió a extender el IVA. Durante toda esta etapa, se obligó a las AFJP a comprar títulos públicos, con lo cual tomamos prestado lo que antes teníamos en Caja.

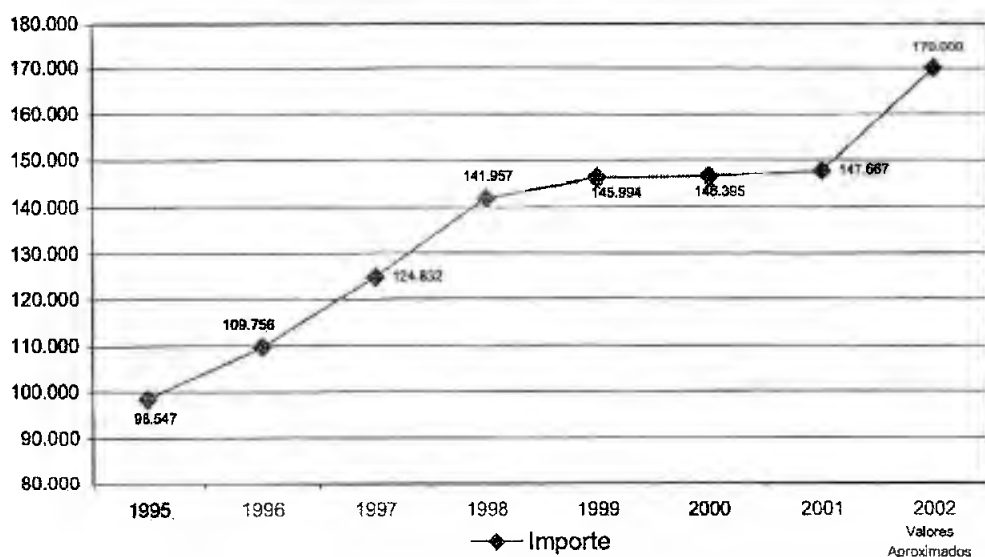
Todo en conjunto no alcanzó para equilibrar las cuentas, con lo cual refinanciamos deuda y solicitamos nuevos créditos internacionales, que al afectarse las tasas para los países emergentes por el efecto tequila la crisis rusa y del Sudeste Asiático.

Aquí se observa perfectamente el crecimiento de la deuda, que hemos desarrollado a lo largo de este trabajo. Poco huelga decir sobre el incremento desmedido de nuestras obligaciones externas, producto del desfinanciamiento analizado.

Siendo reiterativos, corresponde informar que datos oficiales de junio de 2003 dan valores de endeudamiento distintos a los aquí expuestos, pero hasta que no se establezcan conversaciones serias de refinanciamiento, toda estimación oficial, al menos para nosotros, por el momento no es adecuada para volcar datos precisos.

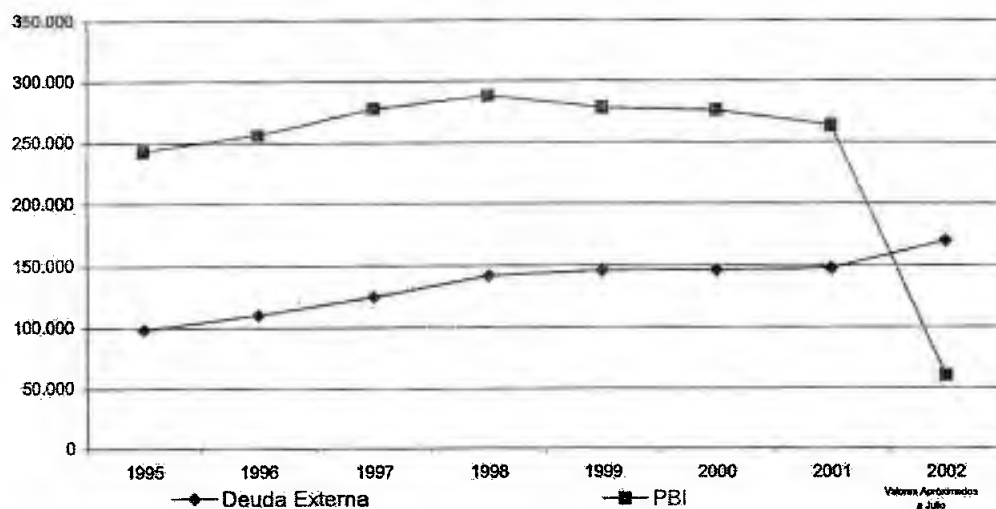
Tal cual lo hemos hecho en todos los casos, corresponde comparar esta deuda contra el PBI pues esa es la única ecuación valedera: *medir el crecimiento interno contra el endeudamiento.*

Deuda externa en millones de dólares



Este cuadro muestra que durante algunos períodos, pese incluso a que la deuda crecía, el PBI se mantenía en una relación más que aceptable con respecto a las obligaciones externas.

Relación PBI - Deuda Externa en millones de Dolares



En realidad, hay infinidad de países que, cuando Argentina tenía una deuda externa equivalente al 50 % del PBI, estaban muy por encima de esos guarismos: Ecuador 125%, Rusia 119%, Bulgaria 105% Brasil 73% etc.

Es decir que el inconveniente no estaba en “la deuda” para esos tiempos, sino que para un país emergente como el nuestro, con tasas internacionales altas, el riesgo real estaba en dos puntos claramente definidos:

- a) Que se solicitaran nuevos préstamos para financiar el déficit propio y para afrontar vencimientos, y
- b) que atento a la fragilidad y desconfianza de los mercados, se produjeran devaluaciones que tornaran impagable la deuda externa.

En Argentina ambos supuestos se dieron y miremos en el cuadro, como nuestra deuda en julio del 2002, supera al PBI en más de tres veces. Sucede que para este año, para las comparaciones no solo hay que convertir el PBI de pesos a dólares, sino que además el Producto Bruto Interno cayó más del 16%.

Debemos decir a ciencia cierta, que actualmente la condición del PBI ha mejorado, por la propia cotización del dólar, y por un recupero de la actividad, pero tal cual dijimos al principio, por ahora no podemos brindar una información fidedigna. La exposición de estos cuadros, al igual que las consideraciones previas volcadas en este apartado, referido al impacto recaudatorio originado en las reformas de las relaciones del Trabajo y en la Seguridad Social, entendemos importante hacerlas para posicionarnos mejor en los escenarios siguientes.

Sabiendo a esta altura que fueron cinco los elementos que causaron la pérdida de recaudación realizamos dos estudios con idéntico fin, pero de distintas fuentes.

En primer lugar, trabajamos sobre datos surgidos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, de la Administración Federal de Ingresos Públicos, de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y de otros datos públicos, para evaluar en concreto cuanto perdió de recaudar el sistema en su conjunto, si no se hubieran realizado las modificaciones explicadas.

Así, el cuadro que sigue refleja los movimientos de la recaudación por aportes y contribuciones desde el año 1994 hasta un estimado a junio 2002. Luego claramente se observa los montos transferidos al sistema de AFJP, la pérdida de recaudación por reducción de contribuciones en su totalidad y de aportes para noviembre 2001 – junio 2002, y el déficit acaecido por la transferencia de once cajas provinciales.

El total de los recursos perdidos por el sistema de Seguridad Social, suman sesenta y tres mil doscientos noventa y nueve millones de pesos o dólares, ya que salvo los últimos meses, en todo el resto del período analizado, existía la Ley de Convertibilidad (1\$ = 1US)

RECAUDACIÓN APORTES Y CONTRIBUCIONES - Transferencias - Reducción de contribuciones										
En millones de pesos (o dólares 1994 hasta Noviembre 2001)										
AÑO	94	95	96	97	98	99	2000	2001	2002	PERDIDA TOTAL
RECAUDACION POR APORT Y CONT.	13896,8	14039,2	12561,6	13827,3	14171,7	13134,5	12919,1	11861,5	4059,8	
TRANSPERIDO PARA AFJP	807,2	2357,6	3082,8	3721,6	4187,8	4387,1	4341,2	4344,3	917,2	28146,8
PARA ANSES	13089,6	11681,6	9478,8	10105,7	9983,9	8747,4	8577,9	7517,2	3142,6	
<i>No incluye Obras Sociales</i>										
<i>El año 2002 es estimado a Junio</i>										
RECAUDACION SIN REDUCCIONES	14223,1	15050,4	13871,3	17033,8	17258	17510,7	18360,3	14416,3	4959,4	
PERDIDA POR REDUCCIONES	326,3	1011,2	1309,7	3206,5	3086,3	4376,2	5441,2	2554,8	899,6	22211,8
<i>A partir de mitad del año 2001 se normalizaron diversas contribuciones al sistema</i>										
<i>A partir de noviembre de 2001, se redujo el aporte trabajador a las AFJP en seis puntos el año 2002 es estimado a Junio</i>										
CAJAS PROVINCIALES TRANSFERIDAS	123	439,3	1444	1965	2006	2020	1979	1975	990	12941,3
<i>El año 2002 es estimado a junio</i>										
TOTAL DE LOS RECURSOS PERDIDOS POR LA SEGURIDAD SOCIAL 63299,90 MILLONES										

Si bien este cuadro refleja la estricta realidad de la situación, obviamente faltaban conocer dos números más que importantes: por un lado cuáles son los ingresos recaudatorios provenientes de otros tributos a la Seguridad Social y rentas generales; como además la necesidad de establecer las erogaciones corrientes del sistema.

Para tal fin se recopiló información de la Administración Nacional de la Seguridad Social - ANSES y también se utilizaron datos de un trabajo profesional publicado en el 2001.

La intención principal era poder verificar realmente si los datos oficiales, una vez ejecutado el presupuesto anual respectivo, era coincidente con los trabajos de investigación realizado por nosotros. Los datos obtenidos no solo corroboran nuestros trabajos, sino que de no haberse aplicado los cambios en cuestión, *hubiera existido un superávit en el sistema de casi treinta mil millones de pesos o dólares.*

Lamentablemente la situación actual, además de todos los perjuicios descriptos hasta el momento, denota un déficit acumulado de treinta y dos mil millones de pesos o dólares. Estos dos últimos guarismos, surgen de observar que de no haberse perjudicado la recaudación de la forma que hemos visto, el ANSES hubiera obtenido casi sesenta y dos mil millones de dólares más de ingresos.

EVOLUCION DE LOS INGRESOS Y DE LOS EGRESOS DEL ANSeS									
CASO 1: Escenario Real									
CIFRAS EJECUTADAS POR EL SISTEMA CON REDUCCION DE CONTRIBUCIONES, CON TRANSFERENCIAS									
A LAS AFJP Y CON LAS CAJAS PROVINCIALES TRANSFERIDAS									
En millones de pesos									
AÑO	94	95	96	97	98	99	2000	2001	2002
RECAUDACION POR APORT Y CONT.	13089,7	11681,6	9202,2	10237,8	9915,6	9027	8816,5	7517,2	3142,6
INGRESOS TRIBUTARIOS Y OTROS	3539	3477,4	4124	6122,7	6456,8	6091,7	6782,4	5782,23	2417,28
EROGACIONES CTES Y DE CAPITAL	18039,4	18013,8	19028,3	18777,9	18838	18979,2	19123,5	19123,5	9561,7
SALDO REAL DEL EJERCICIO	-1410,7	-2854,8	-5702,1	-2417,4	-2465,6	-3860,5	-3524,6	5824,07	4001,82
* Los aportes y contribuciones son sobre trabajadores dependientes y autónomos									
* Los ingresos tributarios son por impuestos destinados a la Seguridad Social, otros no tributarios y recursos por rentas. * Las erogaciones corrientes y de capital son las jubilaciones, pensiones, asignaciones no contributivas, comisiones de OPP, subsidios y Asig. Familiares, Fdo de empleo, INSSJP y gtos de operación y capital * Los valores de los años 2001 y 2002 son aproximados									
* El año 2002 es estimado a junio									
* Déficit del sistema en este ejemplo real \$ - 32061.59									
CASO 2: Escenario Figurado									
CIFRAS POSIBLES SIN REDUCCION DE CONTRIBUCIONES, SIN TRANSFERENCIAS									
A LAS AFJP Y SIN LAS CAJAS PROVINCIALES TRANSFERIDAS									
AÑO	94	95	96	97	98	99	2000	2001	2002
RECAUDACION POR APORT Y CONT.	14124,5	14733,2	13997,2	16486,1	16393,7	17027,1	17822,7	16391,3	4132,6
INGRESOS TRIBUTARIOS Y OTROS	3539	3477,4	4124	6122,7	6456,8	6091,7	6782,4	5782,23	2417,28
EROGACIONES CTES Y DE CAPITAL	17916,1	17574,5	17584,8	16812,7	16832,2	16959,1	17144,3	17144,3	8057,68
SALDO REAL DEL EJERCICIO	-252,6	636,1	536,4	5796,1	6018,3	6159,7	7460,8	5029,23	-1507,8
* Los guarismos guardan los parámetros del punto anterior con el agregado que son sin reducciones, sin transferencias de AFJP y sin cajas Pciales. * Superávit del sistema en ejemplo 2 - \$ + 29876.23									

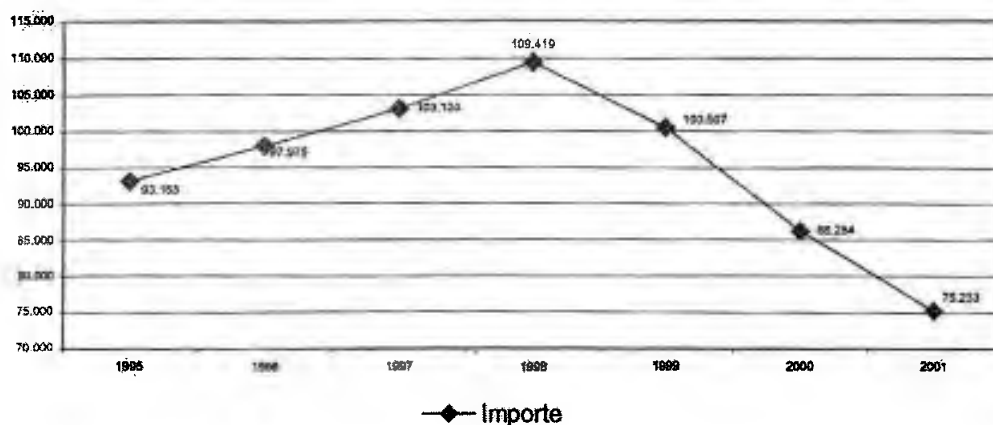
Vemos del análisis de los gráficos precedentes, que en ambos casos si no se hubieran reducido contribuciones, no se hubieran transferido cajas provinciales y finalmente si se hubiera mantenido el sistema previsional de reparto, la recaudación al régimen sería superior en algo más de 60.000 millones de dólares, lo cual hubiera permitido un superávit de casi 30.000 millones.

Corresponde ahora preguntarnos qué hubiera sucedido con nuestra deuda externa, de haberse dado este supuesto.

Para ello hemos tomado cada valor anual del escenario figurado de recaudación total sin transferencias, y le hemos aplicado un interés anual del 5%. Este interés que debería ser alto para negociaciones internacionales, es increíblemente bajo, si tenemos en cuenta que hemos refinanciado deuda a tasas del 14% sin considerar el pago de comisiones de los canjes.

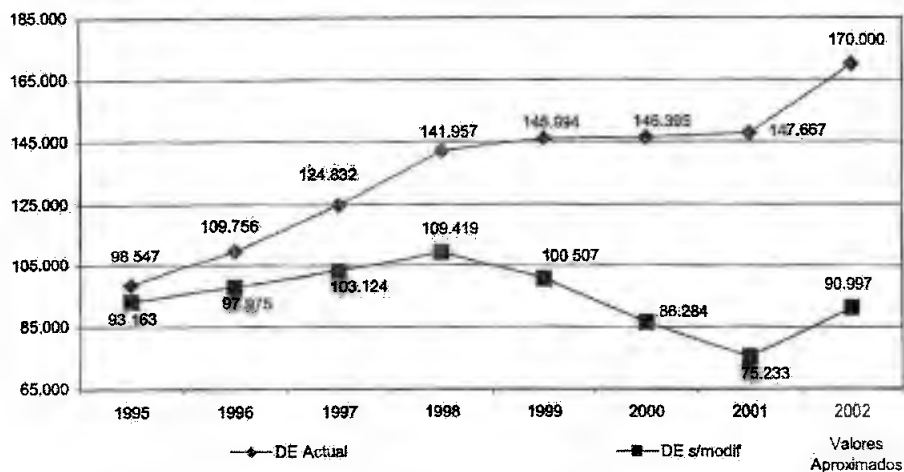
Así hemos proyectado en el tiempo esos cálculos año tras año, respetando claro está el resto de la estructura de la deuda, según el cuadro expuesto antes, lo cual ha arrojado el siguiente resultado:

Deuda externa en millones de dólares sin pérdidas en el sistema de Seguridad Social



Para una mejor visión comparada, exponemos a continuación un gráfico donde se exhiben los dos escenarios: el actual y el figurado sin las alteraciones en la recaudación del sistema de Seguridad Social.

Comparativo sobre la Deuda Externa



El cuadro precedente, expresado en millones de dólares, muestra por una parte la situación actual de nuestras obligaciones externas, y por otra representa el escenario supuesto, de cómo nos encontraríamos actualmente, de no haberse producido los cambios que cuestionamos.

De haberse dado este escenario, no hubieran crecido nuestras obligaciones para el 2002 de la forma que incluso se exhibe en el gráfico.

Entendemos que muchos cuestionarán estos resultados, argumentando que el origen de la deuda es variado; ello es cierto solamente en parte, pues si bien se tomaron obligaciones con anterioridad a 1994 que impactaron en los años subsiguientes, distinta hubiera sido la situación de no haberse recurrido tanto a los organismos internacionales, solicitando créditos para solventar el déficit y para renegociar obligaciones impagables.

Concluyendo; queda demostrado que de no haberse producido los cambios en las relaciones del trabajo y en la Seguridad Social, que destruyeron las recaudaciones desfinanciando al Estado, hoy seguramente en vez de discutir una ayuda externa solo para evitar el conflicto social, estaríamos calificados como un país "investment grade" con todo lo que ello implica.

Esta manifestación no debe ni puede tomarse como una posición exagerada de los responsables de este estudio, sino que la misma se basa en los antecedentes que presentamos hasta el año 2002, y en una realidad local e internacional, que no hace más que corroborar estas pragmáticas definiciones.

A esta altura del informe, merece mencionarse que de los estudios presentados, ha surgido un dato más que importante, ya que como se ha visto de la aplicación de los cuadros anteriores, en el cual se expone el presupuesto ejecutado por el ANSeS, en un escenario sin las modificaciones al sistema de recaudación y al de Seguridad Social, se produce un excedente económico en el período 1994 / 2002 de casi 30 mil millones de pesos, con lo cual se podría haber sostenido sin dificultad alguna, el sistema de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones.

Hasta aquí hemos tratado globalmente la coyuntura social en donde se dieron las reformas y el manejo de la información pública que favoreció los cambios, sembrando dudas y desprestigio al sector público, más allá de la verdad o de lo necesario.

También hemos analizado el verdadero gasto público y su incidencia en el PBI y el endeudamiento externo con idéntica comparación.

Vimos detalladamente el efecto de malas medidas sobre el régimen recaudatorio y sobre el sistema laboral argentino, donde se favoreció a ciertos sectores en desmedro de otros, utilizando falsos argumentos no comprobados en ninguna parte del mundo.

Si bien se tomaron obligaciones con anterioridad a 1994 que impactaron en los años subsiguientes, distinta hubiera sido la situación de no haberse recurrido tanto a los organismos internacionales, solicitando créditos para solventar el déficit y para renegociar obligaciones impagables.

Y finalmente expusimos cuadros comparativos, analizando los efectos de las medidas y qué hubiese pasado si estas medidas no se hubieren aplicado.

Esta primer parte del trabajo, pretende posicionar al lector en le marco general de la situación, correspondiendo ahora dedicarnos específicamente a las ramas de la Seguridad Social y a que sucedió con cada una de ellas en esta coyuntura.

El sistema de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones

Con el fin de mantenernos dentro de las mismas fechas límites de este trabajo, debemos decir que el sistema de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones, ha recibido transferencias a junio del 2002, por aproximadamente 28.000 millones de pesos. A su vez, la Superintendencia del sector, informa que los fondos del sistema llegaban en esa época a 33.000 millones, con una rentabilidad histórica a términos reales del 10.6%.

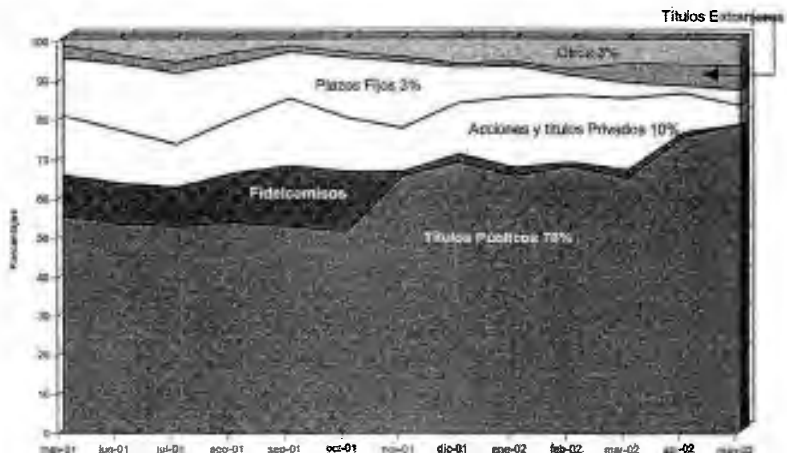
Si bien esta información en valores técnicos es verídica, consideramos por el momento una utopía poder establecer el valor real de las inversiones, toda vez que más del 78% de su portafolio ha sido tomado por el Estado, el cual está en *default*.

También a nuestro criterio, poco importa hoy si el Gobierno reconoce en dólares los bonos en poder de las AFJP, pues a ciencia cierta la cotización de esos bonos tendrá que ver más con la situación argentina en la economía mundial, que con una decisión local. Por ello insistimos que es una utopía poder hablar de cuántos recursos poseen hoy las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones.

De todos modos lo que este estudio pretende demostrar es otra cosa, por ello iniciaremos este punto, exponiendo como ha variado la situación de las inversiones de las AFJP.

La cotización de esos bonos tendrá que ver más con la situación argentina en la economía mundial, que con una decisión local.

Portafolio de Inversiones de las AFJP



El gráfico permite ver a un Estado que capturó para sí, los fondos que antes había privatizado argumentando su propia falencia, lo cual es un error a todas luces ya que:

- El Estado como principal tomador de fondos, dispara tasas internas insostenibles para cualquier operación privada local.
- El pago de altas tasas locales también repercute en los créditos externos y en los canjes de los mismos.
- **Utiliza** fondos previsionales para otros fines distintos, solventando así su propio déficit.
- Retiene capitales que acompañan el riesgo país, como ha sucedido finalmente.
- Distorsiona todo el sistema de capitalización en cuentas individuales, por estatizar lo privado.
- Crea incertidumbre entre los aportantes al régimen, ya que independientemente de los informes que brindan las Administradoras, nadie puede estimar en verdad, cuanto va a cobrar el día que se jubile.

El proyecto de Ley inicial permitía al Estado tomar muy pocos fondos del sistema. Rápidamente se modificó para que se invirtiera en títulos públicos el 50% del portafolio. Hoy, a nueve años de la reforma previsional, el Estado tiene tomado el 78% de la cartera, y por consiguiente esos recursos siguen la misma suerte que el Estado argentino, entonces volvemos a la pregunta del principio... ¿Para qué se privatizó?... ¿Para pagar comisiones a las Administradoras?... ¿Para luego de descontada esas comisiones, tomar prestado los fondos a altas tasas?

Hacemos especial hincapié en este tema, pues al momento de privatizarse el sistema, se esgrimía como principal motivo, la deficiente administración de los fondos por parte del Estado; sin embargo, ahora el Estado sigue siendo el principal responsable del desastre del sistema privado, pero con más costo, pues debe pagar intereses sobre fondos que antes tenía y también es perjudicial para el trabajador, toda vez que capitaliza menos que en reparto, producto del descuento de las comisiones que perciben las administradoras.

En suma, hay más argumentos ahora que en 1994 para volver a cambiar el sistema, pero esto no es culpa de las Administradoras, toda vez que ellas se vieron obligadas por el Estado, a realizar este tipo de inversiones.

Cuando un sistema previsional de reparto es traspasado a un régimen privado de capitalización, el Estado debe solo controlar los desvíos y no desviar al sistema con sus errores. Nada impide que cada Estado sea tomador de parte (y solo parte) de los fondos de reserva, para orientarlos a actividades productivas y otras específicas, pero de modo alguno se pueden utilizar esos fondos para cubrir un déficit fiscal, originado por esa misma medida.

Ahora el Estado sigue siendo el principal responsable del desastre del sistema privado, pero con más costo, pues debe pagar intereses sobre fondos que antes tenía.

En realidad nosotros no opinamos desfavorablemente del sistema de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones, salvo de algunos aspectos que creemos importante mencionar.

En nuestro país, las comisiones reales que perciben las AFJP rondan el 30% del monto recaudado, un número más que significativo en cuanto a la incidencia sobre los ahorros de los futuros beneficiarios.

Las administradoras esgrimen que al cubrir los servicios de invalidez y muerte, los seguros son extremadamente caros, y en realidad solo es muy poco lo que se destina a gastos o comisiones operativas.

Al respecto nuestra opinión es que los seguros son caros, pues las Administradoras están todas aseguradas en su Banco de origen, por esa clase de acuerdos no escritos, donde al momento de recibir cotizaciones para este rubro, siempre “por casualidad” la mejor oferta es la propia. Sin dudas esto hace pensar también, en un mercado cautivo que controla los costos a ofertar.

Las administradoras esgrimen que al cubrir los servicios de invalidez y muerte, los seguros son extremadamente caros.

Debemos modificar el sistema de seguro que requieren las AFJP, produciendo una reducción de estos costos, que a la postre significarán más ahorro para los futuros jubilados y pensionados. También, al menos en la Argentina, las AFJP muestran que en otros países con los mismos valores de gastos, no se otorga el beneficio de invalidez y muerte, quedando esto en manos del Estado que se trate; pero obviamente eso no es materia de discusión para nosotros, pues se trata de nivelar para arriba y no para abajo, y por otro lado, el objetivo final debe ser la persona, y no otros intereses ajenos a ello.

Además somos críticos de la forma de percibir esas altas comisiones, ya que las mismas tienen que ver directamente con el salario, lo que hace despreocupar al sistema privado de cómo defender esos ingresos. Sin duda esto hay que cambiarlo, y establecer un parámetro, donde las comisiones se cobren en base a la rentabilidad de los fondos, y no antes de que la plata de los trabajadores ingrese a su cuenta individual.

Otro tema que es muy preocupante en nuestro país, es que el otorgamiento de la invalidez para una persona, está en manos de una junta médica controlada por las propias Administradoras privadas, con lo cual lamentablemente al día de hoy, aprobar una invalidez, es casi un milagro.

No se trata de proponer que se beneficie injustamente una persona por una discapacidad que no tiene, se trata de ser estrictamente justo, cosa que no está sucediendo en este país. La mayoría de los beneficiarios que reciben alta por invalidez, son del viejo sistema de reparto que aún perdura, pero del sistema de capitalización, casi nadie logra llegar a buen término con su trámite.

Esto por supuesto ocasiona una larga litigiosidad, difícil de dirimir, y que en nada sirve a la persona afectada; por ello estamos en el convencimiento, que la participación del Estado en esta parte del sistema, debe ser mayoritaria y con un alto grado de sensibilidad social.

Tampoco vemos que el sistema privado en Argentina sea rápido, eficiente y eficaz al momento de otorgar una prestación, sino por el contrario en muchos casos, es tan tortuoso como lo era el sistema de reparto en su momento.

En suma lo que se denota en algún aspecto, es la falta de compromiso social por parte de las Administradoras de Fondos, como tampoco se observa que este sistema sea solidario en algún aspecto.

Dicho así parecería dudoso poder lograr desde un sector privado, compromiso social y solidaridad social, pero creemos que se pueden iniciar acciones tendientes a solucionar estos aspectos, siempre claro está, que el Estado sea el primero en impulsar esos objetivos. Finalmente existen temas propios del país, que están pocos claros en las normas, como ser la afectación de los trabajadores independientes en el sistema privado, reconocimientos de servicios etc. pero ello es ocasionado por falencias al momento de resolución de los temas, que esperamos se allanen con el tiempo.

Como se podrá observar en estos puntos, que planteamos como de deficiencias y desacuerdos, los mismos se originan en carencias de actitudes rectoras por parte del organismo de control, como lo es para nuestro caso, la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones.

En efecto, desde la creación de las cuentas de capitalización individual, salvo en escasísimas ocasiones, el ente de contralor fue más un organismo de estadísticas, que una institución idónea para el control y ayuda del sistema de Administradoras privadas. Sin duda, no hemos tenido una gestión en ese sector, acorde a las circunstancias y necesidades del país, lo que es un grave error a todas luces.

Hoy lamentablemente debemos decir, que es mayor el descontento que la aprobación del común de la gente, sobre el sistema privado de jubilaciones, y esto se debe en gran parte a la responsabilidad del Estado por la captación de los fondos y en una menor medida a deficiencias propias de las AFJP, que incluso suceden por los malos o nulos controles por parte de la Superintendencia Estatal que debería supervisar el sector.

Dejamos para un capítulo aparte, el hecho de la opción por el sistema de reparto o por el de capitalización, que en forma parcial se permite en este país. En efecto, si un trabajador está en el sistema de reparto, puede pasar al sistema de capitalización, pero no a la inversa, lo que implica ser cautivo para toda la vida laboral, si uno se incorpora a alguna Administradora.

Si un trabajador está en el sistema de reparto, puede pasar al sistema de capitalización, pero no a la inversa, lo que implica ser cautivo para toda la vida laboral.

En Argentina sobre una PEA de aproximadamente 15.8 millones de personas, tenemos registrados a 11.2 millones de trabajadores. De estos el 80.43% se encuentran en el sistema de capitalización y el 19.57% en el régimen de reparto. (Esto no incluye algunos sistemas municipales, provinciales y de cajas especiales.)

Pero al momento de analizar los verdaderos aportantes que entre los dos sistemas suman solo 3.9 millones, vemos que el cumplimiento es mayor en reparto que en capitalización, ya que para el primero de los casos aporta un 45% de los registrados, en cambio a las AFJP solo aportan el 28% de las personas incorporadas.

Pese al vuelco inicial de los trabajadores al sistema privado, si hoy se permitiría el traspaso de una Administradora al sistema de reparto, sin dudas ello sería masivo.

Este tema (la libre opción) se está discutiendo hoy en Argentina y encuentra muchos reparos lógicos en varios sectores, aunque seguramente este debate seguirá por un tiempo más, debiéndose encontrar la forma en que el trabajador pueda ser considerado por ambos sistemas, como única posibilidad de que se le reconozcan aportes y años parciales.

Sabemos que este planteo no es sencillo, pero tampoco es un imposible, toda vez que estamos hablando de fondos claramente identificables, y por ende pueden ser trasladados de un sector a otro

Con la masiva informalidad laboral, todos los analistas del régimen de Jubilaciones y Pensiones, advierten que en el futuro será necesario un reconocimiento de tiempo trabajado, sin importar que se llegue a las exigencias de Ley, y que según ese tiempo sea el beneficio que reciba.

Para que este método sea realmente solidario, la única posibilidad es la opción de reparto, pues si a los futuros jubilados del mercado laboral irregular, se les reconociera solo lo ahorrado en su cuenta de capitalización (si este fuere el caso), estaríamos ante un conflicto social importante.

La existencia del régimen de reparto, como sistema solidario del Estado dentro de su función indelegable, será imprescindible en esta coyuntura. Posiblemente se le modifique el nombre, será indispensable identificar más claramente a los aportantes y quizás esté limitado a trabajadores irregulares etc., pero sin dudas será la herramienta más adecuada desde cualquier Gobierno, para llegar a las personas mayores en su etapa más difícil, la tercera edad.

En Argentina, actualmente el Estado participa en el régimen privado de administradoras con dos AFJP (a través de bancos oficiales), claramente identificables, que son además muy competitivas, con lo cual si los gobiernos pueden administrar cuentas individuales desde una empresa privada, también lo pueden hacer con otro planteo de solidaridad, desde el sistema de reparto.

La existencia del régimen de reparto, como sistema solidario del Estado dentro de su función indelegable, será imprescindible en esta coyuntura.

DATOS GENERALES

Antes de las reformas, el Estado aportaba al sistema de Jubilaciones y Pensiones Nacional, algo menos del 30% de la masa de pago; el resto provenía de aportes y contribuciones del mercado laboral.

A fines del año 2002, el Estado erogaba aproximadamente el 70% del total de pagos a Jubilados y Pensionados del sistema nacional. Solo el 30% restante provenía de aportes y contribuciones.

A principios de los años 90, el 9% de las personas mayores de 65 años, no tenían jubilación ni pensión.

A mediados del año 2003, el 35% de las personas mayores de 65 años, no tienen jubilación ni pensión, y se avizora que para el 2020, será el 54% de los mayores de 65 años, que no tendrán beneficio alguno.

El sistema antiguo de reparto, a cargo de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), sin incluir algunas cajas municipales, provinciales, profesionales y especiales, paga algo más de 3.3 millones de prestaciones en forma mensual, con un promedio de remuneraciones, de \$ 330.

Hacia fines del año pasado, el sistema privado de Jubilaciones y Pensiones, abonaba algo más de 32000 jubilaciones, 56000 pensiones por fallecimiento y 15000 prestaciones por invalidez.

El componente del haber de una persona al momento de jubilarse por el sistema privado de capitalización, lo conforman tres elementos: un primer ítem es una prestación básica universal, que tiene que ver con un método de cálculo que efectúa el Estado, teniendo en cuenta la contribución de los patronos, y que hoy está en \$ 200; un segundo elemento es una prestación complementaria, que tiene que ver exclusivamente con los aportes que halla realizado el trabajador al antiguo régimen (si los tuviera) y el tercer punto es su fondo capitalizado.

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

Conclusiones

Antes de cualquier definición u opinión obsérvese que si el Estado argentino no hubiera hecho los cambios en el sistema laboral y en los índices de aportaciones a la seguridad social, que se explicó en la primer parte de este trabajo, el sistema de administradoras privadas existiría sin cuestionamientos, ya que los excedentes financieros expuestos en uno de los cuadro anteriores, son menores a los fondos existentes en el sistema privado para la misma época.

Quienes realizamos este estudio, creemos en que la gente debe ser responsable de su propio futuro, efectuando aportaciones, que como salario diferido, le garantice una jubilación digna como sustitución de sus ingresos de activo.

Con este concepto, creemos que una de las formas serían las cuentas individuales de capitalización, las cuales pueden estar en manos privadas o estatales, siendo esa elección facultad de cada trabajador, en base a una competencia de mercado.

También estamos convencidos de que administrar esas cuentas, no puede tener altos costos ya que ello va en desmedro de los montos a capitalizar; y también el retirarse o pensionarse debe ser un trámite inmediato y sencillo y no un devenir de imposibilidades.

Siempre dentro del mismo tema, es muy importante tener reglas de juego muy claras, donde el Estado no puede ser intervencionista, sino ejercer el contralor que es propio de su función indelegable, para garantizar así el bienestar futuro de su población protegida.

Pero sería absurdo abstenerse o esconder la realidad que sufre nuestro país, con más de la mitad de su población económicamente activa con problemas de empleo, lo que deparará que una persona, al momento de llegar al fin de su etapa laboral, no tendrá ninguna posibilidad de jubilarse.

Así entonces, y siempre dentro de *las funciones indelegables del estado*, debemos establecer una jubilación para todos, la cual se podrá dividir en variadas prestaciones, que tendrán que ver con el tiempo aportado en su historia laboral, e incluso prever pagos de los llamados no contributivos. No es posible descuidar a millones de personas, que hoy no aportan a la Seguridad Social, por diversas razones que le son inculpables.

Sin duda, la discusión primordial será el método de financiamiento, pero lo que es inegables es que será imposible pensar en que este financiamiento, provenga exclusivamente de aportaciones del régimen formal del trabajo, lo cual de hecho hoy ya no sucede. Corresponderá para el futuro entonces:

- a) Resguardar los ahorros de los que aportan regularmente, para garantizar un retiro acorde a sus fondos capitalizados.
- b) Abonar jubilaciones y pensiones en base a cada historia laboral y proporcionalmente al tiempo aportado.
- c) Ampliar el alcance de las pensiones no contributivas.

Debemos establecer una jubilación para todos, la cual se podrá dividir en variadas prestaciones, que tendrán que ver con el tiempo aportado en su historia laboral, e incluso prever pagos de los llamados no contributivos.

- d) Financiar todo el régimen de jubilaciones “no formal” con aportaciones de rentas generales, en base a pautas impositivas que se determinen oportunamente.

Sabemos que de otorgarse prestaciones jubilatorias con base en aportaciones irregulares, los montos a pagar seguramente no serán los ideales pero si serán los posibles, y sin duda en ese momento estaremos frente a un nuevo régimen de Seguridad Social, que mejorará con el tiempo, hasta llegar a ser equitativo, justo, solidario y sin excluidos.

En realidad, lo que estamos planteando en estos últimos párrafos, más allá de ser la opinión individual de los que realizamos este estudio, es la discusión que está instalada en la sociedad argentina y en las esferas de gobierno, con lo cual sería bueno observar en los próximos años, qué sucede con esta idea fuerza que se está impulsando hoy en nuestro país.

SISTEMA DE SALUD

Para hablar de este sistema, debemos diferenciarlo en cuatro grandes grupos:

- a) *Las obras sociales sindicales*: que atienden a la mayoría de los trabajadores en relación de dependencia.
- b) *Las Obras Sociales de dirección o privadas*: que tienen un mercado variado.
- c) *El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados*: conocido como PAMI, que atiende a la Tercera Edad, a pensionados de origen no contributivo y a ex combatientes de “Las Islas Malvinas”.
- d) *El sistema de Salud Pública*: que atiende a través de hospitales públicos a ciudadanos en general.

El sistema de Obras Sociales más importante de Argentina, es el de origen sindical, que históricamente cubre a los trabajadores del sector que se trate, dentro de instituciones paralelas a los gremios, pero dependiendo de estos. Fueron y son sistemas muy buenos, sin periodos de carencia, y con un alto grado de cobertura, incluso actualmente, donde frente a la crisis recaudatoria y de insumos (por el aumento interno del dólar) no sin dificultad, siguieron prestando servicios aceptablemente.

Están en principio obligatoriamente comprendidos en éstas, todos los trabajadores en relación de dependencia convencionales, es decir desde el trabajador base, hasta algunos cargos medios de mando. De todas formas, y por las modificaciones que explicaremos más adelante, pueden incorporarse otros trabajadores de otras ramas de actividad y de otras categorías.

Mencionamos en principio a las Obras Sociales Sindicales, pues precisamente éstas, a través de sus sindicatos nucleados en la Confederación General del Trabajo (CGT), fueron las principales hacedoras en evitar una privatización salvaje del sistema de salud, que hubiera terminado perjudicando a los beneficiarios de este régimen.

En efecto, a partir del año 1991, donde se concentró la recaudación de toda la seguridad social, en un único sistema de aportes y contribuciones (léase caja única), comenzó a trazarse la intención de privatizar el sistema de salud, con argumentos diversos, tan insólitos como nunca antes se habían utilizado.

Al igual que para tanto otros objetivos poco claros, la difamación pública sobre algunos dirigentes, fue la principal metodología utilizada, ya que de lo único que se hablaba era de que si los hombres que conducían tal o cual obra social, eran buenos o malos, sin discutir el fondo del tema y sin “blanquear” a la sociedad la verdadera intención, el de transferir un sistema solidario, a un régimen privado de salud.

La posición firme de la CGT, fue la que evitó este cambio, logrando desde un principio, participar en toda discusión que se diera sobre esta materia.

Así rápidamente y luego de la unificación de la recaudación, consiguieron un control serio sobre la *nominatividad* de los depósitos de los empleadores, recuperaron la capacidad de verificar sus propios aportes, y que incluso ciertas obligaciones fuesen depositadas en sus cuentas directas, sin el paso por la “caja única”.

Sería injusto no mencionar, que otras obras sociales de dirección, empresarias y privadas, se *aliaron* en esta discusión, apoyando principalmente la necesidad de que la salud fuese discutida entre todos, y no fuese una decisión unilateral del poder ejecutivo de turno, instalándose en la sociedad de ese entonces y hasta ahora, que no hay nadie mejor que los propios interesados, para administrar los sistemas de salud y todo lo que de ese sistema dependa.

Podríamos citar todos los pasos que se fueron dando en este tema, pero consideramos indispensables, solo nombrar tres grandes avances que indudablemente favorecieron a los beneficiarios en su conjunto:

- 1) Los trabajadores pueden cambiar de obra social, eligiendo la que más sea de su agrado. Es decir, que si bien al momento de ingresar un empleado a cualquier actividad, se le asigna una obra social de pertenencia, éste luego puede elegir otra, transcurrido un plazo prudencial, que fijan las normas.
- 2) Los trabajadores independientes, con su aporte obligatorio, también gozan de un sistema de salud, hecho este que antes no sucedía.

*Las Obras Sociales
Sindicales a través de
sus sindicatos
nucleados en la
Confederación
General del Trabajo
(CGT), fueron las
principales hacedoras
en evitar una
privatización salvaje
del sistema de salud.*

- 3) Se estableció una prestación médica obligatoria para todos los asociados al sistema, que indica el piso de la cobertura, con lo cual de allí hacia arriba, cada Obra Social ofrece al mercado sus servicios, existiendo de esa manera, una sana competencia.

Del segundo grupo de Obras Sociales, las de dirección, las empresarias y las privadas, más allá de lo que ya dijimos, en cuanto a su participación como aliados del movimiento obrero, en la discusión sobre los temas de salud y el intento de privatización, poco se puede agregar, salvo que dan un servicio más que aceptable, por supuesto con valores distintos a las cúpitas de las Obras Sociales Sindicales.

Es importante señalar, que estos dos grupos de todas maneras, se vieron afectados por la crisis socioeconómica de Argentina, pues no están ajenas a la gran masa de personas en la informalidad, como tampoco a la morosidad y evasión.

Otro punto que ha sacudido al sector es el encarecimiento de los insumos, que en su gran mayoría son importados y ante la suba del dólar localmente en casi tres veces, sus costos se multiplicaron en la misma medida. No obstante ello, esa situación se fue regularizando, y al día de hoy se puede afirmar que las prestaciones médico asistenciales de estos sectores, cumplen aceptablemente con la atención de sus protegidos.

El INSSJP – PAMI

Esta Obra Social, no solo es la más grande de Argentina, sino una de las más grandes de Latinoamérica. Además por nuclear en su mayoría a personas de la tercera edad, es casi única en su tipo.

También tiene como característica especial, que no solo brinda protección médico asistencial, sino que otorga una amplia gama de prestaciones sociales, de casi igual importancia que las médicas, si consideramos la calidad de vida de las personas, como eje principal de su subsistencia.

No podemos decir que este Instituto haya sido víctima de las reformas en Seguridad Social, desde un punto de vista legislativo, pero sin duda se modificaron los servicios brindados, y por ende el PAMI se “reformó sin Ley”. Así el cúmulo prestacional sufrió un deterioro considerable, afectando a todos sus beneficiarios por igual.

También esa organización sufrió las consecuencias de la caída recaudatoria, incluso más que en otros lugares, ya que con menos ingresos, tenía que brindar cobertura cada vez a más gente, por el envejecimiento poblacional y por el crecimiento de la indigencia.

A esta Obra Social, la afectó además lo que dimos en llamar “caja única”, es decir, la concentración de aportes, ya que al quedar en manos de la autoridad económica el envío de las partidas presupuestarias, éstas se acomodaron en base a otras tantas necesidades, desviándose fondos de ese Instituto a otros sectores diversos.

A estos serios problemas, debemos agregar los constantes cambios de las máximas autoridades de conducción, que siempre trae aparejado trastornos operativos y de gestión, que repercuten en los beneficiarios.

Lamentablemente si bien el llamado PAMI, tenía un directorio establecido por ley, los sucesivos gobiernos mantuvieron intervenido a ese Organismo, privándolo así de ser conducido por sus legítimas autoridades, entre las cuales se encuentran los propios Jubilados y Pensionados.

Durante los últimos años, se dieron administraciones diversas, como diversas fueron sus actitudes, ocasionando lamentablemente una exposición mediática permanente, por supuestas falencias y dudosas gestiones; sin embargo en el año 2002, se sancionó una Ley que instauró nuevamente “El Directorio”, a razón de dos representantes del Estado, dos por el Sector Sindical nucleados en la CGT y siete directores por los Jubilados, elegidos democráticamente entre ellos.

Recientemente esta Ley sufrió otra modificación, en la cual el Estado se guarda para sí la facultad de intervenir la entidad, ante supuestos graves problemas, que hagan peligrar la cobertura de sus afiliados.

Es importante señalar, que esta Institución tan sacudida por los cambios de autoridades, como por su cada vez más bajo presupuesto, sigue funcionando en gran parte, por el compromiso social de su personal, más que por la voluntad de alguno de sus interventores. Por esta razón, y pese al deterioro explicado, podemos decir que las prestaciones mínimas necesarias, se otorgaron dentro de parámetros aceptables.

Para formar una opinión sobre el Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados - PAMI -, debemos tener en cuenta dos cosas:

Primero la coyuntura económica, que mencionamos en los párrafos precedentes. Segundo, a su población protegida, compuesta por a) jubilados y pensionados en su gran mayoría; b) por personas con graves problemas de salud, sin importar la edad, que no poseen otra cobertura y que se incorporan por el sistema no contributivo; y c) por ex combatientes de las Islas Malvinas.

El grupo humano cubierto, no solo es el mayor reclamante en salud, sino que gran parte de ellos tienen patologías muy complejas o enfermedades terminales, con lo cual la erogación en servicios de salud es de gran envergadura.

Además, debemos mencionar la insustituible prestación social que brinda el PAMI, que comenzando por el alojamiento en establecimientos para personas mayores, pasa por el pago de servicios públicos para indigentes, atención domiciliaria, vacunación etc. llegando al financiamiento de los Centros de Jubilados y Pensionados y a la distribución de bolsones de alimentos para los más necesitados.

Es decir que estamos ante una institución que ayuda a más de cuatro millones de personas, no solo en lo médico sino también en lo social y de allí que su presupuesto deba ser cuantioso, y cuando este es bajo o escaso, la repercusión social es muy importante.

Ante una institución que ayuda a más de cuatro millones de personas.

Por ello, si medimos el grado de cumplimiento de su cúmulo prestacional, comparando épocas anteriores y la actual, debemos decir que la degradación de servicios es importante; pero ello sería solo una visión parcial pues no podemos ignorar el problema financiero del Organismo, y esto va más allá de los errores de gestión que también comentaremos.

En efecto, esta Obra Social no podrá volver a ser lo que era, sencillamente porque el país y el Sistema de Seguridad Social tampoco lo podrá ser, al menos por muchos años más.

Este concepto, que puede no ser el mejor pero si el real, es el que nos lleva a decir que las prestaciones mínimas se brindan dentro de parámetros aceptables, siempre que tengamos presente para esta aceptación tolerante, el marco financiero exíguo contra una población protegida, necesitada y demandante.

Sí es inmediato que este Organismo solucione y se ordene en lo administrativo y prestacional, pues más que en otras épocas, los ancianos son víctimas de burocracia y trámites interminables, para conseguir alguna prestación. Sin dudas esto es responsabilidad de tantos cambios de autoridades, esperando que en lo sucesivo ya no suceda más, a partir de la nueva Ley que comentamos, que permitió la asunción de un directorio electo.

Sin duda, se deben mejorar los servicios de salud y sociales para los Jubilados y Pensionados en el futuro inmediato, y ello solo se logrará con una correcta y ordenada gestión y un mejor presupuesto, para lo cual el Estado, más que en cualquier otra rama o sector, debe hacer el mayor esfuerzo posible, no solo por la Tercera Edad, sino por los otros grupos de personas que cubre por sí, sin base alguna de aportes.

SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Argentina tiene un sistema público de salud cubierto por hospitales, estratégicamente ubicados por zonas, barrios y ciudades. Este sistema no ha sido afectado por reforma alguna, pero si sufre los impactos sociales que venimos manifestando a lo largo de todo este trabajo.

Los problemas de empleo ampliaron a cifras increíbles a las personas sin cobertura de ningún tipo, a las que debemos agregar para este caso a otro sector poblacional, que ya se encontraba dentro de los niveles de pobreza.

En plena crisis a principios del 2002, Argentina se encontraba con 20 millones de personas en línea de pobreza, de los cuales nueve millones eran niños. Estos guarismos hoy bajaron considerablemente, pero de igual forma, el sistema público de salud sigue colapsado. No se trata de que falten insumos, que de hecho sucede en algunas partes, sino que no se prepararon los hospitales para atender a un número tan grande de personas, por lo cual no hay posibilidades por el momento de que esto se solucione por sí, sino que la recuperación vendrá a partir de un mejor posicionamiento de la economía, que incipientemente comenzó a suceder a partir del tercer trimestre del 2002.

Es muy importante señalar que la salud pública en este país es totalmente gratuita, y que los profesionales asignados, son en su gran mayoría de muy buen nivel.

Por lo expuesto, y considerando la coyuntura social tan difícil, vemos que con complicaciones se sigue adelante y las personas son medianamente atendidas de todas maneras.

Párrafo aparte merece el tema medicamentos, que recién a partir del año 2002 se modificó sanamente, al implementarse el sistema de “genéricos”, que si bien existía en infinidad de países, en Argentina las presiones de laboratorios y otros intereses, demoró considerablemente esa decisión.

Al estar reglamentado su uso y ante la grave situación económica de la mayoría de los hogares de nuestro país, rápidamente la gente se acostumbró a pedir su medicación, a partir de la droga genérica indicada por su médico. Sin duda, esto ayudo considerablemente a un sinnúmero de personas

SISTEMA DE COBERTURA DE RIESGOS DEL TRABAJO

Este sistema fue reformado sustancialmente, y sin dudas es uno de los mejores logros de los cambios en Seguridad Social que sufrió Argentina. En efecto, teníamos una vieja ley llamada de accidentes de trabajo, que como su nombre lo indica, poco tenía que ver con el alto concepto de la protección y prevención del riesgo.

Los problemas de empleo ampliaron a cifras increíbles a las personas sin cobertura de ningún tipo.

Teníamos una vieja ley llamada de accidentes de trabajo, que como su nombre lo indica, poco tenía que ver con el alto concepto de la protección y prevención del riesgo.

Esa vieja norma, era altamente conflictiva, casi todo era litigioso y finalmente los únicos beneficiados eran los abogados (por su cobro de honorarios), en vez de los afectados por el siniestro.

El cambio acaecido, estableció el aseguramiento de los trabajadores a través de una alícuota referida al riesgo de la actividad, con medidas preventivas claras y seguimiento de los asegurados.

Los empleados son afiliados por los patronos en organizaciones llamadas Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, siendo todas empresas privadas, las cuales están supervisadas por una Superintendencia de contralor, la que a diferencia del sistema jubilatorio, funciona muy correctamente.

Como es normal para estos casos, la persona siniestrada es cubierta por la Aseguradora desde su atención en salud y hasta su recuperación o retiro en el peor de los casos. La falta de cultura en protección laboral, tanto de trabajadores como de empresarios, producen algunas dificultades de aplicación; asimismo, quedan temas técnicos que seguramente se ajustarán con el correr del tiempo, pero de ninguna manera esto significa que este sistema funcione incorrectamente, ya que reiteramos los riesgos del trabajo, son un buen exponente de las reformas efectuadas en Seguridad Social.

SISTEMA DE ASIGNACIONES Y SUBSIDIOS FAMILIARES

Las Asignaciones Familiares fueron el primero de los sistemas que sufrieron reformas en Argentina. Históricamente este régimen estaba en manos de entes cogestionados, con una integración igualitaria de empresarios y dirigentes sindicales, con más una sindicatura en manos del Estado.

Por muchos años estas organizaciones fueron intervenidas, pero a partir del advenimiento de la Democracia en este país, comenzó una tendencia a normalizar las conducciones de las Llamadas Cajas de Subsidios, y de a poco los directorios mixtos volvieron a hacerse cargo de esas conducciones.

En el año 1991, a través de un Decreto, desaparecieron esas instituciones, transfiriéndose todas esas responsabilidades a la actual Administración Nacional de la Seguridad Social - ANSES.

La verdadera intención que existió al momento de disolver las Cajas de Subsidios, fue precisamente la “caja única”, que como hemos visto a lo largo de este trabajo, se transformó en el principal objetivo de la autoridad económica.

La ANSES cumplió y cumple una buena tarea en el pago de estos sistemas, con algunos períodos tristes, pero ello debido a pésimas administraciones, que privilegiaron lo económico sobre lo social, como sucedió en la etapa iniciada en el año 1996.

Si bien ello cambió algunos meses después, el daño causado aún perdura, y la significación de los valores de pago de las asignaciones, no son los mismos que fueron en otras épocas. Este fondo compensador, donde los patronos aportan por igual por empleados casados y solteros, descontando al momento de su imposición, los subsidios familiares pagados, es el método de distribución socioeconómico más justo de la Argentina.

Lo que sucedió en esos tristes años mencionados y que en parte aún perdura, es que los fondos recaudados se destinaron para otros fines y luego como si esto fuera poco, se redujeron las aportaciones empresariales a guarismos insólitos, que determinaron que éste también sea un sistema deficitario.

Al igual que en el régimen jubilatorio, explicado en la primera parte del trabajo, se pretendió beneficiar a un sector en desmedro de otro. Objetivamente debemos decir que el sistema administrativamente funciona dentro de parámetros normales, y nuestra exclusiva crítica se centra en que los valores que hoy se abonan a los trabajadores por su grupo familiar, deben ser ajustados, bastando para ello que se vuelva a las aportaciones históricas. También habría que estudiar las limitaciones establecidas para el usufructo del beneficio, que para algunos casos, son inadecuadas.

Hoy en día el régimen de Asignaciones Familiares, está ampliando una forma de pago llamado “directo”, por el cual se deposita en la cuenta de cada trabajador, los valores que le correspondan por su carga familiar.

Si bien esto recién comienza, nuestra opinión es que de implementarse masivamente ese método, estaremos ante una de las más exitosas formas de pago, no solo por el rápido acceso que tendrá el trabajador, sino por su transparencia administrativa, que eliminará toda clase de desvíos.

Objetivamente debemos decir que el sistema administrativamente funciona dentro de parámetros normales, y nuestra exclusiva crítica se centra en que los valores que hoy se abonan a los trabajadores por su grupo familiar, deben ser ajustados.

COMENTARIOS FINALES

Este resumen refleja la realidad de la situación Argentina, sin con ello querer significar que se está en contra de uno u otro sistema. Informamos sin hipocresías, qué nos sucedió y cuánto nos equivocamos.

Para el régimen jubilatorio, las cuentas individuales de capitalización, son en esencia un buen sistema, pero ello debe estar controlado y supervisado por el Estado dentro de sus funciones indelegables, pues de lo contrario se transformará en un

simple y buen negocio, donde se perciben comisiones, en algunos casos injustificadas, y se otorgan beneficios sin correr ningún riesgo.

Pero las funciones del Estado deben estar dentro de los parámetros de la Seguridad Social, y por lo tanto no “usurpar” los fondos de las Administradoras, pues si del portafolio de inversiones, la Nación toma toda la cartera, se corre el riesgo que los futuros jubilados, acompañen un posible fracaso de la economía del país, además de ser así, pagamos intereses sobre dineros que antes recaudábamos y teníamos mensualmente. No hay que confundir el control y la supervisión: el Estado debe estar atento a las desviaciones del sistema, pero no colaborar a desviarlo.

No hay que confundir el control y la supervisión.

Por otra parte, en la masiva informalidad laboral que tenemos, la cobertura social del Estado a través del régimen de reparto es una opción que seguramente se aplicará con modificaciones a lo conocido, pero como única herramienta solidaria capaz de afrontar la crisis actual y la que viene.

La salud de las personas, no puede ni debe ser considerada como un “gasto” como se ha intentado hacerla ver en distintas circunstancias. Por el contrario, prevenir, proteger y curar a nuestra gente es una inversión de futuro de toda la sociedad.

Cuando los sistemas, como en el caso argentino, funcionan dentro de parámetros normales y aceptables, el único cambio posible es el de mejora de servicios y prestaciones, sin que ello signifique eliminar lo existente para, en apariencia, solo cambiar el “destino de los fondos”.

En nuestro país, las modificaciones pretendidas en el rubro salud de los trabajadores activos, solo dejaron ver una intención comercial, carente de solidaridad y equidad, dos elementos que en salud principalmente, no pueden ser obviados.

En cuanto a la cobertura hacia la tercera edad, la responsabilidad y el compromiso debe ser mayor, toda vez que este grupo etáreo fue el que con su esfuerzo personal, mantuvo por años a los distintos sistemas sociales, y por lo tanto hoy corresponde retribuirle en “calidad de vida” tanto sacrificio.

En el caso argentino, la Organización que cubre a nuestros ancianos y a poblaciones no contributivas, debe mantener su característica prestacional, en cuanto a cubrir la salud y contingencias sociales, pues el Estado debe asumir que en sus funciones indelegables, no puede sustraerse de atender esta población en su conjunto.

También es importante, que al menos en el “PAMI” se respete el alto concepto de cogestión, y esto es totalmente viable, si solo se respeta la legislación existente en este tema.

Las obras sociales empresarias o de dirección, han sufrido una obligada adaptación al mercado, debido al proceso económico, que para nuestra opinión, les permitió posicionarse mejor en el segmento de la salud y competir con otras Obras Sociales (por ejemplo sindicales), lo que mejora el nivel de prestación a los beneficiarios.

La cobertura de riesgos del trabajo, debe ser una herramienta de prevención más que de solución del siniestro, y en esta especialidad estamos bien encaminados.

Los temas todavía no resueltos en este aspecto, producto de una legislación relativamente nueva y de una falta de “costumbre empresario – laboral” sobre prevención, tienen que ser solucionados en el corto tiempo, lo cual entendemos que sucederá, de mantenerse el compromiso del ente de contralor y de los propios interesados en la materia.

Las Asignaciones Familiares, como el mayor elemento de redistribución económica con el que cuenta la Seguridad Social de Argentina, debe prontamente brindar subsidios de mejor valor, ayudando así al núcleo social más importante de cualquier país.

El espíritu de este sistema, al momento de crearse, fue de que los trabajadores tuvieran una compensación económica por tener esposa e hijos (dado sus mayores gastos) fomentando la unión familiar, la natalidad y la educación, a partir de brindar apoyo dinerario para el estudio de los niños

Si bien estos conceptos globalmente se fueron perdiendo, debido a factores sociales y económicos, insistiremos siempre que el control sobre la educación de nuestros niños, que puede ejercer el sistema de Asignaciones Familiares, debe ser el más cuidado y respetado, ello en beneficio del futuro de nuestro país.

Sin duda, si se concreta con éxito el nuevo sistema de imputación directa, por el cual se acreditará en la cuenta del trabajador, todos sus subsidios familiares, volveremos de a poco a reestablecer un régimen de la seguridad social, donde se favorecerán los que menos tienen, que por supuesto son los de mayor grupo familiar.

El sistema de recaudación en Argentina debe tratar de volver a los valores de imposición empresaria que tenía en otra época, y además el régimen laboral que repercute tanto sobre este rubro, debe terminar con la flexibilidad y fomento del sub empleo.

Las bajas contribuciones patronales y la flexibilidad laboral, en nada sirvieron al momento de fomentar el empleo, combatir la evasión y en disminuir el trabajo en negro. Como contrapartida, desfinanció al sistema de Seguridad Social y genero que el 60% de la PEA nacional, esté con problemas de trabajo.

El control sobre la educación de nuestros niños, que puede ejercer el sistema de Asignaciones Familiares, debe ser el más cuidado y respetado.

Tampoco se trata de que “salvajemente” se ponga en cabeza de los patronos toda la carga financiera del sector, pero sí corresponde que como en cualquier sociedad civilizada, todos paguemos los impuestos que corresponden pagar por Ley.

El tema recaudatorio, con sus formas e imposiciones es ya materia de discusión en el nuevo Gobierno argentino. También lo es actualmente las desviaciones del régimen laboral. Pero todo sería inútil, si luego al momento de ejercer los controles, los mismos son permisivos y deficientes.

A nuestro criterio, temas tan trascendentes como aportes y contribuciones, y el control de su cumplimiento, deben ser debatidos rápidamente entre todos los interesados y afectados, como método de toma de conciencia de la importancia de los mismos.

A su vez, la participación de los interesados en los entes de recaudación y distribución de los fondos de la Seguridad Social, es entendida por nosotros, como un pilar de eficiencia, eficacia y transparencia, que esperemos sea entendido por la autoridad económica de competencia.

Finalmente, no existe posibilidad alguna de que la Seguridad Social solo sea financiada por aportes y contribuciones de la nómina salarial, con lo cual el sistema impositivo adquiere una relevancia absoluta, siendo menester una correcta aplicación y redistribución de los mismos.

Los beneficios y prestaciones que se brinden, por mínimos que sean en una coyuntura económica en crisis, deberán despertar el interés y la aceptación de las personas, con el fin de que los trabajadores informales tengan un incentivo real y medible, que lo motive a normalizar su situación.

Nada es más nocivo en la sociedad argentina, que a las personas le resulte indistinto estar cubierto por la Seguridad Social, o que piense que sus aportes son un impuesto sin destino, o que la plata de sus ahorros para la jubilación sea utilizada por cualquier autoridad de gobierno para fines pocos claros.

Indudablemente el modelo económico internacional, conocido como globalización, más allá de pensar en qué fracasó o no, o si es responsable de nuestras crisis, está instalado y aunque se adapte, permanecerá por muchos años más, al igual que sus consecuencias. Por ende, debemos adaptarnos a vivir con niveles altos de informalidad y desempleo. Y ante esa realidad, pensar en que la Seguridad Social puede seguir sosteniéndose solo por aportes y contribuciones del mercado formal, es una quimera.

Si pensamos que como política de Estado, la Seguridad Social no tiene excluidos, debemos replantear todos sus alcances y los métodos de financiación. Debemos

Temas tan trascendentes como aportes y contribuciones, y el control de su cumplimiento, deben ser debatidos rápidamente entre todos los interesados y afectados, como método de toma de conciencia de la importancia de los mismos.

pensar entonces, en prestaciones variadas y distintas y en financiamiento de rentas generales. Debemos pensar en tiempos, en donde lo que brindemos no será lo ideal pero si lo posible.

El bienestar general que visualizamos para el futuro no necesariamente será el bienestar individual de las personas, ya que lo justo y equitativo que enmarca la Seguridad Social que pretendemos, se basará en una sociedad con limitaciones económicas y de recursos.

En la Argentina se inicia una nueva etapa, con todas las dificultades descriptas, sin embargo, para este renacer no podemos dejar de lado el pilar fundamental de nuestra actividad, la solidaridad social, sin la cual cualquier esfuerzo no será útil ni aceptado por nuestros conciudadanos.

Tomemos ese compromiso desde la partida, expliquemos qué queremos y hacia dónde vamos, debiendo asumir el Estado el lugar que le compete en sus funciones indelegables: la protección social de todos sus habitantes.

No podemos dejar de lado el pilar fundamental de nuestra actividad, la solidaridad social, sin la cual cualquier esfuerzo no será útil ni aceptado por nuestros conciudadanos.

Tema 6. Origen y contexto de las reformas de la seguridad social en Costa Rica

Por Carlos Fuentes Bolaños *



Resumen

Este documento inicia ofreciendo información general sobre Costa Rica, su sistema político, situación socioeconómica y sobre la decisión de abolir el ejército y promover un desarrollo social con distribución equitativa de la riqueza. Articula la reforma del sistema de salud y de seguridad social con las transformaciones estructurales del Estado en un ambiente económico mundial que fija sus orientaciones en la integración, la apertura de fronteras y el libre comercio.

Reconoce que en materia de salud y de seguridad social, Costa Rica ha tenido una serie de transformaciones y evoluciones que la han puesto en la vanguardia en América Latina, para enseguida repasar, en una perspectiva histórica, su proceso de conformación y de reforma en dirección a un modelo de atención integral cuyo eje es la atención primaria, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y de acceso universal. Posteriormente presenta la reforma laboral que busca establecer mecanismos para ampliar la cobertura y fortalecer el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja Costarricense del Seguro Social Finalmente, analiza los retos que enfrentan las instituciones de seguridad social y de salud.

* Este texto es un extracto de un artículo elaborado a petición de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social por Carlos Fuentes Bolaños. Su difusión queda restringida a los participantes en este curso.

Tema 6. Origen y contexto de las reformas de la seguridad social en Costa Rica

Por Carlos Fuentes Bolaños

Introducción

Costa Rica, país del istmo centroamericano, de 51.100 kms², según el IX Censo Nacional de Población realizado a junio del 2000, indica que a esa fecha tenía una población de 3 810 179 habitantes.

El país está dividido en siete provincias (San José, la capital, Heredia, Alajuela, Cartago, Puntarenas, Limón y Guanacaste). Cada provincia está dividida en cantones para un total de 81.

El sistema de gobierno es republicano que consta de tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. Las elecciones presidenciales y legislativas se realizan cada cuatro años por medio del sufragio universal y secreto. El Tribunal Supremo de Elecciones tutela el proceso electoral. Los ciudadanos costarricenses con derecho a voto son los mayores de dieciocho años.

Las elecciones de alcalde y concejales de distrito se introdujeron a partir del año 2002; los alcaldes y concejales, con base en la nueva legislación, son nombrados por el voto directo de los habitantes de cada cantón.

La Constitución Política de la República data del año 1949 y consagra, entre otros, los derechos y las garantías individuales, los derechos y las garantías sociales, así como los derechos y deberes políticos. El derecho a la vida, al sufragio universal, a la educación, al trabajo, al libre tránsito y la constitución de los seguros sociales, son parte de esos principios constitucionales.

En 1949 se decretó la abolición del ejército. Fue el primer país de América Latina en abolir el ejército, decisión que mantuvo aún en los peores momentos de los conflictos centroamericanos. Gran parte de su desarrollo lo debe a que los gastos que pudieron dirigirse a la milicia, fueron derivados a la educación, la salud, la construcción de viviendas y al desarrollo social en general. El artículo 12 de la Constitución proscribía el ejército como institución permanente.

Gran parte de su desarrollo lo debe a que los gastos que pudieron dirigirse a la milicia, fueron derivados a la educación, la salud, la construcción de viviendas y al desarrollo social en general.

El país se ha destacado por su vocación agrícola. Durante dos siglos el café y el banano fueron sus principales productos de exportación, pero debido al descenso de sus precios en el mercado internacional, se ha tenido que diversificar la economía con otros productos agrícolas (los llamados productos no tradicionales), con servicios y con el turismo, especialmente con el ecoturismo. En los últimos años ha intensificado la producción tecnológica en el campo de las comunicaciones, de la información y de la energía, gracias a la alta calificación de sus recursos humanos en este campo.

Muchas empresas han incursionado en el país como generadoras de empleo, gracias a la competitividad de su recurso humano y a un clima social que es garantía para las inversiones.

Con la crisis económica, que se acelera en el 2001, la balanza de pagos reflejó un déficit en la cuenta corriente, lo que significó un 4,6% del producto interno bruto.

Este resultado es consecuencia, en parte, del deterioro de los precios de los productos de exportación, del incremento de los hidrocarburos³ y de la inestabilidad mundial de la economía.

Costa Rica, desde sus primeros años como estado independiente (1821), ha dado gran apoyo a la educación, la cual ha sido factor de desarrollo fundamental y que ha sido impulsada en primaria, secundaria y universitaria. La educación general básica, la preescolar y la educación diversificada son gratuitas y costeadas por la nación, según artículo 78 de la Constitución Política.

El país cuenta con una organización educativa que ha garantizado al máximo la movilidad social. En educación técnica, por ejemplo, destaca el aporte del Instituto Nacional de Aprendizaje como formador y capacitador en áreas fundamentales para el desarrollo de la industria y de la empresa. El Instituto Tecnológico y la Universidad de Costa Rica, destacan en la formación y en la investigación en las áreas de las ingenierías y de las tecnologías, junto con otras universidades privadas que comienzan a rendir sus primeros frutos en este campo del desarrollo.

En referencia al nivel de alfabetismo se tiene lo siguiente:

“La tasa de alfabetismo de 95,2 por ciento es equivalente a un porcentaje de analfabetismo de 4,8 por ciento para todo el país. Las provincias que tienen un mayor nivel de alfabetización y, por ende, un menor grado de analfabetismo son San José (3,0 por ciento) y Heredia (3,2 por ciento); y las que presentan un mayor porcentaje de población analfabeta son Puntarenas (7,8 por ciento), Limón (7,7 por ciento) y Guanacaste (6,7 por ciento).”

Según la misma fuente citada, comparados estos datos con los del Censo de 1984, se observa que todas las provincias redujeron el analfabetismo, asimismo, las que tienen las tasas más altas son las que durante los últimos dieciséis años registraron mayores reducciones.

Costa Rica, en el Informe Mundial de Desarrollo Humano del 2001 se ubica dentro del grupo de países de alto desarrollo al alcanzar la posición 43 en el mundo. El gasto nacional en salud representa el 7,4% del Producto Interno Bruto, de éste, su componente más importante es el del gasto público en salud, por lo que no existe ninguna duda sobre el impacto positivo que este predominio haya tenido sobre los logros alcanzados en materia sanitaria. Uno de estos indicadores positivos lo tenemos en la mortalidad infantil, que en el periodo 1990-2001 descendió de 15,3 a 10,82 por mil nacidos vivos. La esperanza de vida al nacer es de 77,7 años. Otro elemento importante es que la cobertura de servicios, con excepción de los poblados de baja densidad y de acceso geográfico difícil, los problemas de accesibilidad geográfica han sido atendidos con la implementación del nuevo modelo de atención, según conclusión obtenida por el grupo que trabajó la Oferta y Demanda de Servicios del Análisis Sectorial de Salud 2002.

El gasto nacional en salud representa el 7,4% del Producto Interno Bruto.

Se están haciendo esfuerzos por elevar la cobertura en secundaria (educación diversificada), que se encuentra en el 54,7% y por incrementar la educación técnica desde este nivel, con el propósito de generar mayor oportunidad a la población joven que se debe incorporar a una fuerza de trabajo que cada vez más exige mayor competitividad. En este momento preocupa esta población joven que no asiste al colegio (45,3%), panorama educacional que puede estar influenciado por las siguientes variables:

- a. El sistema formal no logra satisfacer las demandas de educación escolar de la población residente en lugares apartados y de la población infantil atípica.
- b. El contenido de la educación general básica, sigue siendo poco adecuado para la preparación del educando con miras a una integración en actividades productivas.
- c. Existen aún desigualdades en la distribución regional de las oportunidades educativas en todos los niveles del sistema, lo cual contribuye a acentuar los desequilibrios regionales en el desarrollo nacional.
- d. La mayoría de las escuelas unidocentes carecen de una infraestructura adecuada y el grado de preparación de sus maestros está por debajo de la media.

Debe considerarse que la crisis económica que afectó a Costa Rica en los años ochenta y sus consecuencias de carácter fiscal, produjo un significativo descenso en la inversión educativa. Entre 1979 y 1992 el porcentaje del PIB dedicado a la

educación disminuyó del 6 al 4%.⁹ Todo ello afectó cuantitativa y cualitativamente al sistema educativo costarricense.

Considerando la línea de pobreza, que se basa en el ingreso necesario para cubrir las necesidades básicas, el país enfrenta un 20% de familias que no tienen ingresos suficientes, lo que significa un 23% de la población. Estos porcentajes no han sido posibles reducirlos en los últimos seis años, a pesar de que la inversión social se mantiene cercana al 16%. Hay un estancamiento en el combate a la pobreza, lo cual es una preocupación en el campo de la política social.

Históricamente Costa Rica ha optado por el desarrollo social, como una forma de distribución equitativa de la riqueza. En los inicios de la década de los cuarenta, el país se enrumbo por una serie de reformas sociales: se decretó la creación del Seguro Social (1941), se creó la Universidad de Costa Rica (1940), el Código de Trabajo (1943) y se promulgaron los derechos y las garantías sociales. Es a partir de esa época en que el Estado costarricense, dentro del denominado Estado de Bienestar, comienza su expansión y el cual entra en crisis hacia finales de la década de los setentas.

Ya en la década de los ochenta se comienza a revisar la función del Estado en las relaciones económicas y sociales, dadas las fallas estructurales que se presentan y a un ambiente económico mundial que fija sus orientaciones en la integración, la apertura de fronteras y el libre comercio. El sistema de salud y de seguridad social que había adoptado el país no estuvo inmune de esta transformación estructural del Estado, tal y como también comenzaba a perfilarse en otros países, con similares condiciones de desarrollo o con desventajas aún más marcadas en cuanto a su desarrollo social y económico. A este cambio es a lo que se ha llamado reforma del sector salud.

El sistema de salud y de seguridad social que había adoptado el país no estuvo inmune de esta transformación estructural del Estado.

La reforma

En materia de salud y de seguridad social, Costa Rica ha tenido una serie de transformaciones y evoluciones que la han puesto a la vanguardia en América Latina. En 1922 se crea la Secretaría de Higiene y Salud Pública, la cual posteriormente se convirtió en el Ministerio de Salud. Su función primordial, desde el momento de su creación, es velar por la salud pública del país, dirigiendo e introduciendo políticas y programas que garanticen un ambiente saludable y adecuado para el desarrollo humano. Con el tiempo, el Ministerio de Salud se transforma en el ente rector de la salud en Costa Rica.

En 1924 el Banco de Seguros, hoy Instituto Nacional de Seguros (INS), inicia el programa de protección individual para los trabajadores y a partir de 1926, incorpora la prestación de servicios médicos mediante las pólizas de riesgos

laborales y del seguro obligatorio de vehículos. El programa de riesgos del trabajo introducido en esa época se considera un paso significativo de protección social en salud.

En 1941 se crea la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), regulada por el sistema de contribución forzosa del Estado, los patronos y los trabajadores, a fin de proteger a estos y sus familiares contra los riesgos de enfermedad, vejez, muerte y demás contingencias determinadas por ley. A partir del año 1961 se decreta la universalización de los seguros, mediante ley 2738 del 12 de mayo, la cual introdujo una reforma constitucional al aprobarse el transitorio al artículo 177 que extiende los beneficios del Régimen de Enfermedad y Maternidad a todos los costarricenses. Esta universalización se viene a complementar, a partir de 1973, con el traspaso por ley (N° 5349) de los hospitales públicos pertenecientes a las Juntas de Protección Social, Patronatos o Compañías Bananeras a la CCSS.

En 1989 se aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Salud mediante Decreto Ejecutivo 19275-S, en donde se establece la conformación del Sector Salud.

A finales de la década de los ochentas e inicio de los noventas, como se dijo, se comienza a tratar sobre la Reforma del Sector Salud, como respuesta a una serie de aspectos estructurales y funcionales que ya se venían debatiendo también en el ámbito internacional.

En materia de salud, era necesario "... abandonar el viejo modelo curativo, fragmentario, centralista, urbano, estático que se preocupa de construir costosos hospitales para recibir enfermos, y cambiarlo por uno nuevo, dinámico, con características totalmente contrarias que permita la existencia del menor número posible de enfermos."

En el año 1993 se aprueba el Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud. Los objetivos de este programa, según ley 7374 de noviembre de 1993, "Contrato de préstamo entre la República de Costa Rica y el Banco Interamericano de Desarrollo", son los siguientes:

- 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 salud para lograr una cobertura más eficiente de los servicios.
- iii) Reducir las desigualdades en el acceso a los servicios básicos de salud, 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.”

Los componentes de esta ley son la reestructuración del Ministerio de Salud y la integración de servicios. Para ello, se consideran los siguientes elementos: la transferencia de la totalidad de los centros y puestos de salud del Ministerio a la CCSS, la consolidación de la integración de los servicios de atención primaria mediante la rehabilitación, ampliación y/o sustitución de centros y puestos de salud, la mejora de la eficiencia del sistema hospitalario mediante la sustitución del Hospital de Alajuela y el reforzamiento financiero de la CCSS.

El programa tiene por objeto apoyar las reformas del Sector Salud para lograr la eficiencia y la eficacia de la prestación de servicios, en el contexto de las reformas del Sector Público. Apoya el diseño e implantación de reformas que permitan al Ministerio de Salud ejercer el papel rector del Sector con un enfoque de uso racional de los recursos que tienda a eliminar las duplicaciones entre instituciones y programas.

Puede decirse que formalmente la rectoría sectorial del Ministerio de Salud se impulsa con en esta ley 7374, aunque ya la Ley General de Salud, N° 5395 del 23 de octubre de 1973, en su artículo 2, le confiere al Ministerio la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a la salud. Ello se enfatiza en su Ley Orgánica, N° 5412 del 8 de noviembre de 1973, cuyo artículo 1° dice:

“La definición de la política nacional de salud, y la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país, corresponden al Poder Ejecutivo, el que ejercerá tales funciones por medio del Ministerio de Salud, al cual se denominará para los efectos de esta ley “Ministerio.”

Dentro de este mismo contexto de reforma, mediante ley 7441 del 13 de octubre de 1994, se aprueba el Contrato Préstamo N° 3654-CR y sus anexos, suscritos entre el Gobierno de la República de Costa Rica y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, para ~~financiar~~ el Proyecto de Reforma del Sector Salud.

Este Proyecto incluye los siguientes objetivos:

- a) Mejorar la eficiencia, efectividad y calidad de los servicios de atención de salud prestados por la CCSS;
- b) mejorar el control de calidad y los demás sistemas de supervisión del sector salud.”

El país, con el proceso de Reforma del Sector Salud, entra a considerar los siguientes aspectos funcionales:

- a) La Rectoría del Ministerio de Salud relacionada con la conducción, unificación, fortalecimiento y modernización de las políticas, la legislación, los planes y los proyectos, así como con la movilización de los actores relacionados con la producción social de la salud. El Ministerio de Salud traslada sus funciones operativas a la CCSS, la cual se encargará de la atención y la promoción de la salud, para dedicarse a su función rectora.
- b) Separación administrativa y financiera del régimen de pensiones y de salud. Esta separación de regímenes ya venía operando en el país, pero quedaba por diferenciar bien su administración, mediante la aplicación efectiva de normas y prácticas presupuestarias, legales y administrativas.
- c) Separación de las funciones de financiamiento, asignación de recursos y provisión de servicios de salud. En este aspecto, se introdujeron como producto de la reforma los denominados Compromisos de Gestión, en donde se hace una separación entre el proveedor de los servicios (la unidad de trabajo, área de salud u hospital) y el comprador de los servicios (la unidad gerencial del nivel central).
- d) La desconcentración instrumental de clínicas y hospitales, a fin de dotarlas de mayor autonomía en la gestión presupuestaria, la contratación administrativa y el manejo de los recursos humanos. Se complementa esta desconcentración, con la creación de las Juntas de Salud, que se constituyen en entes auxiliares para mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo y financiero, así como la promoción de la participación ciudadana. Todo ello aprobado en ley 7852 denominada “Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social”, del 30 de noviembre de 1998.

El Ministerio de Salud traslada sus funciones operativas a la CCSS, la cual se encargará de la atención y la promoción de la salud, para dedicarse a su función rectora.

En este sentido:

“El Proyecto de Reforma del Sector Salud busca corregir y mejorar la capacidad operativa de las instituciones del Sector Salud e introducir modificaciones profundas al modelo de prestación de servicios de salud y su financiamiento, y a la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.”

Conforme revisión de las actas de la Asamblea Legislativa en donde se discutieron ambos proyectos de reforma (expedientes 7374 y 7441), se exponen a continuación algunas manifestaciones de legisladores y legisladoras, extraídas a criterio y solo con fines de ilustración del consenso político existente en ese momento:

“En caso de ser aprobado por esta Asamblea Legislativa, vendría a ser un dinero cuyo beneficiario directo es el pueblo costarricense. Es que cada día el costarricense se queja del servicio de salud que presta la Caja Costarricense de Seguro Social, del poco acceso a los buenos medicamentos, el poco acceso a los exámenes necesarios y que no pueden realizarse porque no existe el equipo apropiado o porque se encuentra descompuesto. Soy consciente de que en los diferentes hospitales de la Caja se ve, día a día, a centenares de personas enfermas que hacen una larga fila para ser atendidas, y en algunos casos, parcialmente atendidas, con prescripción de medicamentos que en muchas ocasiones no son los más apropiados, pero son los que se encuentran dentro de la lista de medicamentos que la Caja permite que el médico prescriba.” (Dip. Alejandro Chaves Ovarés, Acta 82 de la Sesión del 3 de octubre de 1994, p.15).

“Desafortunadamente los índices de salud empezaron a deteriorarse en los últimos años y las políticas neoliberales descuidaron el gasto y la inversión en el desarrollo de la salud y la educación. Un préstamo como éste, viene a paliar, en alguna forma, las medidas que debemos tomar para poner a Costa Rica nuevamente en el camino que merece en el campo de la salud y la educación.” (Dip. Carmen María Valverde Acosta, Acta 82 del 3 de octubre de 1994, p.26).

“No señores diputados, la salud, la educación y la seguridad de este país, es responsabilidad del Estado costarricense; esto no es cosa de todos, es responsabilidad de quienes gobiernan a un país, para eso se eligen, para eso depositan los electores la confianza en las votaciones.” (Dip. Montoya Morales, Acta Sesión 90 del 10-Nov.93, p.33).

“Quiero manifestar mi complacencia por la aprobación de este proyecto de ley. Pienso que para la salud de Costa Rica es importante la aprobación de este préstamo, que viene a reformar el sistema de la salud preventiva, pasando estos servicios a la Caja Costarricense de Seguro Social. Indudablemente para 10 17 Elías Jiménez. “Hacia el futuro: El Plan de Reforma del Sector Salud”, en Elías Jiménez Fonseca. La Seguridad Social en Costa Rica: Problemas y Perspectivas. CCSS/EDNASSS, 1994. Pág.243 (El Dr. Elías Jiménez Fonseca fungió como Presidente Ejecutivo de la CCSS en el periodo 90-94, durante el cual se suscribieron los préstamos indicados para la reforma del sector salud).

Alajuela es también importante la construcción de su hospital”. (Dip. Rudín Arias, Acta 96 del 22 de noviembre de 1993, pág. 33).

“Parto de que no estoy en contra de esta reforma, pero sí me parece que el precedente que se está sentando no es lo mejor para el país. Casi me atrevo a asegurar, que aquí hay muchos diputados que no saben que hoy, lo que estamos aprobando, es el traslado de todos los empleados del Ministerio de Salud a la Caja Costarricense de Seguro Social”. (Dip. Sequeira López, Acta 93, citada, pág.36).

En principio, la reforma del sector salud se funda en una mayor accesibilidad a los servicios y en una atención más oportuna, mediante la cual se dota de los recursos necesarios y de la capacidad resolutive a cada uno de los niveles de atención del sector salud.

La función rectora dentro del contexto de reforma, se enmarca en las siguientes acciones: dirección y conducción, regulación del desarrollo de la salud, vigilancia de la salud e investigación y desarrollo tecnológico. No obstante, en una encuesta (octubre 2002) que realizó el grupo de Rectoría y Funciones Esenciales en Salud Pública, dentro del Análisis Sectorial en Salud 2002, se manifiesta que las funciones y actividades que ha venido cumpliendo el Ministerio para el cumplimiento de su función rectora siguen siendo necesarias, pero no suficientes. Señalaron los participantes en la encuesta que es necesario que desde la rectoría se ejerzan acciones atinentes a la regulación del gasto, la regulación de la cantidad y calidad del recurso humano en salud, la conducción de la cooperación internacional y la conducción en gestión de desastres.

Este mismo grupo hace explícitas las manifestaciones de la actual Ministra de Salud, Dra. María del Rocío Sáenz, quien considera que el principal reto que enfrenta el Ministerio es recuperar la función de Estado que le corresponde, haciendo énfasis en el control del financiamiento del gasto, el control del recurso humano en salud, la mejor inserción en los determinantes sociales de la salud, así como el desarrollo y puesta en operación de un sistema nacional de información en salud que supere el concepto de información de enfermedades.

Otro de los fundamentos de la reforma fue diseñar un modelo de atención integral que tuviera mayor impacto en las condiciones de salud de la población a menores costos de operación. Para tal efecto, se consolidó el programa de los Equipos Básicos de Atención de la Salud (EBAIS), como una estrategia con énfasis en el primer nivel de atención. Cada EBAIS, constituido por médico, auxiliar de enfermería y asistente técnico de atención primaria, atiende a un sector de población y tiene un equipo de apoyo, compartido con los demás EBAIS de la Región, compuesto por trabajador social, enfermera, médico, nutricionista, farmacéutico, microbiólogo y técnico en registros médicos.

También con el proceso de reforma se flexibilizó la prestación de servicios, incluyendo dentro de esta flexibilización la apertura de nuevas formas de organización para atender aquellas áreas en donde agentes privados podrían desarrollar servicios dentro del marco de contratación vigente en el país. Fue así como surgieron modalidades de atención por parte de cooperativas (en este momento cuatro cooperativas funcionan prestando labores de atención primaria y secundaria); se implementa la compra de servicios a terceros para labores de vigilancia y limpieza y algunas formas de diagnóstico de la salud (laboratorio, imágenes médicas, etc.). La Universidad de Costa Rica, por convenio con la CCSS,

La reforma del sector salud se funda en una mayor accesibilidad a los servicios y en una atención más oportuna, mediante la cual se dota de los recursos necesarios y de la capacidad resolutive a cada uno de los niveles de atención del sector salud.

presta servicios de atención primaria en la comunidad de Curridabat y Montes de Oca, ambas en San José. De tal forma que, a la par del modelo tradicional de atención a la salud, se originan otras formas de prestación de servicios, con lo cual se pretende introducir un proceso de competencia dentro del sector, sin desmedro de los principios esenciales de la seguridad social que garantizan el derecho universal de la atención en salud. Más adelante, se expondrá la visión que de este mecanismo tienen representantes de algunas organizaciones laborales del sector.

A la par del modelo tradicional de atención a la salud, se originan otras formas de prestación de servicios, con lo cual se pretende introducir un proceso de competencia dentro del sector, sin desmedro de los

Una información sobre el comportamiento de la compra de servicios se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro 1

Caja Costarricense de Seguro Social
Seguro de Salud
Contratación de servicios
Años 1997/2002
(En millones de colones)

Año	Cuentas número					Total	%Variación
	2188	2190	2191	2192	2193		
1997	301,7	1,843,0	300,1	376,5	37,7	2,859,0	
1998	566,3	2,267,4	404,3	517,8	46,1	3,801,9	33
1999	4,544,6	0	600,5	670,2	51,7	5,867,0	54,3
2000	6,819,1	0	789	962,9	56,6	8,627,6	47,1
2001	7,630,4	0	1,012,2	1,259,4	60,3	9,962,3	248,5
2002	10,142,0	0	1,361,2	1,592,6	66	13,161,8	246,2

Fuente: CCSS, Direc. de Presupuesto. Informe de liquidación presupuestaria y Compromisos presupuestarios

2188	Contratación Serv.Méd. Farmacia y Lab.
2190	Contratación Serv. Area de Salud
2191	Contratación Limpieza de Edificios
2192	Contratación Servicios de Vigilancia
2193	Contratación Serv.Mant.Zonas Verdes

Como se observa, ha habido un incremento importante en este rubro presupuestario de 1997 al 2002, lo cual muestra la mayor participación de terceros en la provisión de ciertos servicios.

En forma paralela a la transformación organizacional, debió considerarse el campo de la tecnología, para dotar de mayor capacidad resolutoria a los niveles locales de atención. La inversión en este campo es elevada, por cuanto en el tercer nivel de atención, tales como los hospitales nacionales y los especializados, la tecnología que se incorpora es de alta complejidad. En el nivel primario, conforme evaluación efectuada por el Ministerio de Salud, se ha realizado una inversión considerable

en los rubros de planta física, especialmente con la cobertura de servicios a cargo de los EBAIS.

Según datos aportados por el equipo que estudió los recursos tecnológicos en el Análisis Sectorial, en los últimos cuatro años se han realizado empréstitos para la renovación de equipo hospitalario por el orden de 40 millones, además de 32 millones del empréstito del BID para la construcción del Hospital de Alajuela. En el 2000, la CCSS en su presupuesto consideró la suma de €1300 millones para la compra de equipos y €4000 millones para infraestructura.

La incorporación tecnológica, a su vez requiere personal capacitado para el mejor aprovechamiento de la inversión, razón por la cual el Sector Salud ha incentivado becas y otros programas para la actualización de su personal en diferentes 13 21 La cuenta 2190 Contratación Servicios Área Salud, a partir de 1999 se desagrega en las otras cuentas como objeto de gasto (Información de Licda. Roxana García, Direc. de Presupuesto, CCSS.) campos del quehacer laboral. Las actividades de actualización las realiza el personal tanto dentro como fuera del país.

En el área de medicamentos, el Ministerio de Salud ha desarrollado una política de registro y control congruente con las necesidades de la población. Por su parte, la Ley General de Salud regula lo referente a publicidad de medicamentos y establece que esta debe ser cierta y demostrable y la cual no debe confundir al usuario en cuanto a las propiedades del producto o su origen. Esta misma ley, le da potestad exclusiva al Ministerio de Salud para la importación de estupefacientes. La fiscalización de psicotrópicos y estupefacientes se basa en el control de las importaciones y reexportaciones, así como en el control de su movimiento en droguerías y farmacias. El conjunto de normas existentes da respaldo a los usuarios de la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos disponibles en Costa Rica. Si bien los precios de medicamentos en el mercado privado no están regulados, se han implementado programas de información al consumidor que permitan mejorar los precios y establecer mecanismos de competitividad entre las farmacias privadas. En vista de la universalización de la seguridad social, el 80% de los medicamentos que consume la población es suministrado por la Caja Costarricense de Seguro Social, lo cual permite una alta accesibilidad a este tipo de productos.

El conjunto de normas existentes da respaldo a los usuarios de la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos disponibles en Costa Rica.

En materia de gestión de recursos humanos, el Sector Salud ha enfrentado cambios significativos en los últimos años. Estos cambios pueden resumirse en los siguientes aspectos:

- a) La oferta académica en áreas de la salud se ha visto incrementada con la participación de universidades públicas y privadas.
- b) Los colegios profesionales han tenido un papel protagónico en la certificación y recertificación profesional, así como en la vigilancia del desempeño legal de las profesiones en salud.

- c) Se han incrementado los procesos de negociación con las organizaciones laborales.
- d) El trabajo se ha visto flexibilizado con nuevas formas de contratación.
- e) Los procesos de investigación y planificación de los recursos humanos comienzan a formar parte de una agenda de trabajo necesaria.
- f) La legislación en la materia ha sido una constante en el campo del empleo público para garantizar estabilidad laboral y respeto a los derechos fundamentales.
- g) Los sistemas de información en Recursos Humanos se consideran como herramientas necesarias para la toma de decisiones y para la investigación, entre otros.

Como parte de los cambios enfrentados por el Estado, uno es la reforma laboral. En el año 2000 se aprueba la Ley de Protección al Trabajador, N° 7983 del 16 de febrero del 2000, que entre otros de sus propósitos tiene el establecer los mecanismos para ampliar la cobertura y fortalecer el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS como principal sistema de solidaridad de los trabajadores. Autoriza esta ley el manejo de fondos de capitalización laboral a las Operadoras de Pensiones, que administran un régimen complementario e introduce reformas importantes al derecho de la cesantía laboral consagrada en el Código de Trabajo.

Las Operadoras de Pensiones son entidades encargadas de administrar los aportes, constituir y administrar fondos de capitalización laboral y fondos correspondientes al Régimen Complementario de Pensiones y los beneficios correspondientes, sujetas a las normas dictadas por la ley.

En materia de pensiones, se trata de dar sostenibilidad financiera a uno de los principales regímenes, como es el de Pensiones de la CCSS. Actualmente las edades de retiro por vejez son 61 años y 11 meses para los hombres y 59 años y 11 meses para las mujeres, con un determinado número de cotizaciones según la reglamentación vigente. Esta sostenibilidad financiera es parte de la agenda política, por cuanto la población costarricense tiende al envejecimiento. La estructura de la población muestra cambios significativos, pues se ha venido reduciendo el peso relativo de las poblaciones más jóvenes (entre los 0 y los 14 años) y se ha incrementado el grupo de 15 a 64 años, así como el de las personas con 65 años y más. El incremento de la población de adultos mayores no solo representa una mayor demanda de servicios en salud, sino una aceleración del régimen pensiones.

El incremento de la población de adultos mayores no solo representa una mayor demanda de servicios en salud, sino una aceleración del régimen pensiones.

Algunas recomendaciones que se han discutido para ajustar el régimen de protección y su financiamiento a los principios de nuestro sistema de seguridad social, son las siguientes:

- a) “Transformaciones de los Regímenes Especiales de Pensiones en regímenes complementarios o suplementarios.
- b) Aumento en el nivel de cobertura de los trabajadores independientes.
- c) Aumento en los niveles actuales de contribución.
- d) Racionalización del perfil de beneficios y requisitos del régimen de protección del estado de invalidez.”

A conclusiones similares llegan Rodríguez y Durán en su libro *Reforma de Pensiones: Los desafíos de la Vejez* (1998), al señalar que la persistencia de un déficit en el Régimen de IVM deja ver que, tarde o temprano, tendrá que recurrirse a un aumento en el financiamiento del sistema. En cuanto a la población actualmente descubierta uno de los retos es la extensión de la cobertura, para lo cual proponen hacer una evaluación cuidadosa de esos programas y confiarse su dirección a gestores del más alto nivel. En relación con la población sin capacidad contributiva, la reforma, a su criterio, debe ofrecer una respuesta para la población más pobre la cual durante su vida activa carece de medios suficientes para contribuir a la seguridad social.²⁶

En cuanto a la población actualmente descubierta uno de los retos es la extensión de la cobertura, para lo cual proponen hacer una evaluación cuidadosa de esos programas y confiarse su dirección a gestores del más alto nivel.

Cada una de las propuestas anteriores tienen un impacto considerable en el conjunto social, por lo cual su incorporación, si se hace, debe ser en forma paulatina, y quizá mucho más lenta que la que ejerce la presión financiera actual sobre las reservas existentes.²⁷ Sobre el particular, el Ministro de Hacienda, dentro de la “Agenda de Transformación Fiscal para el Desarrollo” presentó un Proyecto de Ley N°14.82 denominado “Ley para el Control de las Pensiones de Privilegio”, en el cual, entre otros aspectos, en su exposición de motivos se lee lo siguiente:

- a) Fiscalización de la Superintendencia de Pensiones para velar porque se dé el mejor uso de los recursos del Presupuesto Nacional.
- b) El traspaso de cuotas y el otorgamiento de varios derechos con las mismas cotizaciones en diferentes regímenes, ponen en peligro la sostenibilidad del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte a largo plazo.

Este proyecto de ley, establece reformas a la ley 7302, del 8 de julio de 1992, Creación del Régimen General de Pensiones con cargo al Presupuesto Nacional, en cuanto a cotizaciones sobre su pensión. También cotizarán en forma especial, solidaria y redistributiva los pensionados y jubilados cuyas prestaciones superen los montos que se fijarán: “El monto base de cálculo con respecto al cual se determinará la contribución solidaria indicada (...) es igual al salario de un catedrático de la Universidad de Costa Rica con la sola consideración de treinta anualidades y dedicación exclusiva”. (art.2, inciso 2).

Este proyecto incluye reformas a la Ley Orgánica de la CCSS, en cuanto a inversiones de sus recursos, mediante principios como seguridad, rentabilidad, liquidez y ventajas. Los fondos del Régimen, dice el proyecto, "...no podrán destinarse a otros fines ni trasladarse fuera del Fondo las sumas debidamente enteradas por concepto de cotizaciones obreras, patronales y estatales; en tal sentido, la Caja tiene prohibido traspasar sumas de dinero del Fondo de Pensiones aún y cuando éstas se pretendieran traspasar a otro régimen de pensiones distinto del de invalidez, vejez y muerte".

Así mismo, comprende una reforma en cuanto a que los trabajadores al servicio del Poder Ejecutivo, Poder Legislativo, Tribunal Supremo de Elecciones, municipalidades, instituciones autónomas o semiautónomas del Estado, instituciones descentralizadas y sociedades anónimas en donde el Estado tenga mayoría accionaria, nombrados con posterioridad al 15 de julio de 1992, solo podrán jubilarse por el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS.

Principios

Este proceso de reforma implica la vigilancia de los principios y valores básicos del sistema de salud costarricense, como son universalidad, obligatoriedad, solidaridad, igualdad, unidad y calidad de la atención. Estos principios, en resumen, se entienden como:

Universalidad: protección a la salud a toda la población costarricense, conforme mandato constitucional.

Obligatoriedad; contribución forzosa para afrontar las consecuencias derivadas de los riesgos y para promover las acciones en salud.

Solidaridad: aporte proporcional según los recursos de cada quien.

Igualdad: trato sin ningún tipo de distinción. 16 28 Costa Rica, La Gaceta Diario Oficial, N°156, Alcance 58 del 16 de agosto del 2002.

Unidad: protección única y general para promover la salud, mediante un funcionamiento institucional integrado.

Calidad: eficiencia en los servicios y trato humanizado

Para dar vigencia a estos principios, se optó por el fortalecimiento institucional, mediante mecanismos de eficiencia organizacional, la descentralización administrativa (desconcentración instrumental), los programas de atención integral y la introducción de mecanismos tales como los compromisos de gestión.

También se implementó el programa de acreditación y habilitación de establecimientos, para garantizar los elementos básicos de funcionalidad con criterios de calidad.

La calidad de la atención ha sido una preocupación estatal y se han creado instancias como la Dirección de la Auditoría General de Servicios de Salud, la Superintendencia General de Servicios de Salud y sus Contralorías de Servicios y leyes específicas que resguardan los derechos ciudadanos. Se suma a este interés estatal, el papel que desempeña la Defensoría de los Habitantes en procura de la observancia de los derechos de los ciudadanos. Las Juntas de Salud creadas por Ley 7852, tienen el propósito de fiscalización de los servicios como entes auxiliares de los establecimientos de salud nombradas por patronos, asegurados y asociaciones del área de atracción del centro de salud. Puede decirse que existe la voluntad social y política para el resguardo de principios fundamentales que le han dado vigencia al sistema de seguridad social costarricense. En un apartado específico de este trabajo, se analizará la participación de estos y otros organismos en el control de las reformas.

Un elemento característico del proceso de transformación institucional del Sector Salud es que los principios que han guiado su desarrollo no son negociables. Se ha sostenido, que desde el momento en que uno de esos principios sea negociable se pierde, sin oportunidad de revertir la situación deseada.

Retos

Los retos son puntos medulares que deben ser plenamente identificados y caracterizados por los análisis sectoriales e institucionales, puesto que muestran los nudos críticos sobre los que se debe incidir positivamente mediante políticas, planes y programas concretos, para evolucionar de una situación actual a una situación

Teniendo como referencia la situación planteada en este documento, se plantean como retos los siguientes:

1. Sostenibilidad financiera del sistema de seguridad social, que considere los siguientes elementos:
 - a. Incrementar la eficiencia productiva del sistema, por medio del mejoramiento de la asignación y productividad de los recursos, dentro de los preceptos de equidad, eficiencia, eficacia y sostenibilidad. La programación, uso y evaluación de los recursos han de formar parte de políticas consistentes del aparato administrativo tendientes a la rendición de cuentas en cualquier nivel de gestión. Los Compromisos de Gestión han de considerar elementos

Un elemento característico del proceso de transformación institucional del Sector Salud es que los principios que han guiado su desarrollo no son negociables.

Los Compromisos de Gestión han de considerar elementos de productividad de servicios, pero muy vinculados con la calidad de éstos y contener los indicadores suficientes para la medición del impacto.

de productividad de servicios, pero muy vinculados con la calidad de éstos y contener los indicadores suficientes para la medición del impacto. Estos compromisos han de ser un instrumento gerencial por excelencia, en donde se incentive la buena práctica administrativa y la ampliación de los niveles de cobertura con equidad.

- b. El envejecimiento de la población se presenta como un reto para los servicios de salud y de pensiones. En los primeros, por cuanto la red de servicios de salud debe enfrentar cambios para la atención de patologías crónicas y para atender a una población, a la cual debe garantizársele no solo la atención de la salud con niveles de acceso oportunos, sino que se deben desarrollar programas que contribuyan con la calidad de vida. La accesibilidad debe estar garantizada en cuanto a oportunidad, eficiencia y con un nivel de resolución lo más cercano posible al medio en donde vive la persona. En materia de pensiones, debe garantizarse la sostenibilidad financiera del régimen, mediante diversos mecanismos como el aumento de los niveles de cobertura de los trabajadores independientes; el aumento en los niveles actuales de contribución; el mejoramiento de los sistemas de recaudación; el control efectivo de la evasión; la capitalización adecuada del régimen y la transformación de los regímenes especiales en regímenes complementarios o suplementarios, como algunas de las opciones que se han considerado para tratar en forma conciliada con organizaciones laborales, empresariales, estatales, comunitarias y el Poder Legislativo.

Debe garantizarse la sostenibilidad financiera del régimen, mediante diversos mecanismos como el aumento de los niveles de cobertura de los trabajadores independientes.

2. Mejorar el empleo calificado, mediante un mayor acceso a la educación, especialmente de las poblaciones jóvenes que se deben insertar en el mercado laboral. La carencia de educación es el factor que más negativamente repercute en los niveles de pobreza, de tal forma que el combate a la pobreza, que ha sido preocupación del país, se inicia con un mejor acceso a la educación. En la franja de edad de los 13 a los 19 años, que es la población que debería asistir al colegio hay un porcentaje del 45,3 que no asiste, lo cual es una preocupación estatal que se trata mediante programas de cobertura de centros educacionales, de ayuda a familias pobres por medio de becas y otros tipos de asistencia para que el número de jóvenes que deban asistir al colegio crezca. Autoridades en materia educativa también tratan de adecuar los programas de estudio para promover la motivación y con ello la permanencia de esta población. La enseñanza del inglés y la computación se incentiva desde los primeros años escolares. Por su parte el Instituto Nacional de Aprendizaje sigue extendiendo sus programas para un mejoramiento de la fuerza laboral del país. Uno de los desafíos que se plantean en el VIII Informe del Estado de la Nación, y que repite lo planteado en informes anteriores, es ampliar la cobertura, mejorar la calidad y diversificar la educación secundaria. Importante compromiso de la educación no es solo formar para el hacer, sino orientar para el ser, lo cual implica no solo incorporar la técnica como un elemento de adaptación al medio social y laboral, sino incorporar en el educando valores para la vida.

3. La calidad de los servicios de salud es otro de los compromisos importantes, especialmente en lo que se refiere a un mejor acceso a estos, mediante un trato humanizado y cálido. Reducir los tiempos de espera para tratamientos, exámenes o cirugías forman parte de los planes para incentivar una mejor atención. La oferta de servicios debe adecuarse a una demanda acelerada y cada vez con mayores niveles de exigencia. Es necesario ampliar y fortalecer los procesos de acreditación, habilitación y evaluación con la finalidad de que los servicios públicos y privados respondan a las necesidades de la población en términos de calidad y de eficiencia. Se está trabajando en un sistema de Garantía de Calidad en el Sector Salud como prioridad nacional. Los equipos de mejoramiento continuo de la calidad deben ser fortalecidos en la consecución de sus propósitos. La regulación es otro aspecto en la garantía de la calidad: es necesario crear una normativa que permita circunscribir la actividad pública y privada a ciertos requerimientos mínimos en cuanto a instalaciones físicas, equipos, personal, patrones de calidad, medidas de seguridad, satisfacción de los usuarios y control de precios, entre otros. En el campo privado de la salud, la regulación no se ha de considerar como una barrera para el desarrollo, sino como un modo de fortalecer su crecimiento, en el que se garantice una simetría entre el interés económico particular y el bien público.
4. La tecnología debe asumirse como un elemento inherente a la atención de los servicios de salud, disponiendo de una política para organizar la gestión tecnológica que incorpore criterios de adquisición, uso, accesibilidad y evaluación de su impacto. Debe garantizarse que la tecnología adquirida, especialmente la de alta complejidad, tenga una distribución equitativa entre los diferentes centros de trabajo y responda a las necesidades de la demanda. Es necesario contar con criterios técnicos de reposición tecnológica que respondan a las necesidades de trabajo y no a demandas profesionales o exigencias del mercado por introducir variantes que aportan poco al aumento de los niveles de accesibilidad y equidad. La adecuada gestión tecnológica debe orientarse por la accesibilidad y la cobertura, a fin de prestar el servicio lo más cercano posible en donde se origina el problema, tratando de romper la barrera de la centralización histórica existente en esta materia.
5. En materia de medicamentos, debe desarrollarse una política de farmacovigilancia congruente con las necesidades de la población que refuerce la actual política de registro y control. Con el propósito de facilitar la accesibilidad a los medicamentos, debe reforzarse la política que fomenta el empleo de los genéricos con estudios previos de equivalencia terapéutica que garanticen su calidad y eficacia. Es importante continuar con las normas de calidad y eficacia y los esfuerzos plasmados en los reglamentos de Validación de Métodos de Análisis, el de Elaboración de los Estudios de Estabilidad y el del Control Estatal, así como el de Validación de Métodos Analíticos requeridos para el Registro Sanitario de Medicamentos ante el Ministerio de Salud.

Es necesario ampliar y fortalecer los procesos de acreditación, habilitación y evaluación con la finalidad de que los servicios públicos y privados respondan a las necesidades de la población en términos de calidad y de eficiencia.

6. En el campo de los recursos humanos, los retos pendientes están orientados en la calidad y cantidad de personal para atender la demanda de los servicios. La política de recursos humanos debe ser conciliada entre los diferentes actores sociales que participan en la formación, la capacitación, el empleo y el ejercicio técnico y profesional de las disciplinas de la salud. Ha de asegurarse que la oferta académica responda a un modelo de atención más integral que eminentemente biológica y donde se garantice una alta calidad de los egresados. Lo deseable es que las carreras afines al Área de la Salud sean acreditadas por el Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior. Las regulaciones de la práctica docente en centros de salud deben ser una acción sostenida en procura de los derechos y la privacidad de los pacientes, conforme la reglamentación existente. Se hace necesario reforzar los procesos de investigación y planificación de recursos humanos, sustentados en sistemas de información actualizados.

Las regulaciones de la práctica docente en centros de salud deben ser una acción sostenida en procura de los derechos y la privacidad de los pacientes, conforme la reglamentación existente.

7. El sistema de salud costarricense debe continuar reforzando los temas especiales como VIH/SIDA, Salud Mental, Salud Ambiental y Vulnerabilidad y Preparativos para Desastres, como componentes esenciales de la salud pública. La idea es reforzar los mecanismos de promoción y prevención en esta temática, iniciando por los estilos de vida saludables que implican una coherencia entre las actitudes individuales y el de las otras personas y el respeto por el ambiente en el cual se desarrollan las interrelaciones sociales. La salud como consecuencia de elementos multifactoriales, entre otros aspectos, depende de un ambiente saludable y libre de riesgos innecesarios. Sin embargo, este equilibrio con el ambiente se rompe como producto de la sobreexplotación de la naturaleza y del desprecio por la calidad de vida de quienes están inmersos dentro de un ambiente específico. El reto que se impone, es seguir optando por el desarrollo, sin detrimento de los avances que el país ha logrado en materia de protección ambiental. El desarrollo no implica necesariamente la extracción ni el consumo desmedido de los elementos naturales, ni justifica el daño irreversible que se le pueda causar al planeta.

Finalmente, la modernización de los servicios de salud y pensiones, en su parte operativa, se ha conceptualizado como una reforma en sí, pero no constituyen esencialmente una reforma, si este importante esfuerzo no se complementa con otros elementos de la salud pública esenciales para garantizar una mejor calidad de vida de las personas en relación con el ecosistema. La reforma operativa es un inicio importante, pero no el esfuerzo final. Aún debe atenderse la deuda pendiente con una mejor condición del ambiente, y con un mayor respeto por la naturaleza y sus elementos para ir consolidando un paradigma de salud pública que los abarque.

La reforma operativa es un inicio importante, pero no el esfuerzo final.

Debe rescatarse el concepto de que la salud no es solo ausencia de enfermedad.



EJERCICIOS Y ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Ejercicio individual

Realice un breve ensayo sobre el marco conceptual, principios, posibles reformas y perspectivas de los seguros sociales de su país. Describa la crisis de los seguros sociales dentro del Estado de bienestar, desarrollando el marco económico y demográfico en que operaron los seguros sociales hasta la década de los años ochenta.

Extensión: entre cinco y ocho páginas.

Módulo III. Instrumentos jurídicos para la gestión de la reforma de la seguridad social

INTRODUCCIÓN

El módulo III de este curso presenta una serie de colaboraciones de varios países latinoamericanos sobre las reformas de los sistemas de seguridad social. Los regímenes de seguridad social fueron obligados a modificar sus estrategias económicas y sociales y sus estructuras administrativas para responder a las nuevas necesidades sociales y a los riesgos y oportunidades del proceso globalizador. Los cambios llevados a cabo se ubican dentro de una nueva distribución de competencias entre gobiernos, instituciones y sociedad.

Los autores nos presentan, desde variados ángulos, los errores y aciertos de los diferentes procesos de reforma y sus resultados ante las necesidades sociales reales, el análisis de los costos sociales, la eficiencia económica y el respeto a los principios de la seguridad social.

De los temas que se presentan se puede obtener la conclusión de que la reforma de la seguridad social en Latinoamérica ha sido de una gran versatilidad y dinamismo, ya que en la actualidad, y con pocos años de vigencia, existen varias generaciones de reformas. Sin embargo, en todas ellas encontramos los mismos objetivos: sistemas que generan pensiones dignas y sin carencias, y una cobertura universal. La mayoría de las reformas, además, han abierto las posibilidades de la participación privada en la gestión.

Por último, del análisis de las colaboraciones es fácil confirmar que no existe la solución única y que ningún sistema está libre de riesgos.



OBJETIVO

- Analizar diversas perspectivas sobre el comportamiento de las reformas de seguridad social en América Latina.

TEMAS

1. Características del sistema reformado de seguridad social en México
Por Antonio Ruezga Barba
2. Características del sistema reformado de seguridad social en Chile
Por Nicolás Starck Aguilera
3. Características del sistema reformado de seguridad social en Colombia
Por Juan Carlos Cortés
4. Características del sistema reformado de seguridad social en Argentina.
Por Alfredo Jorge Gamietea y Jorge Isaac D'Angelo
5. Características del sistema reformado de seguridad social en Costa Rica
Por Carlos Fuentes Bolaños



ACTIVIDAD DE EVALUACIÓN

Ejercicio individual

En un mínimo de cinco páginas y un máximo de ocho, realice un breve ensayo sobre el desenvolvimiento y desarrollo de las reformas de la seguridad social en Latinoamérica, contando con la colaboración de cuantas personas puedan proporcionarle aportaciones en la materia, para lograr un documento que sea reflejo profundo de la realidad de su institución o país en estos aspectos.

Tema 1. Características del sistema reformado de seguridad social en México

Por Antonio Ruezga Barba*



Resumen

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

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

....

* *Este texto es un extracto de un artículo elaborado a petición de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social por Antonio Ruezga Barba. Su difusión queda restringida a los participantes en este curso.*

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

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

Tema 1. Características del sistema reformado de seguridad social en México

Por Antonio Ruezga Barba

Cambios fundamentales contenidos en las reformas

Como se ha indicado, ante los resultados de las transformaciones económicas y demográficas, se hizo necesaria una reforma del seguro social, para dar viabilidad a sus prestaciones.

En primer lugar, con base en las normas legales y documentos de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR), es importante indicar que las reformas a la Ley del Seguro Social, en materia de pensiones, separaron el ramo de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (IVCM), en dos ramos: Invalidez y Vida (IV) y Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV).

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

El trabajador podrá disponer de sus recursos acumulados en su cuenta individual de ahorro para el retiro, para disfrutar una pensión por cesantía en edad avanzada o vejez, una vez cumplidos los requisitos que la Ley establece. Ya sea que tenga cumplidos 60 años para pensionarse por cesantía o 65 para vejez y 1250 semanas de cotización en los dos casos. En ese momento tendrá derecho a escoger la pensión que más le convenga, ya sea mediante una renta vitalicia, que contratará en una empresa aseguradora de su elección o recibiendo su pensión a través de retiros programados que realice por conducto de su Administradora de Fondos para el Retiro.

Si el trabajador no acumula en su cuenta individual los recursos suficientes para contratar una renta vitalicia o seguro programado al final de su vida laboral, el gobierno le garantiza una pensión equivalente a un salario mínimo general para

el Distrito Federal. El trabajador que no haya cumplido con el requisito del periodo de cotización y tenga 60 años o más, podrá retirar el saldo de su cuenta individual en una sola exhibición.

Las administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE) son entidades financieras especializadas, creadas para administrar, de manera profesional, exclusiva y habitual las cuentas individuales. La elección de la AFORE que administrará los ahorros para el retiro de los trabajadores es libre e individual. Las AFORE tienen personalidad jurídica y patrimonio propio y para su constitución y funcionamiento requieren de autorización de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR). Toda AFORE está sujeta en cuanto a su contabilidad, información, sistemas de comercialización y publicidad a lo que la CONSAR establezca.

Las AFORES canalizan los recursos de las cuentas individuales de ahorro para el retiro a las Sociedades de Inversión Especializadas de Fondos para el Retiro (SIEFORE), con objeto de obtener rendimientos, mediante su inversión en instrumentos financieros, que incrementen el ahorro del trabajador para su pensión. Cada AFORE podrá operar varias SIEFORES, con distintas características de riesgo y rentabilidad. Las SIEFORE son entidades financieras a través de las cuales las AFORE invierten el ahorro de los trabajadores. Tienen personalidad jurídica y patrimonio propios, diferentes al de las AFORE. Para su constitución y funcionamiento, como las AFORE deben contar con autorización de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, sujetándose en cuanto a la inversión de los recursos de las cuentas individuales, información y publicidad, a lo establecido en la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro. Las SIEFORE tienen un Comité de análisis de riesgos, para determinar las políticas y estrategias de inversión, la composición de los activos, los criterios y lineamientos para la selección de los riesgos crediticios y de mercado y la designación de los operadores que lleven a cabo las políticas de inversión. Las SIEFORE cuentan además con un comité de valuación de los valores que componen sus carteras.

La Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR), es el órgano desconcentrado encargado de coordinar, regular, supervisar y vigilar el funcionamiento del Nuevo Sistema de Pensiones, mediante las siguientes facultades:

1. Otorgar, modificar o revocar autorizaciones a las AFORE y SIEFORE.
2. Regular todo lo relativo a la operación de los sistemas de ahorro para el retiro.
3. Supervisar a los participantes de los sistemas de ahorro para el retiro con el objeto de evaluar los riesgos a que están sujetos sus sistemas de control y calidad de su administración, procurando su liquidez, su solvencia, su estabilidad y que se ajusten a sanas prácticas de los mercados financieros.

4. Imponer multas y sanciones, así como emitir opinión a la autoridad competente en materia de los delitos previstos por la Ley, mediante las facultades de inspección y vigilancia.
5. Celebrar convenios de asistencia técnica.
6. Recibir y tramitar las reclamaciones que formulen trabajadores, beneficiarios y patrones en contra de las AFORE.
7. Informar semestralmente al Congreso de la Unión sobre la situación que guardan los sistemas de ahorro para el retiro.
8. Dar a conocer a la opinión pública reportes sobre reclamaciones, comisiones, número de afiliados, situación financiera, composición de cartera y rentabilidad de las sociedades de inversión, cuando menos en forma trimestral.
9. Elaborar y publicar estadísticas y documentos relacionados con los sistemas de ahorro para el retiro.

Estrategias de participación y compromisos de los sectores público y privado en el nuevo sistema

En el nuevo sistema de seguro social, el Estado no busca liberarse de sus responsabilidades frente a la sociedad. Lo que en realidad desea, es encontrar nuevas estrategias para mejor cumplir con ellas.

En nuestros días, se cuestiona mucho la participación directa del Estado en diferentes áreas de la economía. Sin embargo, en la nueva Ley del Seguro Social, se mantiene la facultad del Estado, a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, de operar los servicios médicos que presta directamente y supervisar aquellos en los que lo hace indirectamente. El Estado, además, mediante las facultades de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, refuerza la vigilancia y control en lo relativo a la operación de las cuentas individuales de los trabajadores.

En la exposición de motivos se afirma lo siguiente: “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..

“Es de subrayarse que el Estado, a través de IMSS, fiscalizará el cumplimiento del pago de las aportaciones a cada cuenta, en tanto que las autoridades financieras supervisarán estrictamente la solvencia de las sociedades de inversión, garantizándose así el buen manejo de los fondos, en los términos de las leyes respectivas”.

El Estado mediante las facultades de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, refuerza la vigilancia y control en lo relativo a la operación de las cuentas individuales de los trabajadores.

Las AFORE, que como se ha indicado, son corporaciones de dedicación exclusiva, pueden ser privadas, públicas y mixtas. El Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en la nueva legislación, constituyó su propia AFORE. Cada AFORE puede tener varias sociedades de inversión (SIEFORE). Las compañías de seguros que administran las rentas vitalicias pueden también ser privadas, públicas y de capital social.

La nueva normatividad, en materia de seguro social, establece que el IMSS se mantenga como:

1. garante del cumplimiento de las disposiciones legales de la recaudación de contribuciones;
2. proveedor de beneficios para los pensionados existentes;
3. responsable de otorgar los beneficios durante la transición a los trabajadores que hayan escogido el viejo sistema de reparto al retirarse;
4. proveedor de una pensión mínima garantizada a los trabajadores del sector privado.

Estrategias que permitan una cobertura en materia de salud y pensiones, digna y de alcance universal

En la exposición de motivos de la nueva Ley del Seguro Social se indica que el gobierno incrementará su aportación al ramo de Enfermedades y Maternidad en casi siete veces más de lo que anteriormente aportaba, “ lo que se traduce en una disminución del 33% en promedio en las contribuciones de los trabajadores y las empresas a este seguro, a favor de la generación de empleos y del incremento en el ingreso disponible del trabajador”.

La propuesta implicó, además, la creación de un Seguro de Salud para la Familia en el cual, a través de una cuota fija mensual, “cualquier trabajador que no sea sujeto del régimen obligatorio podrá establecer un contrato con el Instituto para que él y su familia tengan derecho a las prestaciones médicas que otorga el IMSS...

“De esta forma, se avanza hacia la universalización de la cobertura sobre bases transparentes y equitativas, cumpliendo así uno de los principales objetivos de la seguridad social y reafirmando el compromiso del Estado Mexicano con el derecho a los servicios de salud”. El antiguo seguro voluntario del IMSS era casi cuatro veces más caro que el actual Seguro de Salud para la Familia.

“Por su parte, explica la exposición de motivos, la normatividad que se propone para el seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, busca otorgar pensiones más dignas: contar con un sistema transparente en el que el trabajador, al ser propietario de los recursos de su cuenta individual para el retiro, nunca

pierda las aportaciones hechas por él mismo, así como las que en su favor hizo su patrón y el gobierno; evitar que la inflación afecte el monto real de su pensión; que ésta sea reflejo de su esfuerzo en concordancia con toda su carrera laboral, y que existan mayores elementos redistributivos de tal manera que se beneficie más a quienes menos tienen. La nueva estructuración de este seguro, tal como se propone, contribuye a estimular permanentemente el ahorro personal y familiar.”

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

Este nuevo sistema de pensiones, anota la exposición de motivos, entraña mayor justicia que el anterior, “ya que las aportaciones derivadas del esfuerzo personal nunca se pierden; la pensión que se alcanza reconoce claramente la trayectoria laboral; se abre para el trabajador la oportunidad de obtener ganancias reales en su cuenta individual con lo cual se incrementa el monto de su pensión; además es de destacarse la mayor participación del Gobierno Federal en beneficio de los asegurados de más bajos ingresos...”

Las aportaciones derivadas del esfuerzo personal nunca se pierden.

“El sistema propuesto es más eficiente y preserva los principios sociales de la seguridad social; utiliza las ventajas de los mercados financieros para mejorar las pensiones de los trabajadores, y le da viabilidad al seguro, así como mejores oportunidades a toda la población.”

Control y supervisión del gobierno

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

“Sin lugar a dudas, esto representa un gran esfuerzo para el Gobierno de la República. Sin embargo, el costo fiscal actuarial de largo plazo es mucho menor al que se le representaría al Gobierno y a la sociedad de no concretarse las modificaciones”. Esto, además, permite contar con un sistema de pensiones con una estructura más equitativa y transparente.

“El costo anual de la reforma a IVCM se estima, con la información disponible, que podría ser equivalente, durante los primeros 10 años, a 0.4% del PIB; en los años subsecuentes se incrementaría gradualmente hasta llegar a un máximo de 0.8% del PIB; estabilizándose en el largo plazo en 0.2% del mismo producto. Estas cantidades son inferiores a las erogaciones que se tendrían que hacer año con año de no efectuar los cambios propuestos...”

“Esta propuesta fortalece el carácter público de la seguridad social porque aumenta considerablemente la participación del Estado; porque se amplía la accesibilidad para la sociedad; porque se conserva la administración tripartita del Gobierno, los obreros y los patrones; y porque se fortalecen las prestaciones sociales en beneficio de millones de mexicanos”.

Participación de organismos sociales

Una de las novedades de la reforma es que el trabajador, solo u organizado, se convierte en coadyuvante del Instituto Mexicano del Seguro Social en la labor de verificación. Sostiene, con su participación, un Estado de derecho, en el que el cumplimiento del ordenamiento jurídico se convierte en responsabilidad del gobierno, la sociedad y el individuo.

Para la elaboración de la nueva Ley de Seguro Social, se constituyó la Comisión Tripartita para el Fortalecimiento y Modernización de la Seguridad Social, con representantes de los sectores obrero, patronal y gobierno. Dicha Comisión plasmó sus conclusiones en el documento “Propuesta de Alianza Obrero-Empresarial para el Fortalecimiento y Modernización de la Seguridad Social”, que se convirtió en el documento base de la reforma.

En cuanto a la exposición de motivos, “es de reconocerse que los sectores obrero y empresarial mostraron vocación concertadora, voluntad de realizar un esfuerzo compartido y el compromiso de ampliar y mejorar los servicios y prestaciones de la seguridad social. Indudablemente dicha propuesta refleja una demanda de partes representativas de la sociedad y por lo tanto, se constituye en fuente real de derecho... ya que cuenta con un sustento evidente entre los responsables y destinatarios de los cambios.

Aspectos positivos y negativos de la reforma

La reforma al sistema del seguro social respondió a la necesidad de seguir manteniendo las prestaciones de los trabajadores. Ya se indicó que como resultado de transformaciones demográficas, económicas y de la generación de una serie

La reforma al sistema del seguro social respondió a la necesidad de seguir manteniendo las prestaciones de los trabajadores.

de inequidades del propio sistema, fue necesaria una reforma con el objetivo de asegurar la viabilidad de las prestaciones.

Beneficios a los trabajadores:

1. Tienen una cuenta individual, a través de la cual adquieren plenos derechos sobre su ahorro para el retiro y les da acceso al mercado financiero. Adquieren la posibilidad de obtener tasa de rendimiento de mercado, que generalmente no están disponibles para el pequeño ahorrador, tanto en sus aportaciones obligatorias como en su ahorro voluntario.
2. El Estado incrementa su aportación a la seguridad social, con la nueva cuota social, equivalente a 5.5% de un salario mínimo revisado trimestralmente conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), que se deposita en cada cuenta individual de los trabajadores.
3. No se presentan inequidades entre lo que se aporta durante la carrera laboral y lo que se recibe al momento de retirarse, la pensión refleja claramente los salarios percibidos durante toda la etapa productiva del trabajador.
4. El Estado garantiza el derecho de todos los trabajadores a una pensión base, equivalente a un salario mínimo, cuando cumplan con los requisitos para gozar de la misma. Esta pensión no pierde su poder adquisitivo en el tiempo, porque su monto se actualiza anualmente en el mes de febrero conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor.
5. Los trabajadores con edad para jubilarse, que no cumplan con los periodos de cotización exigidos por la Ley del Seguro Social para obtener una pensión, pueden disponer de los fondos acumulados en su cuenta en una sola exhibición, o bien seguir cotizando hasta alcanzar las semanas de cotización necesarias.
6. Los trabajadores participan de manera activa en todos los procesos, decidiendo a que AFORE se van a afiliar, en que se invertirán sus recursos (SIEFORE) y la manera en que recibirán su pensión al retirarse.
7. Pueden apreciar y revisar la evolución del monto de los recursos ahorrados, durante su vida laboral, a través del estado de cuenta que emite su administradora.
8. Tienen la posibilidad de hacer aportaciones, a manera de ahorro voluntario, para incrementar los recursos de su cuenta individual y pueden hacer retiros con la periodicidad que marca la Ley, del monto de dichas aportaciones voluntarias.

9. Están facultados para efectuar retiros parciales por desempleo o matrimonio de su cuenta individual.

Beneficios económicos para el país con la reforma:

1. Incremento del ahorro interno financiero.
2. Menor dependencia de los flujos de ahorro provenientes del extranjero.
3. Mayores recursos para financiar inversiones productivas y de largo plazo, que a su vez incrementan la generación de empleos.
4. Mayor movimiento del mercado financiero mediante el acceso de una proporción mayor de la población al mercado de valores.

Puntos negativos de la reforma:

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

Los trabajadores de la economía informal continúan sin tener derecho a pensión alguna.

Desbalances fiscales

Seguro de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez

En 1995, según documentos del IMSS, el ramo del Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte representaba el 8.5% del salario de cotización y su origen de financiamiento era tripartita. En ese año 1.5 millones de mexicanos estaban disfrutando de una pensión pagada por el IMSS. Las aportaciones de los asegurados activos cubrían las pensiones en curso, de tal manera que en este ramo se promovía el espíritu solidario de los cotizantes de una generación a otra. Como el ramo de enfermedad general y maternidad, tenía medio siglo de operación.

Por la transferencia de excedentes de este ramo hacia el financiamiento de la enorme infraestructura médica, los trabajadores de México contaban con un valioso patrimonio en materia de salud. Asimismo, estos remanentes habían financiado el déficit de las prestaciones y servicios sociales que tanta importancia

habían dado al IMSS, de manera especial desde la aprobación de la Ley del Seguro Social de 1973.

Si bien en su esencia el Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte representaba el instrumento para atender la responsabilidad de la sociedad para con los grupos de población más desprotegidos, que en algún momento fueron productivos, su estructura financiera altamente vulnerable en períodos inflacionarios por carecer de mecanismos de indemnización, no cumplía cabalmente con su propósito. Esta condición se había venido agravando a través de las distintas modificaciones a la Ley que habían impactado su solvencia financiera y que en 1995 representaba una expectativa de desfinanciamiento en el corto plazo.

La situación se apreciaba más crítica en el análisis de los fenómenos que habían dado origen a la problemática que se presentaba en 1995. Era significativo el hecho de que los trabajadores en activo crecían en una proporción menor a la de los pensionados, ya que daba lugar a que en los próximos años se agotara la suficiencia de las aportaciones para el pago de pensiones y se acabaran las reservas técnicas.

Los trabajadores en activo crecían en una proporción menor a la de los pensionados.

Como resultado de diversos beneficios se habían incrementado los costos de las pensiones: reducción de las semanas de extensión de las pensiones a familiares, gastos médicos a pensionados y derechohabientes, ayuda asistencial y medidas que, basadas en argumentos justos, habían definido un tope inferior para las pensiones, que no habían tenido una repercusión proporcional en el aumento de las cuotas. En 1995, la totalidad de los pensionados recibían, en términos reales, más de lo que habían aportado y, consecuentemente, las futuras generaciones no iban a contar con el respaldo económico necesario, aún bajo las mejores condiciones de capitalización.

Otras características de este ramo del seguro hacían patente su crítica situación en cuanto a cobertura, inequidad y desfinanciamiento. El número de protegidos por este seguro dejaba al margen al 37% de la población asalariada y al 65% de la ocupada. En 1995, un trabajador que cotizaba al límite máximo durante 40 años de vida laboral, no lograba formar un fondo suficiente para financiar el monto mínimo de la pensión de un asegurado casado.

Algunos ejemplos proporcionados por el IMSS ayudaban a comprender la problemática por resolver:

1. Un pensionado que en promedio disfrutaba durante 18 años su pensión, más la que en promedio disfrutaba su viuda por 12 años adicionales, podía ser el caso de quien cotizó durante 10 años con un 3% de sus salarios, que era el porcentaje aportado por el trabajador para pensiones de vejez y viudez.

2. Los trabajadores de menores ingresos y las mujeres eran quienes con mayor frecuencia abandonaban su carrera laboral antes de llegar a la vejez o siquiera a la edad de 60 años. Ellos no recibían ningún beneficio por las aportaciones de los años laborados.
3. En épocas de alta inflación, quienes se pensionaban veían considerablemente reducido el monto de su pensión, por el efecto del salario promedio de los últimos cinco años, que se tomaba como base para fijarlo.
4. El no considerar toda la carrera salarial de un trabajador para fijar el monto de la pensión, propiciaba que el cálculo de las pensiones no guardara proporción con el esfuerzo real y permitiera grandes injusticias.
5. El trabajador que reducía su ingreso al final de su carrera, se veía afectado en el monto de la pensión, en tanto que aquel que *sobredeclaraba* en los cinco años previos a su retiro, recibía una pensión injustamente elevada en detrimento del sistema.
6. Si un trabajador había cotizado solamente durante 10 años, ya fuera que su ingreso haya sido de una o seis veces el salario mínimo, su pensión era semejante.
7. La pensión más elevada de 10 veces el salario mínimo, la recibía quien después de haber cotizado a cualquier nivel durante más de cinco años y hasta cuarenta, cotizaba los últimos cinco en el nivel máximo.
8. El trabajador que cotizaba al mínimo nivel durante el mínimo período necesario, era quien recibía mayor estímulo y recompensa por sus aportaciones, lo que favorecía la *subdeclaración*.

En resumen, el soporte financiero de este ramo del seguro era insuficiente en el corto plazo. Las iniquidades y vicios que la base legal propiciaba contribuían a la *subdeclaración* de ingresos, el diferimiento o interrupción de cotizaciones y, en su caso, a la elevación de cuotas, de tal manera que día con día eran más críticas sus expectativas.

El soporte financiero de este ramo del seguro era insuficiente en el corto plazo.

Las reformas a la Ley del IMSS no han sido suficientes para enfrentar la severa crisis financiera de la dependencia. La problemática financiera es en extremo compleja y se profundiza por la austeridad presupuestaria. El director general de la institución, Santiago Levy Algazi, al presentar el informe de actividades 2001, detalló que el número de afiliados al 31 de diciembre de ese año, había ascendido a 10 millones 713 mil 268 individuos, los que sumados a sus dependientes y a los 10 millones 579 mil 800 beneficiarios del programa IMSS- Solidaridad, habían completado 56 millones 452 mil 203 derechohabientes, es decir, 56 por ciento de la población total de México.

Sin precisar cifras, el informe mencionaba que la desaceleración económica había provocado la pérdida de empleos, y aunque hasta marzo de 2002 se habían recuperado 89 mil 280 puestos de trabajo, eran insuficientes para generar ingresos adicionales para el IMSS.

En 2002, la situación financiera se presentó más compleja, porque con un presupuesto ligeramente inferior al de 2001, el IMSS debió asimilar el impacto del incremento en los salarios, en el costo de sus insumos y en las pensiones, con una meta de constitución de reservas muy ambiciosa.

El desabasto de medicamentos o la existencia sólo de los fármacos más baratos, la falta de equipo médico, la insuficiente infraestructura física y humana y, en general, la deficiente calidad de la atención que proporcionaba el Instituto Mexicano del Seguro Social había tenido su origen en la progresiva descapitalización del Seguro de Enfermedades y Maternidad.

Dentro de algunos años esta situación se agravará por el cambio demográfico y epidemiológico que implica el envejecimiento de la población derechohabiente y la demanda de servicios médicos y terapias cada vez más costosas, según un diagnóstico interno del IMSS de 2002.

El análisis afirmaba que los ingresos del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) no le permitían crear reservas porque los gastos eran aproximadamente de la misma magnitud. Esta insuficiencia se debía a dos causas fundamentales: primero, el Seguro de Enfermedad y Maternidad absorbía más de 80 por ciento del costo de los pasivos laborales del IMSS y, segundo, el costo médico por atender a los pensionados era cada vez más relevante.

Con respecto al pasivo laboral generado por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) del Seguro Social, señalaba que “es un problema especial por la histórica falta de ahorro. La estrategia de no crear reservas y gastar todos los ingresos – que se dio hasta la primera parte de los años noventa – determina que el SEM debe pagar no sólo su costo de operación, sino liquidar un enorme pasivo, resultado de cinco décadas sin respaldo de ahorro”.

Los ingresos del SEM eran equivalentes a 16.2 por ciento de la masa salarial: 11.8 por ciento se destinaban a servicios de personal, al pago del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y a la provisión de ese gasto. Además de lo anterior, se encontraba el aumento al doble de la población mayor de 65 años en los próximos cinco lustros. La consecuencia principal sería que el costo de los servicios médicos se multiplicaría varias veces, sobre todo en el rubro de medicamentos.

La atención de enfermedades crónico degenerativas, además del SIDA, absorbía ya en 2002 el 25 por ciento de los ingresos de la dependencia, lo que en un

La atención de enfermedades crónico degenerativas, además del SIDA, absorbía ya en 2002 el 25 por ciento de los ingresos de la dependencia.

futuro próximo influiría directamente sobre el financiamiento y la demanda de servicios y prestaciones, explicaba el documento.

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

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

En total los gastos del SEM en 2000 ascendieron a 9 mil 688 millones de pesos, lo cual representó un aumento de 4.80 por ciento con respecto al año anterior. El IMSS enfrentará a corto plazo otros retos cuya superación está estrechamente relacionada con la buena marcha de la economía nacional y el mercado laboral, principales fuentes de financiamiento.

Ubica entre sus próximos desafíos el cambio en la composición familiar y, sobre todo, el papel de la mujer trabajadora como líder de hogar, que llegará a niveles únicos en la historia. Además, la presión demográfica y la migración transformarán la capacidad de comunicación y apoyo mutuo en las redes familiares.

La informalidad en el mercado de trabajo, según el diagnóstico interno del IMSS, se perfilaba como un problema mayor, porque generaba bajos ingresos y elevaba los costos para la población que cotizaba regularmente.

El trabajador que actuaba en la economía informal tendía a acudir al IMSS cuando estaba enfermo, con relativamente pocas semanas de cotización. A largo plazo la informalidad elevaba el costo de las pensiones, al contar con un mayor número de pensiones mínimas. Por otro lado, planteaba como problemática la ampliación de su cobertura, que de no darse poco valdrían los demás esfuerzos para mejorar los servicios y la promoción del ahorro entre los asegurados. En 2001, el IMSS registró que 39.8 millones de personas formaban la población económicamente activa (PEA), de las cuales apenas 17.4 millones estaban adscritas a la seguridad social, mientras 22.4 millones estaban fuera.

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

Sin una reforma estructural, el Instituto Mexicano del Seguro Social perderá en 10 años su capacidad de operación, advirtió, en septiembre de 2002, el director del organismo, Santiago Levy, durante una reunión con diputados de la Comisión de Equidad y Género. Agregó que las perspectivas financieras no son favorables para el instituto, por lo que el mismo se encuentra en un estado “frágil y delicado”.

Como ejemplo se refirió al Seguro de Gastos Médicos de Pensionados, el cual, explicó, ya es deficitario. Sus pasivos pueden llegar en 50 años a 921 mil millones de pesos, cantidad equivalente a 16 por ciento del producto interno bruto (PIB). Actualmente (septiembre del 2002), agregó, están afiliados al IMSS más de 10 millones de trabajadores, con cuyas aportaciones se atiende la demanda de atención médica de 5 millones de jubilados y sus familias. Mientras que la prima establecida por la ley es de 1.5 por ciento del salario base de cotización, el gasto en este rubro equivale a 20 por ciento del mismo.

Para el IMSS, según la opinión de los estudiosos de esta materia, la resolución de ésta y otras problemáticas formaban parte de su razón de ser, por tratarse de la principal herramienta del gobierno federal para proveer a las familias de estabilidad económica, ante su separación de la fuerza de trabajo por retiro o discapacidad, para enfrentar demandas de salud y para facilitar el trabajo de la madre cuando sus hijos son pequeños.

En el nuevo sistema de pensiones, implementado en 1997, no se contempló un posible fracaso, por riesgo político o de mercado. Más aún, no se consideró la obligación de las AFORES de proporcionar un mínimo de utilidades a las cuentas individuales, ni el riesgo de que los recursos acumulados fueran insuficientes para pagar una pensión digna o por lo menos igual a la del antiguo sistema.

Hasta ahora, las AFORES han proporcionado intereses reales cercanos al 10%, por lo que su rendimiento ha sido satisfactorio. Los ahorros del trabajador han sido invertidos en una cartera con una composición, más o menos, de 92% de deuda pública y 8% de deuda privada. En los años venideros será difícil que los rendimientos puedan ser tan seguros y elevados en el corto plazo. Una cartera de inversión diversificada puede incrementar la probabilidad de acumular mayor riqueza para pagar las pensiones, aunque, al mismo tiempo, el riesgo de perder parte de ese patrimonio es mayor.

Para muchos estudiosos del nuevo sistema de pensiones, más importante que la riqueza, es saber para cuántos años alcanzará dicho patrimonio. Además, el nuevo sistema de retiro aún no se ha abierto a los trabajadores de la economía informal; sólo reconoce, como en el sistema anterior, el beneficio de las pensiones a los trabajadores que se encuentran laborando en el sector formal de la economía.

Más importante que la riqueza, es saber para cuántos años alcanzará dicho patrimonio.

El costo fiscal de la nueva Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social fue de 1.10 por ciento del producto interno bruto (PIB), en el año 2000. Al revisar el

comportamiento de cada una de las partidas en que se desglosó la aplicación de la nueva Ley del Seguro Social, se pudo ver que el rubro de la cuota social fue el que más creció en ese año, pues aumentó alrededor de 12.4 por ciento, porcentaje superior en poco más de siete puntos porcentuales al estimado por las autoridades en el Proyecto de Presupuesto de Egresos que se presentó para ese año.

Es importante tener presente que en la nueva Ley del IMSS, el gobierno federal hace la aportación al sistema de pensiones de la cuota social a fin de incrementar los saldos acumulados en las cuentas individuales de los trabajadores al momento de su retiro. La cuota social es equivalente al 5.5 por ciento del salario mínimo general vigente en el Distrito Federal al 30 de junio de 1997, y se deposita en la cuenta individual del trabajador por cada día laborado. Además, para conservar su valor se actualiza con el comportamiento trimestral del índice nacional de precios al consumidor (INPC).

Otros rubros, como el de las pensiones en curso de pago y el seguro de enfermedades y maternidad, aumentaron en 3 y 13.2 por ciento en términos reales, respectivamente. Es importante hacer notar que en el caso del seguro de enfermedades y maternidad, el porcentaje de crecimiento real ha sido superior en poco más de 7 puntos porcentuales al estimado inicialmente.

Dada la garantía de una pensión mínima en el seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez por parte del Estado, para todos aquellos trabajadores que hayan contribuido con al menos mil 250 semanas, el nivel de las comisiones incidirá también en el costo fiscal del nuevo sistema de pensiones.

El costo fiscal de la reforma es mayor mientras menor sea el monto acumulado en las cuentas individuales de los trabajadores, no sólo por la pensión mínima garantizada en el retiro, sino también por la pensión mínima garantizada en los seguros de riesgos de trabajo e invalidez y vida. Mientras menor sea el saldo acumulado, más trabajadores en la transición optarán por pensionarse de acuerdo con los beneficios del régimen anterior.

Mientras menor sea el saldo acumulado, más trabajadores en la transición optarán por pensionarse de acuerdo con los beneficios del régimen anterior.

La situación a la entrada en vigor del nuevo sistema de pensiones para los pensionados, los trabajadores y aquellos que ingresarían al mercado laboral, fue la siguiente:

1. El IMSS, con los recursos de las aportaciones del Estado, continuaría pagando las pensiones de los ya pensionados, las cuales se incrementarían anualmente de acuerdo al salario mínimo.
2. Los trabajadores que hubieran cotizado al IMSS, al momento de jubilarse, podrían elegir bajo que régimen hacerlo, ya sea con el anterior o con el que entró en vigor a partir de julio de 1997.

3. Las personas que comenzaran su vida laboral a partir de julio de 1997, se registrarían bajo el nuevo sistema de pensiones.

Con el nuevo sistema de pensiones, los trabajadores no perderían los recursos de su cuenta individual del Sistema de Ahorro para el Retiro, sino que los traspasaban a su nueva cuenta individual en la AFORE seleccionada.

Luis Cerda y Gloria Grandolini en su trabajo México: la reforma al sistema de pensiones, indican: “A diferencia de los nuevos sistemas de pensiones en Chile, Argentina, Colombia y Perú, la opción de continuar contribuyendo en el esquema del sistema de reparto ha sido completamente eliminada bajo el nuevo sistema mexicano, aún para los trabajadores de la transición. Los trabajadores de la transición podrán elegir los beneficios al momento del retiro, pero no en cuanto a las contribuciones. Este enfoque también difiere de la reforma colombiana, que permite cambios de sistema de manera continua por parte de los nuevos cotizantes (cada tres años). Como en Chile, todo vestigio del viejo sistema de reparto desaparecerá con la última generación de trabajadores de la transición alrededor del año 2025.

“La reforma del sistema de pensiones de México también difiere con respecto a las otras experiencias en que el Gobierno no emitirá bonos de reconocimiento (como en Chile) o pensiones compensatorias (como en Argentina) para valorar explícitamente las aportaciones de las pensiones pasadas de los trabajadores actuales. Bajo el esquema mexicano, los trabajadores pueden comparar los beneficios de los dos sistemas al retirarse y escoger el mayor. El Gobierno mexicano no podría emitir bonos de reconocimiento o pensiones compensatorias debido al tratamiento legal de los derechos adquiridos que hicieron difícil asignar un valor a los beneficios adquiridos de un trabajador bajo el viejo sistema de reparto hasta el momento de la reforma”.

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

1. El costo del pago de pensiones a los jubilados existentes antes de julio de 1997.
2. El costo de las pensiones de los trabajadores de la transición que al momento de su retiro seleccionen jubilarse por el viejo sistema de reparto.
3. Los costos de la aportación de la cuota social a las cuentas individuales y de las aportaciones gubernamentales de 0.425% del salario, para la pensión de los trabajadores.

4. El costo de la garantía de las pensiones mínimas. Para Luis Cerda y Gloria Grandolini, el costo fiscal por el pago a los pensionados e inválidos existentes en julio de 1997, equivalía a cerca de 0.4% del PIB.

La Dirección del Instituto Mexicano del Seguro Social envió, en julio de 2002, un informe al Congreso de la Unión en el que insistió en la urgencia de fortalecer las finanzas de la institución, toda vez que su situación económica era en extremo frágil y delicada y sus perspectivas a mediano y corto plazo no eran favorables.

Las autoridades de la institución pidieron a los legisladores ponderar si el reto financiero debía resolverse dentro del marco actual de derechos y obligaciones que establecía la ley o si, como parte de una solución integral a la problemática, debían explorarse algunas cuestiones que sin duda eran difíciles.

Entre ellas, destacaban la posibilidad de analizar un probable incremento de la edad de retiro, así como la disminución de los gastos de salud con una estrategia que privilegiara el enfoque preventivo, o bien, mediante alguna limitante a los beneficios médicos o de algún esquema de co-pago.

Según el informe presentado, las tendencias demográficas, epidemiológicas y del mercado laboral conformaban un cuadro cada vez más complejo para el IMSS y para la seguridad social en el país. Así, refería que en los próximos 25 años se incorporaría al mercado laboral casi el mismo número de trabajadores que tenía el país en 1980; en el mismo lapso, la población mayor de 65 años se habrá duplicado.

En el año 2010, se espera que haya un pensionado por cada dos trabajadores. En consecuencia, el gasto para la nómina del régimen de jubilaciones y pensiones del IMSS crecerá más rápidamente que los ingresos, triplicándose en este periodo. Aunado a ello, la población transitará a padecimientos crecientemente complejos y costosos. En 2002 enfermedades como el sida, diabetes y neuropatías absorbían 20 por ciento de los gastos médicos del instituto, aunque sólo afligían al 2 por ciento de la población derechohabiente.

Carmelo Mesa-Lago afirma que “el no asegurado indigente es elegible para una pensión de asistencia social previa comprobación de ingresos en tres países: en Chile cuando se alcanza la edad de retiro, pero el número de pensiones de asistencia está limitado a 300,000 y hay una larga lista de espera; en Argentina a la edad de 70 años; y en Uruguay a la edad de 70 años o cuando la persona esté incapacitada... Como es de esperar, el nivel de la pensión de asistencia es considerablemente menor que el de la pensión mínima. Por ejemplo en Chile, en 1995, la pensión mensual mínima era US\$103 (insuficiente para cubrir las necesidades básicas) mientras que la pensión de asistencia era US\$60, aún menos suficiente para cubrir dichas necesidades”.

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

Seguro de enfermedades y maternidad

En 1995, como producto de los 52 años de evolución, el Instituto Mexicano del Seguro Social tenía una estructura de servicios médicos que garantizaba a la población asalariada del país, a los pensionados y a los familiares de éstos grupos, independientemente de su nivel de ingreso o ubicación geográfica, amplio acceso a los beneficios de una medicina de la más alta especialidad y avances tecnológicos.

Entre los principales logros alcanzados, según documentos del propio Instituto, destacaba el abatimiento de los índices de mortalidad general en más de un 50%, entre 1960 y 1995. En una proporción ligeramente superior se había logrado reducir la mortalidad infantil de nacidos vivos. Relevante también había sido el aumento en la esperanza de vida al nacer, de 58 años en 1960, a 72 años en 1994. Destacaba también como logro importante de la seguridad social mexicana, el brindar atención médica integral al núcleo familiar, sin pagos extras por los beneficios recibidos, cualquiera que fuera el nivel de cotización del asegurado.

Destacaba también como logro importante de la seguridad social mexicana, el brindar atención médica integral al núcleo familiar, sin pagos extras por los beneficios recibidos.

Singular en el mundo era el hecho de que quedaba satisfecha la demanda hospitalaria con sólo 1.1 camas por 1,000 usuarios sin detrimento de la calidad y la oportunidad. Durante el período de incapacidad para trabajar el asegurado recibía subsidios económicos proporcionales a su salario. Las tasas de natalidad habían descendido de manera notable ya que desde 1960 se habían reducido en un 39%. El perfil de las enfermedades y los importantes logros en materia de salud pública acreditaban fehacientemente la contribución del Instituto a la salud de los mexicanos.

Frente a sus fortalezas y logros, de los que se han destacado sólo unos cuantos, este ramo de seguro confrontaba serios problemas a resolver por su insuficiente soporte de financiamiento que, de origen, había sido deficitario, ya que se había establecido sólo para los trabajadores, sin incluir sus núcleos familiares y, en 1995, se veía amenazado por serios problemas por resolver.

El efecto de la mayor esperanza de vida alcanzada, la mutación epidemiológica, así como la aparición de padecimientos y el impacto de la crisis en la economía familiar se traducían en una mayor demanda de servicios que elevaba los costos de operación, sin aumento en las cuotas. La atención al no derechohabiente en servicios de urgencia gravitaba, también, en esta rama del seguro. La vertiginosa dinámica de los avances tecnológicos de la medicina, el encarecimiento de los insumos y la elevación de los gastos de servicios de personal contribuían al desequilibrio financiero del seguro.

La carencia de recursos para inversiones en infraestructura, mobiliario, renovación de equipo y modernización tecnológica se agravaba ante la imposibilidad de, como en el pasado, financiar estos conceptos con los excedentes del ramo de seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte.

Los sistemas de afiliación y vigencia de derechos eran obsoletos e ineficientes y, asimismo, elevaban los costos operativos, ya que propiciaban que la institución otorgara servicios a quienes, de acuerdo con la Ley, no les correspondían.

La participación del IMSS en programas de salud a población abierta, así como la operación de modalidades de aseguramiento con subsidios, a través de regímenes modificados, justificados en 1973 para ampliar la cobertura del Instituto, eran elementos adicionales de elevación del monto de egresos monetarios en deterioro del financiamiento del ramo.

Por todas las razones antes expuestas la cobertura se alejaba del principio de universalidad y limitaba la mejora de la calidad de los servicios médicos en términos de satisfacción del derechohabiente, adecuados estímulos y condiciones de trabajo para quienes conformaban, en 1995, los equipos multidisciplinarios en el primer nivel operativo de la atención.

De lo expresado se desprende que los servicios de atención a la salud que el IMSS había brindado a la población mexicana tenían un valor incalculable y grandes potencialidades. Sin embargo, el reto que enfrentaban, resultaba evidente a la luz del conocimiento que tenían todos los sectores involucrados de que existía una inaplazable necesidad de cambiar la realidad que se vivía en 1995.

La reforma implicaba la necesidad de transformar modelos y métodos de atención médica por condiciones más flexibles y adaptables a la velocidad del cambio, que enfatizaran más en la satisfacción de los usuarios y que frenaran las tendencias crecientes de los costos e hicieran óptimo el aprovechamiento de los recursos disponibles. Consecuentemente, con base en documentos del IMSS de 1995, las características del nuevo modelo debían prever que el esquema de financiamiento de este ramo promoviera el empleo formal, no incrementara las aportaciones, beneficiara la competitividad de los productos mexicanos, fuera transparente en su destino y simple en su aplicación, permitiera la extensión de la cobertura hacia la economía informal y diera elementos de juicio permanente respecto del comportamiento de sus procesos.

Con respecto a las características del modelo de atención médica se apreciaba que, en correspondencia con los factores de financiamiento y la propia misión del Instituto, se debería dar especial atención a la medicina preventiva, que aminoraría los efectos de la transición epidemiológica.

La cobertura se alejaba del principio de universalidad y limitaba la mejora de la calidad de los servicios médicos en términos de satisfacción del derechohabiente.

En el primer nivel operativo de la atención médica era imprescindible mejorar la identificación del núcleo familiar con su médico de cabecera. Este hecho implicaba que el diseño del nuevo modelo debía permitir al asegurado la libre elección de su médico, de tal manera que, por sistema de trabajo, se propiciaran y alcanzaran mayores grados de satisfacción de los derechohabientes, trato más humano y mayor comunicación personal y efectiva del paciente con su médico, en beneficio directo todo esto, de una obtención gradual de mejores niveles de salud y calidad de servicios.

Era precisamente en el primer nivel operativo de la atención médica en donde mayores áreas de oportunidad y posibilidad existían para incidir en la disminución de costos y en la elevación de la calidad. La suma de esfuerzos de carácter multidisciplinario y el aprovechamiento de experiencias, anteriores a 1995, en programas tales como el de medicina familiar siglo XXI, eran elementos que aportaban vías para el necesario *salto* que debía darse en la nueva era del IMSS.

Para alcanzar los propósitos descritos debía incrementarse la capacidad resolutive de este nivel primario, para que en la demanda de atención más frecuente se lograra la satisfacción con la excelencia y eficacia que debían esperarse de la medicina familiar. La prioridad de la asignación de insumos y de herramientas tecnológicas en sistemas operativos y de información, eran factores insustituibles en la nueva condición del modelo.

Como era un hecho comprobado, ya en 1995, que la derivación indebida de pacientes, del primero al segundo o tercer niveles, representaba un costo adicional e innecesario en la atención médica, la elevación de la capacidad resolutive debía efectuarse de manera simultánea con redefinición de ésta en subzonas, zonas, regiones y centros médicos, en forma paralela al perfeccionamiento de los mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes en este ámbito.

Los nuevos sistemas y procedimientos deberían aportar elementos modernos para la certificación de la vigencia de derechos y el otorgamiento de subsidios y pensiones. Esta previsión, la optimización de los procedimientos de trabajo con criterios de eficiencia y productividad y el rediseño de algunos procesos como los de abasto y auxiliares de diagnóstico, favorecerían una operación más rentable en la que sistemáticamente se estarían evaluando los resultados de operación en función de metas e indicadores del desempeño para comprobar en todo momento su capacidad de contener el crecimiento de costos.

Como toda organización prestadora de servicios, en el instituto, este ramo de seguro debería considerar en la administración de la atención médica, el establecimiento de estímulos al personal en función del comportamiento de los procesos a su cargo. Era menester reorientar esfuerzos e impulsar la capacidad para dar solución a desviaciones y oportunidades de mejora que mostraran los sistemas de información establecidos para el efecto.

La operación de las unidades médicas, en 1995, encontraba en la organización condiciones apropiadas para su autonomía de gestión. El modelo de atención médica debía considerar esta circunstancia de tal manera que la delegación de autoridad y responsabilidad fuera congruente con su posibilidad real de administrar su presupuesto basado en población por atender y servicios a prestar.

En la exposición de motivos de la nueva Ley del Seguro Social de 1995 “ Se propone que el financiamiento al seguro de Enfermedades y Maternidad tenga una transformación gradual que concluirá en un plazo de diez años, durante los cuales se incrementaría paulatinamente la cuota fija patronal al mismo tiempo que se reducirían las cargas proporcionales al salario, lo cual facilitará que el aumento de la productividad se refleje en el crecimiento de los salarios. La gradualidad permitirá un ajuste ordenado en el empleo abriendo la posibilidad de llegar a una estructura de contribuciones que elimine los graves problemas de incentivos a la subdeclaración que existen en el actual sistema y acerque el valor de la cuota pagada al valor del servicio.

La gradualidad permitirá un ajuste ordenado en el empleo abriendo la posibilidad de llegar a una estructura de contribuciones que elimine los graves problemas de incentivos a la subdeclaración.

“Al concluir el calendario de transición en la iniciativa de Ley se da certidumbre a trabajadores, patrones y al propio Instituto acerca de los objetivos que persigue la política social del Gobierno de la República”.

La exposición de motivos indica que mediante el Seguro de Salud para la Familia “se permite el acceso a los servicios médicos del IMSS a muchas familias con capacidad contributiva que por no ser asalariados formales, tenían que asistir a los servicios de salud con cargo al Estado o a la medicina privada”. Afirma, además, que si bien en 1995 existía ya la posibilidad de afiliarse de manera voluntaria al IMSS, para gozar de los beneficios del ramo de Enfermedades y Maternidad, mediante el seguro facultativo, tratándose de una familia típica compuesta de dos adultos y dos menores, el costo, según la antigua Ley, era de casi cuatro veces mayor que el propuesto en la nueva Ley para el Seguro de Salud para la Familia.

“La iniciativa establece bases claras para la suscripción de convenios de reversión de cuotas, los cuales están presentes desde la Ley del Seguro Social de 1943. Estos, que han existido desde los orígenes del Instituto, no contaban con la precisión y certidumbre jurídica requerida, fijándose ahora los principios que le garantizan protección total al trabajador. Asimismo, se establece un mecanismo para que con transparencia y sin discrecionalidad, las empresas puedan acceder a este tipo de convenios siempre en beneficio de sus trabajadores y sin poner en riesgo el equilibrio financiero del Instituto.

“En síntesis, esta propuesta de modificación al ramo de Enfermedades y Maternidad beneficia a trabajadores y patrones al disminuir las contribuciones promedio, lo que es un fuerte incentivo a la generación de empleos tan

indispensable para México como para la Seguridad Social. Esto se debe a que se amplía el financiamiento basado en fondos generales y se desgrava a la nómina, lo que permitirá crear más fuentes laborales.

“Reitero que el articulado de modificaciones al seguro de Enfermedades y Maternidad reafirma el compromiso e incrementa la participación del Gobierno de la República en la seguridad social; establece un sistema de financiamiento más transparente; permite la ampliación de manera sustancial de la cobertura acercándonos a la universalidad y fomenta decididamente la generación de empleos, lo que traerá beneficios sociales indiscutibles”.

En 136 mapas y cuadros, el Atlas de la Salud 2002, da cuenta de la situación real de la salud en el país y de los retos por enfrentar. Respecto a los males crónico-degenerativos señala la alta morbilidad que existe, por ejemplo, la hipertensión arterial la padecen 800 personas de cada 100 mil habitantes. Las enfermedades isquémicas del corazón están presentes en 85 por cada 100 mil individuos.

Una situación similar se presenta con los tumores malignos. Uno es el cérvico-uterino, que es la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres. De 1998 a 2000 aumentaron 35% las salidas de nosocomios. La tasa pasó de 4 a 5.3 por cada 100 mil habitantes.

La diabetes, considerada una epidemia y por cuya incidencia México ocupa el séptimo lugar a escala mundial, registro en el mismo lapso un aumento de 25% en los egresos hospitalarios. En siete años la tasa de morbilidad pasó de 230 a 300 por cada 100 mil mexicanos. También resaltan las enfermedades de hígado. Las salidas de hospital por esta causa se triplicaron entre 1998 y 2000, al pasar de una tasa de 3.7 a 9.8 por cada 100 mil habitantes.

El diagnóstico elaborado por el Instituto Nacional de Salud Pública, también proporciona información sobre VIH/sida. Aunque según la autoridad en la materia la epidemia está concentrada, el uso de la infraestructura hospitalaria por este mal aumenta de manera constante. Los egresos hospitalarios se incrementaron 30% entre 1998 y 2000. El director general del Instituto Mexicano del Seguro Social, Santiago Levy Algazi, al presentar el informe de actividades 2001 y el plan de trabajo para el 2002, indicó que la dinámica demográfica y epidemiológica que vivía el país, hacía muy difícil mantener los de por sí ya bajos niveles de gasto en conservación, mantenimiento y equipamiento.

El director general del Instituto declaró que para el 2002 la dependencia no contaría con recursos para contratar nuevas plazas. En su informe de actividades, Levy detalló que el presupuesto para inversiones en ese año era de apenas mil 900 millones de pesos, cuando en la última década la constante había sido de 4 mil 500 millones de pesos anuales. Esto era así a pesar de que en ese periodo los derechohabientes habían crecido en más de 20 por ciento, subrayó.

El desabasto de medicamentos o la existencia sólo de los fármacos más baratos, la falta de equipo médico, la insuficiente infraestructura física y humana y, en general, la deficiente calidad de la atención que proporcionaba el Instituto Mexicano del Seguro Social había tenido su origen en la progresiva descapitalización del Seguro de Enfermedades y Maternidad.

No obstante, dijo que México puede y debe extender la cobertura de la seguridad social a los grupos aún excluidos como son los pobres, los trabajadores del sector informal y los migrantes. Para ello, apuntó, se requiere renovar el concepto de seguridad social y desligarlo de su vinculación con el mercado formal de trabajo. Señaló que con ese objeto habrán de unificarse los diferentes esquemas actualmente disponibles para ampliar la cobertura (IMSS – Solidaridad, programa Oportunidades para los jornaleros agrícolas, el seguro popular y el seguro de salud para la familia). Para ello tendría que existir un solo marco conceptual y jurídico que establezca la seguridad social como una prestación universal.

Tendría que existir un solo marco conceptual y jurídico que establezca la seguridad social como una prestación universal.

En el 2002, el director general del IMSS, Santiago Levy, planteó ante senadores que a causa de la desaceleración económica que afectó al país en 2001, el IMSS se sintió imposibilitado para mejorar la prestación de los servicios médicos. Al detallar la problemática financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social, Santiago Levy, dijo que garantizar su viabilidad pasaba necesariamente por una nueva reforma a la Ley. Planteó algunos de los lineamientos de la estrategia con la que se buscaba hacer más eficiente la prestación de los servicios médico. Indicó que existía una propuesta para crear las Unidades Médicas de Atención Especializada, con objeto de fomentar la alta medicina y dar autonomía a hospitales del tercer nivel de atención para adquirir equipo, medicamentos y desarrollar investigación y actividades de docencia. La estrategia presentada incluía, entre otros aspectos, el copago de medicamentos. Seguro de Riesgos de Trabajo.

El Seguro de Riesgos de Trabajo, en 1995, tenía la característica de que la actividad del patrón y la siniestralidad de la empresa determinaban la clase, el grado de riesgo y la prima correspondiente. El importe de la prima fluctuaba en el rango de 0.34 y 10.35% de las nóminas; representaba un promedio de 2.5% del salario de cotización del trabajador y su pago íntegro quedaba a cargo del patrón.

Los rezagos en acciones preventivas y de capacitación para el trabajo, en contraposición con la modernización de la planta productiva y los avances tecnológicos, así como la falta de seguridad en los medios de transporte repercutían en accidentes en el trabajo y en trayecto, cuyos índices no descendían con la velocidad esperada.

La seguridad social ofrecía, mediante este ramo, una cobertura que utilizaba un sistema financiero denominado *Reporte de Capitales de Cobertura*, que se basaba en el establecimiento de los fondos necesarios para hacer frente a las prestaciones

de salud asistencial y rehabilitación, así como a las prestaciones económicas derivadas de la incapacidad temporal para el trabajo, de las indemnizaciones y de las pensiones por invalidez como consecuencia de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. El Instituto Mexicano del Seguro Social contaba con la infraestructura suficiente para cubrir este seguro a todas las empresas que lo requirieran, además de no existir rezago en el cumplimiento de las obligaciones por parte del Instituto.

Según documentos del Instituto, el desequilibrio financiero que afectaba el ramo se originaba en el aumento de las expectativas de vida de los pensionados, que repercutía en los gastos médicos, al ampliarse los riesgos de quienes alcanzaban la tercera edad de desarrollar padecimientos crónicos y degenerativos. El aumento de los beneficios respecto del régimen inicial, sin respaldo proporcional en las aportaciones, también incidía en este fenómeno. Otro factor más lo constituía la vulnerabilidad institucional en relación a los accidentes en tránsito que con frecuencia representaban desviaciones no deseadas en relación al cobro de la prestación.

El aumento de los beneficios respecto del régimen inicial, sin respaldo proporcional en las aportaciones, también incidía en este fenómeno.

Por otra parte, en relación con la determinación de la clase de grado de riesgo de las empresas, las normas no reconocían el esfuerzo y los resultados de cada empresa, en lo particular, para mejorar sus condiciones preventivas de higiene y de seguridad en el trabajo, sino el de todas las que se dedicaban a una misma actitud. Esta circunstancia de inequidad repercutía negativamente en la falta de estímulos para mejorar las condiciones de las empresas y, con frecuencia, se derivaban en impugnaciones patronales a través de juicios fiscales que encarecían los gastos de operación del Instituto y de las propias empresas.

En síntesis, la conformación del modelo de 1995 no propiciaba la justicia laboral ni estimulaba para mejorar los procesos productivos. El nuevo modelo debería considerar las fórmulas para determinar la frecuencia y la siniestralidad como base para asignar el grado de riesgo, con la elasticidad suficiente para que, con independencia de la actividad económica de cada empresa, ésta pueda acudir a los niveles más bajos de clasificación en función directa de los resultados que hubiera obtenido de sus acciones preventivas y de seguridad, así como de las de capacitación. El éxito en este sentido, se afirmaba en el IMSS, podía consolidar el financiamiento del ramo sin que fuera necesario el aumento de las aportaciones.

La nueva Ley del Seguro Social, aprobada en 1995, resume, en su exposición de motivos, los cambios aprobados en materia de riesgos de trabajo, para dar solución a esta problemática: “Para calcular la prima del seguro de riesgos de trabajo, se propone una fórmula que tiene dos componentes: una prima mínima y el grado de siniestralidad. La prima mínima es aquella que cubre los gastos de administración correspondientes a este seguro. El grado de siniestralidad se obtiene tomando en cuenta la frecuencia y gravedad de los accidentes y enfermedades de trabajo, así como un factor de prima que garantiza el equilibrio financiero del

ramo. Los accidentes en tránsito, ocurridos en el traslado del trabajador al centro de trabajo y de éste a su domicilio, para ser congruentes con el nuevo sistema, no deberán considerarse como parte de la siniestralidad de la empresa, estimulando así a aquellas que tomen medidas para prevenir también este tipo de riesgo...

“El procedimiento que se pone a consideración consiste en permitir la fluctuación anual de la prima de cotización de cada empresa en un punto porcentual hacia arriba o abajo, de acuerdo a su efectividad en la prevención de accidentes y enfermedades de trabajo.

“Según la iniciativa, las empresas de primer ingreso y las que cambian de actividad, calcularán sus cuotas conforme a la prima media de las clases que se mantienen, sólo para efectos de ubicación de este tipo de empresas. En el periodo inmediato posterior empiezan ya a cubrir sus primas de acuerdo a su propia peligrosidad.

“El procedimiento propuesto introduce una mayor equidad en el cálculo de las primas y es el incentivo más claro para que los empresarios inviertan en la prevención de riesgos de trabajo...”

En resumen, la nueva Ley:

1. Dispone que las empresas paguen su prima conforme a su siniestralidad particular.
2. Establece que la empresa, atendiendo a su siniestralidad, pueda bajar o subir un punto porcentual respecto de la prima que cubría, sin importar la clase a que pertenezca.
3. Mantiene el porcentaje de la pensión que recibirá el pensionado o sus beneficiarios.

Demografía

La Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, que se celebró en la ciudad de Madrid, España, en abril de 2002, tenía como desafío crear *una sociedad para todas las edades* y superar el reto que traía el progresivo envejecimiento de la población del planeta.

De acuerdo con informes de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el rostro del planeta cambió y el envejecimiento no es privativo de las economías desarrolladas al afectar también a las naciones en desarrollo. Se calculó que la población mayor de 60 años aumentará de los 600 millones a los dos mil millones en el año 2050. El incremento será más grande y rápido en los países en desarrollo,

En los países en desarrollo la población mayor se cuadruplicará en los próximos 50 años.

donde la población mayor se cuadruplicará en los próximos 50 años. En Asia y Latinoamérica el aumento de los adultos mayores será de entre el 8 y el 15 por ciento para 2025.

Uno de los aspectos más importantes tratados fue “la interrelación entre el envejecimiento y el desarrollo”, lo que incluía un llamamiento para la cooperación internacional y una mayor ayuda oficial para las naciones en vías de crecimiento. Uno de los retos para enfrentar el envejecimiento de la población de países en desarrollo, se decía, era crear y mantener los sistemas de protección y seguridad social, es decir, la infraestructura de atención a las personas de la tercera edad desde el aspecto de salud hasta el económico.

Por ello, uno de los puntos más importantes que abordó la Asamblea fue el mantenimiento de los ingresos de las personas mayores y, en especial, las pensiones. La población de América Latina y el Caribe envejece a un ritmo acelerado. En 2002, en la región el número de personas de 60 años de edad y mayores era de 91 millones y se preveía que su tasa de crecimiento fuera de 3.5 por ciento anual durante las dos primeras décadas de este siglo. Así que el número de adultos mayores llegará a los 194 millones y para mediados del presente siglo serán 292 millones, de acuerdo con información de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En 2002, las personas adultas mayores representaban 8 por ciento de la población total en América Latina y el Caribe y el 16 por ciento en Canadá y Estados Unidos. Para 2025, 14 por ciento de la población de América Latina y el Caribe tendrá 60 años de edad o más. En México, en 2002, había 7.6 millones de personas mayores de 60 años.

El porcentaje de las personas de 60 y más años en todo el mundo se duplicará entre 2000 y 2050 y pasará de 10 a 21 por ciento del total; se proyecta, en cambio, que el porcentaje correspondiente a los niños se reducirá en un tercio y pasará de 30 a 21 por ciento. Esta tendencia tiene consecuencias inmensas para la salud pública debido a la posibilidad de que sobrecarguen los servicios existentes y de que con ello se establezca una competencia intergeneracional por los recursos.

Al respecto, la OPS cree que los países latinoamericanos y del Caribe todavía están a tiempo de actuar y prepararse para afrontar esta situación, si ponen en práctica políticas para que la atención primaria de salud se reoriente hacia la promoción de la salud y la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades que aquejan a las personas de edad.

Sin embargo, en los próximos diez años el tema de los costos relacionados con la atención a largo plazo y las pensiones cobrará importancia en la mayoría de estas naciones, porque en 20 años más la demanda podría saturar sus sistemas de salud pública y seguridad social, ya que el envejecimiento de la población está ocurriendo con una rapidez sin precedentes, “y necesitamos prestar cooperación

técnica en una variedad de áreas especializadas para permitir a los países prepararse y responder a los retos y las oportunidades que plantea el envejecimiento”, señalan directivos de la OPS.

En un estudio sobre el envejecimiento demográfico de México realizado por el Consejo Nacional de Población, se menciona que la viabilidad financiera de los actuales esquemas de pensiones se ve seriamente amenazada por la transición demográfica que se ha experimentado en el ámbito internacional.

El aumento en la esperanza de vida implica no sólo que aumente el número de trabajadores que llega a la edad de retiro, sino que se incremente el número de años en que se les paga su pensión. Si el sistema de pensiones, como frecuentemente ocurre, también ofrece asistencia médica, la mayor esperanza de vida prolonga el periodo cuando el trabajador está retirado y requiere de atención médica más costosa y frecuente.

La mayor esperanza de vida prolonga el periodo cuando el trabajador está retirado y requiere de atención médica más costosa y frecuente.

En este sentido, un informe de la OPS destaca que mientras que en Brasil y Chile más del 60 por ciento de la población de más de 60 años que habita en las ciudades cuenta con una pensión, en México tan sólo 22 por ciento de este segmento goza de este beneficio, el resto tienen un negocio propio, están apoyados por sus familias o están en el descuido.

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

Población que percibe una pensión:

1. Bolivia 28% población urbana 3% población rural
2. Brasil 61% población urbana 74% población rural
3. Chile 60% población urbana 48% población rural
4. México 22% población urbana 8% población rural
5. El Salvador 19% población urbana 2% población rural

Adicionalmente, la OPS afirma que por medio de encuestas se sabe que más de 60 por ciento de las personas de la tercera edad consideran que sus ingresos no son suficientes y que la atención médica no es la mejor. Esto habla, dice la OPS, de que el problema del envejecimiento de la población ya está presente en países como México. El proceso acelerado de envejecimiento de la población que se produce actualmente en México provoca que cada año haya 180 mil personas más de la tercera edad.

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

Para el Consejo Nacional de Población (CONAPO), la tasa de crecimiento de la población de la tercera edad, ubicada actualmente en 3.6 por ciento anual, es

inédita en la historia y su aplicación más inmediata será la duplicación de ese sector de la población cada 19 años, aunque asegura el organismo que esa tasa de crecimiento se incrementará en los próximos años, hasta llegar a 4.6 por ciento.

Por otro lado, los reportes sobre las condiciones de salud de las personas de la tercera edad indican que, en 2002, dos millones presentaban algún tipo de discapacidad, proporción que se elevaría en la medida en que aumentara la esperanza de vida después de los 65 años, rango de edad a partir del cual se les agrupa en este sector.

El envejecimiento regularmente está asociado a la pobreza, enfermedades, discapacidad y aislamiento social, lo que convierte este proceso natural en un problema social de importancia, pues refuerza las causas de vulnerabilidad, señala el organismo. Según las proyecciones de CONAPO a partir del aumento en la esperanza de vida, se prevé que a corto plazo, una vez cumplidos los 65 años los hombres en México podrán vivir un promedio de 17.8 años más, mientras que las mujeres podrán prolongar su vida hasta 19 años.

No obstante, el envejecimiento repercute de manera más negativa en las mujeres, toda vez que, si bien viven más tiempo que los hombres, en general siguen siendo víctimas de prácticas discriminatorias, lo que se refleja en un acceso limitado a la educación, salud y empleo. Sobre esto último, el tema se vincula a la carencia del derecho a la seguridad social, por lo que en los últimos años de su vida las mujeres enfrentarán mayores problemas económicos y tendrán más probabilidades de vivir en condiciones de pobreza.

En este sentido, CONAPO alerta sobre la necesidad de adoptar nuevas políticas sociales para enfrentar el fenómeno del envejecimiento poblacional, toda vez que a la prolongación de los años de vida se añade el hecho de que las familias han reducido el número de integrantes. Por ello, afirma, en los próximos años, este problema impactará directamente en los convenios familiares para asumir las responsabilidades de los adultos de la tercera edad. Es decir, dicha responsabilidad tendrá que ser enfrentada por un menor número de hermanos. Esta situación contribuirá a sobrecargar a la familia como fuente de apoyo a los adultos mayores, por lo que urgen políticas institucionales que permitan enfrentar las nuevas condiciones sociales.

De los más de 7 millones de adultos mayores que hay en el país, tan sólo 25 por ciento tiene seguridad social, indicó Juan Carlos González Llama, Subdirector de Investigación y Desarrollo Social del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), durante la tercera Jornada de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, que se realizó en la Universidad Iberoamericana, en octubre de 2002. La gente de la tercera edad es un grupo vulnerable en el aspecto económico: la cuarta parte tiene seguro social porque fue trabajador y cotizó de

manera directa. Esto nos habla de un panorama crítico en cuanto a su acceso a servicios de salud y bienestar económico. Sus formas de sostenimiento son, en general, ayudas indirectas de miembros de sus familias que los proveen de los mínimos requerimientos. González Llamas agregó que por el rezago existente es necesario generar las condiciones de bienestar que requiere este sector para que pasen de ser *viejos no funcionales, a viejos participativos*.

La delegación mexicana que asistió a la segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, auspiciada por la ONU y en la que se reunieron representantes de 160 naciones, expuso ante el plenario el mapa de la vejez en México, un sector que, en ese momento, representaba el casi el 8 por ciento de la población, pero cuya tendencia era similar a la de los países desarrollados, en los que las personas de más de 65 años comenzaban paulatinamente a ser mayoría. Sin embargo, la realidad de los ancianos mexicanos es distinta: más de 30 por ciento son analfabetos (con mayor incidencia en las mujeres), 75 por ciento nunca ha cotizado en la seguridad social, todavía las infecciones son causa de muerte (sobre todo en las zonas rurales e indígenas que cuentan con un raquíico sistema sanitario), al tiempo que también se experimenta una transición epidemiológica como en los países ricos, en los que prevalecen como motivo de muerte las enfermedades crónicas degenerativas, y la presencia de adultos mayores se concentra, sobre todo, en los hogares de menores ingresos, con lo que se estrecha el círculo de la miseria.

La pobreza extrema, una situación que acarrea otros males como el analfabetismo, la desnutrición y la vulnerabilidad a enfermedades epidemiológicas, es la realidad en la que viven alrededor de dos millones de ancianos mexicanos, que normalmente son asistidos en el seno familiar y no cuentan con una pensión de jubilación, según datos facilitados por los representantes de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) que acudieron a la Asamblea, encabezados por el subsecretario del ramo, Antonio Sánchez Díaz de Rivera. Arnoldo Kraus, en un artículo titulado *Vejez y modernidad*, afirma que la inutilidad a la que se condena a los viejos occidentales, es un círculo perverso que los transforma en seres dependientes. La pérdida de autonomía es, sin duda, una de las peores vejaciones a las que se somete al anciano.

Agrega que las circunstancias anteriores aumentan la soledad, la desesperanza y, por supuesto, la pulsión de vida. Parecería que en Occidente prohibir la libido en el viejo es una finalidad: el silencio no estorba. La invención de la senilidad occidental, para muchos, ha sido un experimento crudo en el que no han corrido en paralelo longevidad y calidad de vida. Sostienen que entre los bienes de la modernidad, o como se les quiera denominar, el divorcio y la soledad de la vejez son evidentes. Tanto la muerte social como la biológica han cambiado conforme sabiduría y conocimiento se han multiplicado. Los paradigmas planteados por estos desencuentros – saber profundo, soledad profunda – no sólo se encuentran

La pobreza extrema es la realidad en la que viven alrededor de dos millones de ancianos mexicanos.

Tanto la muerte social como la biológica han cambiado conforme sabiduría y conocimiento se han multiplicado.

en el abandono y el aislamiento, sino en los cercos que plantea la modernidad, donde los ancianos transitan preñados por la idea de inutilidad.

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

El análisis de los datos sobre las condiciones de vida de las personas de la tercera edad en México refleja que una vez que se llega a ese rango, el paso de los años solamente provoca que las condiciones económicas sean más difíciles. Si en el grupo de edad entre 60 y 70 años, 38 por ciento de los ancianos vive bajo los niveles de pobreza, esta proporción se eleva hasta 44 por ciento arriba de los 70 años.

En el estudio *Bienestar de las personas de la tercera edad*, realizado por las investigadoras Susan Parker y Rebeca Wong, e incluido en la publicación *La economía de género en México*, financiada por el Banco Mundial, se destaca que si se compara por grupos de edad, proporcionalmente, en la vejez se registran las mayores tasas de pobreza. El análisis enuncia: “los resultados proporcionan evidencia de que los ancianos de más edad se encuentran entre los individuos más pobres de México”.

Dada la mayor esperanza de vida de las mujeres, “si ese patrón permanece en México, es probable que surja un tipo de feminización de la pobreza en la tercera edad”. Bajo este panorama y ante el hecho de que recibir algún tipo de pensión reduce en alguna medida la posibilidad de vivir en condiciones de pobreza, una de las conclusiones de análisis es el llamado a buscar esquemas de compensación económica que reduzcan el fenómeno de la pobreza en la tercera edad.

Alrededor de 47 por ciento de las mujeres que han superado los 60 años de edad son viudas, pero según las investigadoras algunos esquemas de vida permiten paliar las condiciones económicas. Es así, que por lo menos una de cada tres mujeres de la tercera edad vive en lo que se denomina hogares extendidos, esto es, con otros familiares.

Un desglose estadístico sobre la pobreza en los hogares da cuenta de que si 27 por ciento de los hogares mexicanos viven por debajo de la línea de la pobreza, esta proporción se eleva en aquellos donde residen una o dos personas de la tercera edad, alcanzando una proporción de 42 por ciento.

El análisis señala que una de las causas que contribuyen con la pobreza en la tercera edad son los sistemas de pensión que existen en México. El beneficio de

este esquema varía sensiblemente en el campo y en la ciudad, aun cuando el porcentaje de ancianos que viven de la pensión es muy bajo en general. Así, 39 por ciento de los hombres de la tercera edad que residen en las ciudades recibe una pensión, mientras que en el campo la cifra baja drásticamente a uno de cada 10. La mayor posibilidad de tener acceso a un esquema de pensión, para los últimos años de vida, está asociado con más años de educación y vivir en áreas urbanas, generalmente en mejores condiciones de vivienda.

Frente a este panorama, la búsqueda del autoempleo o un trabajo asalariado es una forma para compensar la situación económica. Sin embargo, aún en este renglón la proporción entre hombres y mujeres es muy distinta, pues si entre los hombres 60 por ciento logra tener algún tipo de ingreso por esa vía, sólo 17 por ciento de las mujeres lo hace. Más allá de la dependencia de las pensiones, esto tiene otras implicaciones importantes en el acceso a las instituciones de salud.

María Esther Lozano Dávila, Jorge Chávez Samperio y Martín Pérez Ramos elaboraron el documento *Programa de apoyo familiar frente a la salud y el envejecimiento*(4), del que me voy a permitir presentar un resumen. Con el propósito de dar respuesta a las demandas de salud de las personas de 60 años o más, afirman, el IMSS implementó en 1996 el Programa de *Atención a la Salud del Adulto Mayor*, el cual tiene como objetivo general, “lograr que la población derechohabiente alcance el envejecimiento exitoso mediante acciones conjuntas de las diferentes áreas institucionales”. Dentro de los objetivos específicos se señalan los siguientes: aumentar la autoestima de adulto mayor y lograr la integración a su familia y a la comunidad; retomar el papel protagónico de este grupo de edad dentro de su familia y la comunidad y cambiar los estilos de vida para favorecer el cuidado de la salud. Para lograr los objetivos del programa se realizan actividades en dos vertientes: una dirigida a la atención del propio adulto mayor y la segunda en donde el adulto mayor participa como promotor voluntario de salud en beneficio de su familia y la comunidad. Dentro de las actividades que se realizan en la primera vertiente están: promoción y educación para la salud, medicina preventiva, atención médica en los tres niveles de atención, actividades físicas, recreativas y sociales. Se destacan las de medicina preventiva en donde ya se tiene un programa de inmunizaciones para este grupo. En la segunda vertiente, el adulto mayor participa como promotor voluntario de salud en su núcleo familiar, en la comunidad, en las salas de espera de las unidades médicas, en los centros de día para jubilados y pensionados, en los días nacionales de vacunación y en las semanas de salud del adulto mayor.

En 1999, a tres años de operación del programa, 53 por ciento de la población adulta mayor del Instituto Mexicano del Seguro Social, se encontraba inmunizada con la vacuna antineumocócica, lo cual además de la protección específica que otorgaba, lograba un impacto social trascendente al crear una cultura de la vacunación en los adultos mayores. El 50 por ciento de este grupo etáreo ya se

encontraba protegido con el toxoide tetánico, lo que se traducía, dentro del panorama epidemiológico, en una disminución de la tasa de movilidad que iba de 1.29 en 1990, a 0.18 para 1997. Esto tenía una repercusión satisfactoria pues se podía decir que el adulto mayor estaba protegido contra esta enfermedad.

Dentro de las actividades del programa se efectúan las de docencia e investigación dirigidas al personal de salud responsable de la atención del adulto mayor, para lo que se están realizando al año dos diplomados a distancia de gerontología con enfoque de riesgo, con una capacidad de 800 alumnos de las diferentes disciplinas de salud y con una duración de seis meses; así como un diplomado presencial de geriatría y gerontología con enfoque de riesgo, con duración de seis semanas y capacidad para 40 alumnos. Además, en todas las delegaciones del sistema se llevan a cabo este tipo de acciones educativas. Antes del programa, 100 por ciento de la población adulta mayor refirió no haberse preparado ni económica ni psicológicamente para llegar a esta edad. 84 por ciento no era comprendida por su familia. 100 por ciento se sentía sola y consumía algún tipo de medicamentos. Después de participar cinco años dentro del programa, 97 por ciento se integró al grupo, haciendo a éste como parte de su familia, 100 por ciento mejoró la relación con su familia y 70 por ciento disminuyó en algún grado la ingesta de medicamentos.

Tema 2. Características del sistema reformado de seguridad social en Chile

Por Nicolás Starck Aguilera*



Resumen

Con la dictación del Decreto Ley No. 3,500 de noviembre del 1980 entra en vigencia en Chile un régimen obligatorio de pensiones basado en la capitalización individual de contribuciones definidas, una administración privada competitiva y libertad de elección para el afiliado. Este régimen, que sustituyó completamente a los regímenes de reparto ya indicados, es el primero que se conoce con estas características dentro de los sistemas de seguridad social de alcance nacional.

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

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

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

* Este texto es un extracto de un artículo elaborado a petición de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social por Nicolás Starck Aguilera. Su difusión queda restringida a los participantes en este curso.

Tema 2. Características del sistema reformado de seguridad social en Chile

Por Nicolás Starck Aguilera

En este tema se mostrará la situación de los sistemas en la actualidad, así como las reformas que actualmente se puedan estar discutiendo ya sea simplemente en el nivel de las ideas, ya sea de forma más concreta a nivel parlamentario.

Las Reformas llevadas a cabo en el Sistema de Pensiones

Reforma al Sistema de Ahorro Previsional Voluntario

Con la promulgación de la Ley N° 19.768 de 07 de noviembre de 2001, que introduce una reforma al mercado de capitales chileno se establece un nuevo mecanismo de capitalización previsional voluntaria.

Con la nueva reforma las personas podrán elegir libremente donde canalizar sus ahorros, eligiendo además los productos en los cuales invertir y el riesgo que están dispuestos a asumir. La flexibilización del ahorro voluntario contempla básicamente:

Beneficios Tributarios: se otorgan beneficios tributarios al ahorro voluntario que efectúen los trabajadores dependientes e independientes. Con esta reforma, se podrá destinar hasta 50 UF mensuales al Ahorro Previsional Voluntario, las cuales se rebajaran de la base imponible tributaria.

Mayor Liquidez: se podrá disponer de parte o la totalidad de las cotizaciones voluntarias cuando se desee, sin necesidad de esperar hasta la jubilación, sujeto a un cargo tributario.

Aumentan las alternativas para canalizar los Ahorros: Con la nueva reforma usted podrá elegir libremente donde realizar sus ahorros, pudiendo acceder a especialistas en el manejo de recursos de terceros como los Fondos Mutuos.

El Ahorro Previsional Voluntario es entonces, un mecanismo de ahorro que permite mejorar la pensión o anticipar la edad de retiro.

El Ahorro Voluntario funciona bajo las siguientes modalidades:

- Depósitos de Ahorro Previsional Voluntario, que son aportes que libremente puede hacer un trabajador para incrementar sus ahorros para la jubilación (65 años los hombres y 60 años las mujeres) o para adelantarla con un tope de UF 50 mensuales o UF 600 anuales en una en una Institución Autorizada, por ejemplo Fondos Mutuos.
- Cotización Voluntaria, que consiste en aportes que libremente puede hacer un trabajador para incrementar sus ahorros para la jubilación (65 años los hombres y 60 años las mujeres) o para adelantarla con un tope de UF 50 mensuales o UF 600 anuales en una en una Administradora de Fondos de Pensiones (AFP).
- Depósitos Convenidos, aportes en dinero que realiza el empleador en beneficio del trabajador para aumentar el monto de su cuenta de jubilación sin tope específico.

Las principales características del Ahorro Previsional Voluntario son las siguientes:

Existen dos formas de canalizar los ahorros: Los depósitos indirectos y los depósitos directos.

- Depósitos Indirectos: sumas que se entregan por conceptos de cotización voluntaria, depósitos convenidos o depósitos de ahorro previsional voluntario en una AFP o en el Instituto de Normalización Previsional, para ser transferida hacia la entidad seleccionada por el trabajador.
- Depósitos Directos: sumas que se entregan directamente a una AFP o institución autorizada.

Reforma al Sistema de Pensiones que crea los “MULTIFONDOS”

La reforma fue introducida por la Ley N° 19.795, de 28 de febrero de 2002, y consistió básicamente en Consiste en la ampliación del número de Fondos de Pensiones existentes en las AFP, de dos a cinco (Tipos A, B, C, D y E).

Hasta la reforma, solo existían dos tipos de fondos. El fondo 1, que podía ser invertido por las AFP tanto en instrumentos de renta fija como de renta variable, siempre que se respetasen los límites de inversión para cada tipo de instrumento, los cuales estaban claramente establecidos en el DL 3.500, que regula el sistema de pensiones.

Hasta la reforma, solo existían dos tipos de fondos.

Los nuevos tipos de Fondos de Pensiones se diferencian por la proporción de sus recursos invertidos en títulos financieros de renta variable. Los títulos de renta variable se caracterizan por tener un mayor riesgo y una mayor rentabilidad esperada.

El Fondo Tipo A tendrá una mayor proporción de sus inversiones en renta variable, la que va disminuyendo progresivamente en los Fondos B, C y D. Por su parte, el Fondo Tipo E sólo podrá invertir en instrumentos de renta fija, que tienen un menor riesgo relativo y una menor rentabilidad esperada. Límites de inversión máximos y mínimos en instrumentos de renta variable

	Límite máximo permitido	Límite mínimo obligatorio
Fondo A	80%	40%
Fondo B	60%	25%
Fondo C	40%	15%
Fondo D	20%	5%
Fondo E	No autorizado	No autorizado

La creación de los Fondos Tipos B, C, D y E es de carácter obligatorio para las AFP, debiendo ser implementados en forma simultánea una vez que la Ley entró en vigencia. La creación del Fondo Tipo A, en cambio, es voluntaria para las AFP.

El principal objetivo de la creación de un esquema de multifondos en el Sistema Previsional es incrementar el valor esperado de las pensiones que obtendrán los afiliados.

Además, la creación de un sistema de multifondos permite a los afiliados seleccionar distintas alternativas de inversión según sus preferencias.

a. Cómo opera

Los afiliados no pensionados, hombres hasta 55 años de edad y mujeres hasta 50 años de edad, pueden elegir, con sus cotizaciones obligatorias, cualquiera de los cinco tipos de Fondos.

Los afiliados hombres desde 56 años y mujeres desde 51 años de edad, no pensionados, podrán optar por cualquiera de los cuatro Fondos de creación obligatoria (B, C, D y E).

Es necesario señalar que la edad legal de pensión en Chile es de 65 años para los hombres y de 60 para las mujeres.

En el caso de los afiliados pensionados podrán optar por cualquiera de los tres Fondos de menor riesgo relativo (C, D y E).

En el caso del ahorro previsional voluntario no hay ningún tipo de restricción por edad o para los afiliados pensionados, para optar por alguno de los cinco tipos de Fondos.

Otro aspecto a señalar es que la reforma permite que los saldos totales por cotizaciones obligatorias, cotizaciones voluntarias, depósitos convenidos y depósitos para la cuenta de ahorro voluntario podrán permanecer en distintos tipos de Fondos.

Por otra parte, se permite que las AFP y los afiliados suscriban convenios para dividir algunos de los saldos antes mencionados entre dos tipos de Fondos; se permite, asimismo, la posibilidad de acordar entre afiliados y AFP traspasos futuros de saldos.

En el caso del ahorro previsional voluntario no hay ningún tipo de restricción por edad o para los afiliados pensionados, para optar por alguno de los cinco tipos de Fondos.

b. Entrada en Vigencia de la Reforma

La ley entró en vigencia a partir del 1° de agosto de 2002, y desde esta fecha los afiliados tuvieron un plazo de 90 días para manifestar su elección por un Fondo, esto es, hasta el 29 de octubre de 2002.

En el caso que un afiliado no hubiese elegido un fondo en este período (hasta el 29 de octubre de 2002), fueron asignados al Fondo que corresponda de acuerdo con su edad, tomando en consideración que, a mayor edad, menor debe ser el riesgo.

Los afiliados podrán traspasar sus saldos por cotizaciones obligatorias, cotizaciones voluntarias y depósitos convenidos, así como su cuenta de ahorro voluntario, libremente entre los Fondos. En caso que alguno de estos saldos se traspase más de dos veces en un año calendario, la AFP podrá cobrar una comisión de salida que no se puede descontar del Fondo de Pensiones.

Desafíos pendientes del Sistema de Pensiones

Si bien con las dos grandes reformas descritas, por el momento no se contemplan nuevos cambios al sector pensiones, aún quedan desafíos pendientes.

Es así como los expertos han ido haciendo propuestas que pueden venir a perfeccionar el sistema. Entre éstas, parece de relevante importancia referirse al tema de la afiliación colectiva.

La propuesta consiste en que, a diferencia de lo que hoy ocurre, los trabajadores se puedan afiliar a una administradora en forma colectiva, en el caso en que así lo deseen.

En Chile existen antecedentes concretos como lo son la afiliación a las Mutualidades de Empleadores y la afiliación a las Cajas de Compensación. En ambos casos estas instituciones pueden exhibir positivos resultados.

Además, se estima que resulta un buen mecanismo para bajar los costos de administración.

Resulta un buen mecanismo para bajar los costos de administración.

Otro desafío importante, es el que dice relación con la incorporación de los trabajadores independientes a los sistemas de protección social.

Cabe señalar que este tema repercute también en el sistema de salud, ya que en éste tampoco existe hoy cobertura para aquellos trabajadores, que representan cerca del 30% de la masa laboral.

En la actualidad, tanto en el sistema de pensiones como en salud estos trabajadores son una fuente de gasto fiscal, ya que ellos no están en condiciones de financiar sus propias prestaciones.

En la reforma de salud que se discute hoy en el congreso, y a la que nos referimos en apartado siguiente, se contempla en alguna medida su incorporación, pero es claro que, si bien el tema es materia de debate, falta mucho aún para concretar la protección que ese sector requiere.

Reformas al Sistema de Salud

En el último tiempo no se han experimentado grandes reformas a los sistemas de salud, sin embargo, actualmente, se encuentra en tramitación legislativa el proyecto de reforma más importante de los últimos veinte años.

Este proyecto considera reformas en cuanto a los beneficios que se otorgarán, así como a la autoridad sanitaria, e inclusive a las ISAPRE.

Descripción del proyecto de reforma

En cuanto a los beneficios, la reforma crea al llamado “Plan AUGE”, que busca garantizar la equidad en el acceso a la atención de salud, tanto preventiva como curativa, con independencia de la capacidad de pago de las personas. Si esta expresión de la equidad social es difícil de alcanzar, mucho más lo es la equidad en impacto, es decir, la búsqueda de un resultado en salud igualitario para todos. Los problemas con relación a esta segunda expresión de equidad surgen desde los llamados determinantes de la salud que son factores socioeconómicos y culturales como educación, vivienda, agua potable, acceso a condiciones de trabajo seguras, ambiente laboral, ambiente sociocultural, etc., sobre los cuales no es injerencia del Plan influir directamente.

Los problemas con relación a esta segunda expresión de equidad surgen desde los llamados determinantes de la salud que son factores socioeconómicos y culturales.

La principal herramienta propuesta para generar equidad es la definición de un plan de acceso universal que define para toda la población actividades de salud garantizadas universalmente por el Estado, sin discriminación de ninguna índole.

La definición de este plan busca romper con la asimetría actual en que el empleado está obligado a cotizar una cantidad de dinero (actualmente el 7% de su renta imponible) sin que el asegurador, privado o estatal (ISAPRE o FONASA) se obligue a explicitar su cobertura, ni una garantía (de acceso y de calidad) sobre esa cobertura.

En segundo lugar, la existencia del plan se justificaría por la presencia de un grupo de enfermedades que producen un daño mayor en la población en términos de muertes prematuras o en suma de años de discapacidad.

Estas enfermedades exigen un tratamiento prioritario y una garantía total tanto en prevención, control o cura.

Este plan garantizado es standard, no excluyente, universal, integral, incremental y total.

Es standard porque es igual para todos y es entendido como uno de los componentes que todo contrato de afiliación debiese incluir.

Es no excluyente ya que no excluye los seguros complementarios que las personas deseen contratar con su dinero, tanto en una ISAPRE como en FONASA.

Es universal porque beneficiaría a todos los cotizantes e indigentes, chilenos y extranjeros, residentes en el territorio nacional.

Es integral porque considera todas las enfermedades y condiciones de salud de las personas, en sus diversas fases de evolución clínica.

Es incremental porque debe ser actualizado periódicamente para definir y redefinir problemas prioritarios, acciones, prestaciones y garantías, según los objetivos de salud del país y los recursos disponibles.

Es total porque incorpora las acciones necesarias y de comprobada efectividad – de promoción, de prevención, de curación y de cuidados paliativos – asociadas al ciclo de salud-enfermedad, fundamentadas en el conocimiento científico

Disponible

Operacionalmente, dentro del Plan de Acceso Universal, se distinguen el Plan de Salud de las Personas del Plan de Salud Pública. El Plan de Salud de las Personas está constituido por el conjunto de enfermedades y condiciones de salud priorizadas de acuerdo a la importancia sanitaria y las expectativas de las personas. El Plan de Salud Pública, en cambio, comprende todas las actividades consideradas bienes de Salud Pública – administradas por la Autoridad Sanitaria – destinadas a la protección contra los riesgos del ambiente y otros condicionantes, y a promover comportamientos saludables. Este segundo componente es considerado una obligación del Estado, financiado enteramente por aporte fiscal, mientras que el primero, de Salud de las Personas, una operación mixta en que pueden participar los particulares y el Estado.

En otro orden de cosas, la Reforma incluye cambios fundamentales respecto de la autoridad sanitaria, proyecto de ley cuyo objetivo es proponer una nueva estructura sanitaria del sector público de salud, que se ajuste a las actuales exigencias que impone la transición epidemiológica, la tecnología médica vigente y las necesidades de salud de la población. Además, se proponen nuevas capacidades de gestión para superar las restricciones actuales que originan ineficiencia en la administración de los recursos del Estado. De este modo el proyecto pretende fortalecer la institucionalidad y las potestades de la Autoridad Sanitaria, establecer normas que permitan mejorar la gestión de los Servicios de Salud y consagrar instancias de participación ciudadana en las Direcciones Regionales de Salud y en las Direcciones de los Servicios de Salud.

Por último, la reforma plantea cambios al Régimen Privado de Salud, es decir, a las ISAPRE. Este proyecto implica cambios trascendentales en las siguientes áreas:

- Contratos de Cotizantes Cautivos. El alza del precio del respectivo plan de salud, no podrá superar el índice que, al efecto, anualmente establezca la Superintendencia, conforme a normas de general aplicación.
- Cotizante que Fallece. El proyecto plantea, la manutención de los beneficios contractuales, por un período no inferior a un año, para las cargas del cotizante

Proyecto de ley cuyo objetivo es proponer una nueva estructura sanitaria del sector público de salud, que se ajuste a las actuales exigencias que impone la transición epidemiológica, la tecnología médica vigente y las necesidades de salud de la población.

que fallece y siempre que el deceso ocurra después de un año de vigencia ininterrumpida de su contrato.

- **Beneficiario que Pasa a ser Cotizante.** La propuesta otorga a los beneficiarios que comienzan a trabajar, la opción de permanecer como cotizantes en la ISAPRE de la que eran beneficiarios, y le impone a la institución respectiva la obligación de suscribir con ellos un contrato de salud previsional, ofreciéndoles un plan de salud que, como mínimo, se ajuste al monto de la cotización legal que generen.
- **Incorporación de un Arancel Común y Obligatorio.** La reforma propuesta plantea la existencia de un arancel único y obligatorio para todas las instituciones, que contemplará las prestaciones incluidas en el arancel del FONASA en su modalidad de libre elección, y que será elaborado por la Superintendencia de ISAPRES.
- **Nuevas Atribuciones de Fiscalización.** A través de la reforma, se dota a la autoridad de las facultades para que, ante la constatación de situaciones asociadas al incumplimiento de ciertos indicadores de liquidez, endeudamiento y gestión operativa de las ISAPRES, se pueda someter a dichas instituciones a un régimen especial de supervigilancia y control.

Argumentos considerados al reformar los sistemas

Por último, se muestran los argumentos tomados en consideración por la autoridad para implementar las reformas al sistema de pensiones que se han descrito en el capítulo 6 anterior. Del mismo modo, se muestran las consideraciones que el gobierno tuvo en cuenta para proponer la reforma a la salud que actualmente se discute, y que, de la misma manera, ha sido comentada en el capítulo anterior.

Argumentos sobre los sistemas de pensiones

Reforma al mercado de capitales que reformó el Sistema de Ahorro Previsional Voluntario

Los objetivos que se tuvieron en cuenta por la autoridad al iniciarse la discusión de la Reforma fueron, principalmente,

- a. **Flexibilización de los mecanismos de ahorro voluntario en AFP.** El proyecto busca flexibilizar y extender los mecanismos de ahorro voluntario, eliminando algunas distorsiones existentes en la tributación del llamado excedente de libre disposición.

b. Rebaja de base imponible del ahorro voluntario efectuado para la vejez. Postula a este efecto la iniciativa que los trabajadores dependientes estarían facultados para rebajar de su base imponible el ahorro voluntario para la vejez que realicen en los fondos de pensiones ofrecidos por las administradoras de fondos de pensiones, en los planes de seguros de vida elegibles que autorice la Superintendencia de Valores y Seguros, en los instrumentos de ahorro financiero autorizados por la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, en fondos registrados en la bolsa off-shore, en fondos mutuos, en fondos de ahorro para la vivienda y fondos de inversión autorizados por la Superintendencia de Valores y Seguros y en otros instrumentos y fondos que esta última institución autorice.

Se deja establecido, asimismo, que el beneficio tributario de que gozará el ahorro voluntario se restringirá hasta un monto mensual máximo que no sea superior a 50 unidades de fomento mensuales.

c. Mecanismo de Ahorro Propuesto. El proyecto de Ley dispuso que los ahorros podrían ser depositados directamente en los administradores autorizados o en la administradora de fondos de pensiones, sin perjuicio de su depósito en ésta para que luego los traspase a alguna otra administradora que seleccione el afiliado.

En su oportunidad la autoridad señaló que los fondos ahorrados podrían ser retirados por el cotizante al momento de jubilarse, sea que lo haga por cumplir el requisito de edad o por estar en situación de hacerlo en forma anticipada, en la modalidad que desee, incluyendo las de retiro programado y de renta vitalicia, quedando las rentas correspondientes afectas a la tasa de impuesto de acuerdo a la escala del global complementario correspondiente.

Asimismo, se señaló que los cotizantes podrían hacer retiros totales o parciales de su fondo de ahorro voluntario durante su vida laboral activa, pero estos retiros estarían afectos a la tasa de impuesto que corresponda y que la misma ley dispone, y será obligación y responsabilidad de la institución administradora de fondos realizar la retención de impuestos.

Otro aspecto que se tuvo en consideración al momento de llevar a cabo la reforma es que el cotizante podría libremente reubicar sus ahorros voluntarios en las distintas instituciones administradoras de fondos.

Reforma que crea los “Multifondos”

En lo sustancial, este proyecto de ley buscaba ampliar el número de fondos existentes en cada AFP, de dos a cinco, diferenciados por riesgo de acuerdo a la proporción de su portafolio invertida en títulos de renta variable.

El nuevo sistema permitirá a los afiliados definir, sobre la base de sus necesidades específicas y preferencias, la forma en que serán invertidos sus ahorros previsionales.

Así, la autoridad pretendía, con esta nueva modalidad, introducir mayor flexibilidad al sistema, permitiendo que se consideren variables como la edad del afiliado y los años que le restan para jubilar, aspectos que reflejan el tiempo que el afiliado tiene para recuperarse de los períodos en que sus ahorros previsionales generaron bajos retornos.

Cada afiliado podría elegir entre los cinco fondos con la excepción de los pensionados y aquellos afiliados hombres mayores de 55 años y mujeres mayores de 50 años, solo podrán optar entre los cuatro fondos de menor riesgo.

La autoridad pretendía, con esta nueva modalidad, introducir mayor flexibilidad al sistema, permitiendo que se consideren variables como la edad del afiliado y los años que le restan para jubilar.

Objetivos de la autoridad al proponer el sistema

a. Aumento en el nivel de las Pensiones. Se espera que con la creación de este esquema se incrementará el valor esperado de las pensiones que obtendrán los afiliados, puesto que las estimaciones realizadas muestran que la posibilidad para el afiliado de acceder a distintas carteras de inversión durante su vida activa, le permitirá acumular un mayor saldo en su cuenta individual, lo que va en directo beneficio de su pensión.

Esto porque quien tenga por delante un mayor número de años de cotización (los afiliados más jóvenes), podrán asumir mayores riesgos a cambio de mayor rentabilidad y elevar el valor de sus fondos previsionales, aumentando por ende el valor esperado de la pensión.

b. Impacto en el mercado. Asimismo, se buscaba con la creación de los multifondos incrementar la eficiencia del proceso de captación e inversión de las AFP y al establecer que las administradoras no están obligadas a implementar el fondo de mayor riesgo, hace más viable la entrada de nuevos competidores a la industria.

Adicionalmente se permitirá financiar proyectos de mayor riesgo, que potencialmente tienen mayor rentabilidad y que, sin embargo, hoy en día no tienen acceso a recursos.

La norma legal además amplía de un 20 a un 30% el límite global para la inversión de los fondos de pensiones en el exterior, dentro del cual el Banco Central determinará el límite definitivo.

También se modifican los límites por emisor y se incorpora como alternativas de inversión en el exterior nuevos instrumentos, operaciones y contratos.

- c. Perfeccionamiento de la Inversión. La Reforma de Ley introduce un conjunto de modificaciones a la gestión de inversiones de los Fondos de Pensiones en el mercado nacional para hacerlas más eficientes y permitir un mayor rendimiento: la suscripción de acciones de opción preferente cuando se exceden los límites de inversión con plazos máximos para eliminar dichos excesos; el aumento de los límites por emisor de bonos corporativos en función de la serie; la eliminación del límite de inversión indirecta en acciones de una sociedad; la eliminación del Activo Contable Depurado; la autorización a los Fondos de Pensiones para prestar o arrendar activos; la modificación de los límites para operaciones de cobertura de riesgo; el establecimiento de comisiones máximas a pagar por los Fondos de Pensiones en las inversiones en cuotas de fondos mutuos y de inversión, por sobre las cuales éstas serán financiadas por las AFP con recursos propios, y el establecimiento de un límite de libre disponibilidad para renta variable nacional, el que podrá ser ocupado tanto en acciones como en cuotas de fondos mutuos y fondos de inversión.
- d. Mercado de Capitales. Este proyecto fue enviado al Congreso formando parte de la llamada Reforma al Mercado de Capitales I anunciada en abril del año 2001. Esta Reforma acoge desafíos centrales de la política económica y junto a la liberalización de la Cuenta de Capitales y la Ley de Oferta Pública de Acciones constituye un avance trascendental en materia de eficiencia y equidad en cuanto a acceso al financiamiento.

La aprobación del proyecto que crea multifondos en el sistema de pensiones es el tercer pilar de la Reforma al Mercado de Capitales. Los dos anteriores fueron aprobados por el Congreso Nacional en septiembre de 2001 y dicen relación con el proyecto institucional y tributario. El primero, se refiere directamente a la desregulación y mayor eficiencia del mercado de capitales, y flexibiliza las inversiones de los fondos mutuos y compañías de seguros; el segundo dispone la eliminación del impuesto a las ganancias de capital para acciones, la flexibilización de ahorro voluntario, un nuevo tratamiento del impuesto de timbres y estampillas para los bonos de corto plazo, y normativas sobre la bolsa emergente.

Argumentos de la autoridad al iniciar la reforma a la salud

La Reforma a la Salud pretende una mejor salud para todos los chilenos, garantizando igualdad de derechos e implementando políticas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad sanitaria, eficiencia en el uso de los recursos y participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de las políticas y programas sectoriales.

Las anteriores son las razones que tuvo el gobierno para proponer al país una institucionalidad que, desde ahora y en las próximas décadas, ayude a fomentar

la salud y prevenir la enfermedad, además de enfrentar exitosamente los desafíos sanitarios de hoy y el futuro basados en las necesidades de salud de las personas, tales como los problemas cardiovasculares, el cáncer, los traumatismos y las enfermedades crónico degenerativas.

Principios que fundan la reforma

- a. Equidad. Porque a través del régimen de garantías en salud del sistema AUGE todos los chilenos serán iguales respecto de las condiciones de acceso, oportunidad y calidad de la solución de los problemas de salud que más afectan.
- b. Solidaridad. Porque todos los chilenos compartirán el costo asociado al riesgo de enfermar.
- c. Efectividad y eficiencia. Porque los recursos limitados que la sociedad chilena dispone deben ser utilizados racionalmente para obtener el mayor beneficio a la salud de las personas, a través de aquellas acciones que más impactan en la solución de los problemas más prioritarios.
- d. Participación social. Porque se requiere de una población más consciente del cuidado de su salud, más conocedora de sus derechos y más responsable de contribuir a la implementación de políticas públicas.

Tema 3. Características del sistema reformado de seguridad social en Colombia

Por Juan Carlos Cortés*



Resumen

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

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

Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad: es el conjunto de entidades, normas y procedimientos, mediante los cuales se administran los recursos privados y públicos destinados para las pensiones y prestaciones que deban reconocerse a sus afiliados. Este régimen está basado en el ahorro proveniente de las cotizaciones y sus respectivos rendimientos financieros, la solidaridad a través de garantías de pensión mínima y aportes al fondo de solidaridad. Los afiliados al régimen tendrán derecho al reconocimiento y pago de pensiones de vejez, de invalidez y sobrevivientes; indemnizaciones, cuya cuantía dependerá de los aportes de los afiliados y empleadores, y sus rendimientos financieros.

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

...

* Este texto es un extracto de un artículo elaborado a petición de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social por Juan Carlos Cortés. Su difusión queda restringida a los participantes en este curso.

Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida es aquel mediante el cual los afiliados y sus beneficiarios obtienen una pensión de vejez, de invalidez o de sobrevivientes, o una indemnización previamente definida. Es un régimen solidario de prestación definida en el que los aportes de los afiliados y sus rendimientos constituyen un fondo común de naturaleza pública, que garantiza el pago de las prestaciones de quienes tengan la calidad de pensionados en cada vigencia.

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

Tema 3. Características del sistema reformado de seguridad social en Colombia

Por Juan Carlos Cortés

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

A partir del 1 de abril de 1994, momento de vigencia de la Ley 100 de 1993, se incorporan al sistema general de pensiones en Colombia todos los habitantes del territorio nacional, con las excepciones previstas en la Ley

El sistema garantiza a sus afiliados la pensión de vejez, la pensión de invalidez, la pensión de sobrevivientes y el auxilio funerario.

La afiliación al sistema es obligatoria, incluyendo a los trabajadores independientes, respecto de los cuales las normas últimas señalan un régimen especial para el señalamiento de la base de cotización.

La selección de uno de los regímenes previstos por la Ley es libre y voluntaria por parte del afiliado, manifestada al momento de su vinculación o traslado; los traslados posteriores solamente procederán cada tres años.

La afiliación implica la obligación de efectuar los aportes o contribuciones legales.

Para el reconocimiento de las pensiones y prestaciones consagradas en los dos regímenes que señala la Ley se tendrá en cuenta el número de semanas cotizadas en cualquiera de ellos, así como las cotizadas antes de la vigencia de la Ley 100 de 1993.

Se reconoce el derecho en cualquiera de los dos regímenes al reconocimiento y pago de una pensión mínima. Se crea un fondo de solidaridad pensional cuyo objeto es ampliar la cobertura mediante la aplicación de subsidios a los grupos de la población que por sus condiciones no tienen acceso al sistema de seguridad social.

La selección de uno de los regímenes previstos por la Ley es libre y voluntaria por parte del afiliado, manifestada al momento de su vinculación o traslado.

RÉGIMEN SOLIDARIO DE PRIMA MEDIA CON PRESTACIÓN DEFINIDA

Es aquel mediante el cual los afiliados o sus beneficiarios obtienen una pensión de vejez, invalidez o de sobrevivientes, o una indemnización, previamente definidas, siendo aplicables las disposiciones vigentes para esos seguros a cargo del ISS. Los aportes de los afiliados y de los empleadores, así como sus rendimientos, constituyen un fondo común de naturaleza pública. El monto de la pensión es preestablecido, así como la edad de jubilación y las semanas mínimas de cotización. No es posible hacer aportes voluntarios ni optar por pensiones anticipadas.

Este régimen es administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y mientras subsistan, respecto de sus afiliados, por las cajas, fondos o entidades del sector público o privado en los términos de la Ley 100 de 1993, (entre ellos los fondos que ahora se han reestructurado como Cajanal, Caprecom)

RÉGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL CON SOLIDARIDAD

Se basa en el ahorro proveniente de las cotizaciones y sus rendimientos financieros; aplica el principio de solidaridad a través de garantías de pensión mínima y de los aportes al fondo de solidaridad y propende por la competencia entre las entidades administradoras de los sectores privado, público y social solidario que libremente escojan los cotizantes.

Cada afiliado tiene una cuenta individual, en la cual además se puede abonar el monto de las contribuciones voluntarias. El monto de la pensión en este régimen es variable y depende, entre otros factores, de la suma acumulada en la cuenta y sus rendimientos, de la edad decidida para el retiro, de la modalidad de la pensión, de las semanas de cotización y de la rentabilidad de lo ahorrado.

Quienes a primero de abril de 1994 tuvieran 55 años de edad o más (hombres) o 50 años de edad o más (mujeres) podrían seleccionar el régimen de ahorro individual con solidaridad. En ese evento debían cotizar por lo menos 500 semanas en el nuevo régimen.

El monto de la pensión en este régimen es variable y depende, entre otros factores, de la suma acumulada en la cuenta y sus rendimientos, de la edad decidida para el retiro, de la modalidad de la pensión, de las semanas de cotización y de la rentabilidad de lo ahorrado.

SISTEMA PENSIONAL EN COLOMBIA

Antecedentes

El actual sistema de seguridad social en materia pensional ha sido el resultado de un proceso dilatado por la expedición de diferentes normas, siendo objeto de

múltiples reformas a partir de su aparición, la cual se remonta a finales del siglo XIX, con la promulgación de la ley 9 de 1843, en la que se crea un fondo con los descuentos de los sueldos y pensiones de los generales, jefes y oficiales del ejército permanente y de la marina, los bienes de cualquier individuo del ejército o la marina que falleciere sin dejar herederos, con las donaciones voluntarias y capitales impuestos a censo.

Esta ley establece asignaciones o prestaciones económicas a favor de las viudas de los militares fallecidos en servicio, además establece un sistema de pruebas de los derechos y la dirección administrativa de la institución, sistema de recaudos, inversiones, contabilidad, junta directiva y prohibiciones especiales, descuento de la quinta parte del sueldo de los militares cuando entren a desempeñar cargos diplomáticos.

Sin embargo, la aparición del sistema de seguridad social en Colombia para todos los trabajadores se remonta a los años 1945 y 1946, cuando se crearon la Caja Nacional de Previsión (CAJANAL) y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ISS). Simultáneamente se crearon las cajas de previsión departamentales y municipales en todo el país.

Con la Ley 6 de 1945 se generalizaron los derechos a pensiones, salud y riesgos profesionales de los trabajadores. Pero solo con la ley 90 de 1946, se instauró un sistema de seguro social propiamente dicho, como patrimonio autónomo para el reconocimiento de las prestaciones.

Las 1040 cajas de previsión, tanto de índole nacional como territorial, no se autofinanciaban, funcionaban con aportes del estado y trabajadores públicos. Sin embargo, estas cajas presentaban un inadecuado manejo administrativo y carecían de recursos suficientes para su sostenimiento.

Es así como la Carta Política de 1991 proporciona las bases jurídicas para la reestructuración del sistema pensional, con base en la cual se promulga la ley 100 de 1993, que tiene por objeto garantizar a la población, el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, así como propender por la ampliación progresiva de cobertura a los segmentos de población no cubiertos con un sistema de pensiones.

La ley 100 de 1993 antecede al actual régimen de pensiones. Dada la importancia que representó en la última década, sea del caso esquematizar el régimen contemplado en dicha norma.

REGÍMENES PENSIONALES

Prima media y ahorro individual.

El sistema general de pensiones se compone de dos regímenes solidarios excluyentes pero que coexisten, a saber:

- a) Régimen solidario de prima media con prestación definida, y
- b) Régimen de ahorro individual con solidaridad.

Régimen solidario de prima media con prestación definida.

Es aquel mediante el cual los afiliados o sus beneficiarios obtienen una pensión de vejez, de invalidez o de sobrevivientes, o una indemnización, previamente definidas de acuerdo con lo previsto.

Son aplicables a este régimen las disposiciones vigentes para los seguros de invalidez, vejez y muerte a cargo del ISS, con las adiciones, modificaciones y excepciones contenidas en la ley.

Características

El régimen de prima media con prestación definida tendrá las siguientes características:

- a) Es un régimen solidario de prestación definida.
- b) Los aportes de los afiliados y sus rendimientos, constituyen un fondo común de naturaleza pública que garantiza el pago de las prestaciones de quienes tengan la calidad de pensionados en cada vigencia, los respectivos gastos de administración y la constitución de reservas de acuerdo con lo dispuesto en la ley.
- c) El Estado garantiza el pago de los beneficios a que se hacen acreedores los afiliados.

Régimen de ahorro individual con solidaridad

Es el conjunto de entidades, normas y procedimientos, mediante los cuales se administran los recursos privados y públicos destinados a pagar las pensiones y prestaciones que deban reconocerse a sus afiliados, de acuerdo con lo previsto.

Este régimen está basado en el ahorro proveniente de las cotizaciones y sus respectivos rendimientos financieros, la solidaridad a través de garantías de pensión mínima y aportes al fondo de solidaridad y propende por la competencia entre las diferentes entidades administradoras del sector privado, sector público y sector social solidario que libremente escojan los afiliados.

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

Características

- a) Los afiliados al régimen tendrán derecho al reconocimiento y pago de las pensiones de vejez, invalidez y de sobrevivientes, así como de las indemnizaciones contenidas en este título, cuya cuantía dependerá de los aportes de los afiliados y empleadores, su rendimientos financieros y de los subsidios del Estado cuando a ellos hubiere lugar;
- b) Una parte de los aportes mencionados, se capitalizará en la cuenta individual de ahorro pensional de cada afiliado. Otra parte se destinará al pago de primas de seguros para atender las pensiones de invalidez y de sobrevivientes y la asesoría para la contratación de la renta vitalicia, financiar el F.S.P. y cubrir el costo de administración del régimen. Las cuentas de ahorro pensional, serán administradas por las entidades que se autoricen para tal efecto, sujetas a la vigilancia y control del estado;
- c) Los afiliados al sistema podrán escoger y trasladarse libremente entre entidades administradoras y seleccionar la aseguradora con la cual contraten las rentas o pensiones;
- d) El conjunto de las cuentas individuales de ahorro pensional constituye un patrimonio autónomo propiedad de los afiliados, denominado fondo de pensiones, el cual es independiente del patrimonio de la entidad administradora;
- e) Las entidades administradoras deberán garantizar una rentabilidad mínima del fondo de pensiones que administran;
- f) El patrimonio de las entidades administradoras garantiza el pago de la rentabilidad mínima de que trata el literal anterior y el desarrollo del negocio de administración del fondo de pensiones;
- g) El Estado garantiza los ahorros del afiliado y el pago de las pensiones a que este tenga derecho, cuando las entidades administradoras o aseguradoras incumplan sus obligaciones, en los términos de la presente ley, revirtiendo contra el patrimonio de las entidades administradoras y aplicando las sanciones pertinentes por incumplimiento, de acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno nacional;

El Estado garantiza los ahorros del afiliado y el pago de las pensiones a que este tenga derecho, cuando las entidades administradoras o aseguradoras incumplan sus obligaciones.

- h) Tendrán derecho al reconocimiento de bonos pensionales los afiliados al régimen que hayan efectuado aportes o cotizaciones al ISS, o a las cajas, fondos o entidades del sector público, o prestado servicios como servidores públicos, o trabajando en empresas que tienen a su exclusivo cargo las pensiones de sus trabajadores y trasladen la parte proporcional del cálculo actuarial correspondiente;
- i) En desarrollo del principio de solidaridad, el Estado aportará los recursos que sean necesarios para garantizar el pago de pensiones mínimas, cuando la capitalización de los aportes de los afiliados y sus rendimientos financieros fueren insuficientes, y aquellos cumplan las condiciones requeridas para el efecto, y
- j) El control y vigilancia de las entidades administradoras de los fondos de pensiones corresponde a la Superintendencia Bancaria.

LEY 797 DE 2002

Posteriormente, se expide la Ley 797 de 2002 por la cual se reforman algunas disposiciones del sistema general de pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se adoptan disposiciones sobre los regímenes pensionales exceptuados especiales.

Antes de precisar los alcances y desarrollos de esta última norma, sea del caso exponer los antecedentes que han conllevado al desenlace normativo del tema.

ANTECEDENTES FÁCTICOS, POBLACIONALES Y JURÍDICOS DE LAS REFORMAS PENSIONALES EN COLOMBIA

El sistema pensional colombiano ha sido objeto de varias transformaciones desde su creación. Sin embargo, estos cambios sucesivos no han permitido la implementación de mecanismos que permitan un recaudo y administración de cotizaciones y, por otro lado, pague las pensiones de los colombianos.

El deficiente diseño y la inadecuada administración del sistema pensional del país han dado como resultado una cobertura menor, sin que por tal hecho se vean menos afectadas las finanzas públicas.

En 1993, con la promulgación de la Ley 100 se abrió paso a un nuevo régimen individual, lo cual constituyó un significativo avance en cuanto a una mejor administración de los recursos, teniendo en cuenta que se disminuyó en forma directamente proporcional la dependencia fiscal del sistema.

Sin embargo la reforma de 1993 no fue lo suficientemente profunda y se crearon nuevos compromisos. El problema del pasivo acumulado durante los últimos 50 años no podía ser totalmente solucionado con la creación de los fondos privados de pensiones. Tampoco ayudó a reducir ese pasivo: el “desgreño” y los altos costos administrativos, la corrupción, la multiplicidad de esquemas públicos para atender los pagos pensionales, los imposibles privilegios de algunos grupos, y más importante aún para el futuro de la seguridad social en pensiones, los efectos del sistema de prima media, que lo hicieron inviable prácticamente desde su creación hace varias décadas, no fueron debidamente ajustados en la Ley 100/93. También se creó una responsabilidad adicional, la garantía de pensión mínima, y se efectuó el sinceramiento de la deuda pensional pública y la correspondiente a los aportes que había dejado de hacer el Estado como patrono.¹

El pago de pensiones a cargo de la nación aumentó de manera dramática durante la década de los noventa. Los pagos por este concepto pasaron de 0.8% del PIB en 1990 a 2.3% del PIB en 2000: en sólo 10 años se han multiplicado tres veces, según estudio realizado por el Departamento Nacional de Planeación.

El crecimiento del pago de mesadas pensionales revela una tendencia explosiva explicada por las falencias del régimen pensional, y de aquellas derivadas de la reforma de 1993.

Los cálculos realizados por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) muestran que esta alarmante tendencia continuará hasta el año 2020. En valor presente neto, para el período 2000-2050, el pasivo pensional a cargo de la Nación asciende a 192% del PIB. En el año 2000, de acuerdo con el modelo desarrollado en el DNP (Parra, 2001), el número de pensionados en el Instituto de Seguros Sociales y en las Cajas Públicas asciende a cerca de 900.000 personas. Se estima que este número no cesará de crecer hasta sobrepasar 1'700.000 pensionados en el año 2030. En estas condiciones, una reforma pensional profunda es necesaria e inaplazable.

Al respecto, el citado estudio del Departamento de Planeación Nacional ha señalado lo siguiente:

El régimen de capitalización individual participa con un 46% del total de afiliados. Muchos de ellos (43%) provienen del ISS, evidenciando un insignificante aumento en la cobertura total del sistema. El desempeño de este régimen en el futuro dependerá crucialmente de la rentabilidad de sus reservas. Al acercarse a sus edades de jubilación, los afiliados podrían

El desempeño de este régimen en el futuro dependerá crucialmente de la rentabilidad de sus reservas.

¹ Departamento Nacional de Planeación – Dirección de Estudios Económicos. Elementos para el debate sobre una nueva reforma pensional en Colombia. Documento 156 del 11 de Septiembre de 2001.

trasladarse al ISS para lograr mejores mesadas pensionales si la tasa de interés ha resultado muy baja y no ha colmado sus expectativas (altas pensiones a edades tempranas). Ante esta situación, podría presentarse una eventual caída en el número de afiliados a los fondos de pensiones.

Bajo este régimen también se genera un pasivo a cargo de la Nación por efecto de la garantía de pensión mínima. Pero, más allá del problema de atender oportunamente la totalidad del pago de pensiones en el futuro, ya sea en el ISS, las cajas públicas o los fondos privados, el país se enfrentaría a un colapso de las finanzas públicas, que conduciría a un desplome de la economía y del bienestar de todos sus habitantes, dentro de los cuales se cuentan los pensionados. Basta mencionar que en 1999, cuando el déficit fiscal alcanzó 6% del PIB y el pago de pensiones explicaba la tercera parte de ese monto (2% del PIB), el gobierno se vio obligado a entrar en un acuerdo de ajuste fiscal el cual obtuvo la verificación del Fondo Monetario Internacional (FMI). De no llevarse a cabo la reforma pensional, el déficit por pensiones a cargo de la nación se mantendría por encima del 5% del PIB en los próximos 15 años. En este escenario, el gobierno se vería obligado a generar un superávit en otras cuentas para hacer sostenible el balance fiscal, al punto de abstenerse de la prestación de los servicios de educación, salud, justicia y seguridad, exigidos por la Constitución y la ley en condiciones de cobertura y de calidad aceptables.

De no llevarse a cabo la reforma pensional, el déficit por pensiones a cargo de la nación se mantendría por encima del 5% del PIB en los próximos 15 años.

La realidad a la cual se encuentra abocada la sociedad colombiana por el desajuste pensional se gestó desde los propios inicios del sistema. La concurrencia de varios aspectos nocivos de origen diverso y la falta de acciones oportunas para su corrección, minaron las bases del sistema. A continuación se describen algunos de los más importantes aspectos que contribuyeron a que el sistema pensional llegara a su estado actual.

Contratos descentralizados sin fondeo en el tiempo

La conformación del actual sistema pensional se dio de una forma gradual y fragmentada, como resultado de la presión de los grupos ocupacionales con mayor poder gremial y político (ver anexo 1). En 1946, con la creación de la Caja Nacional de Previsión (CAJANAL) y el mandato de instaurar entes similares en los niveles locales, los empleados públicos empezaron a consolidarse como los primeros grupos de afiliados de la seguridad social en pensiones. A partir de ese año se crearon otras CAJAS para atender grupos específicos del sector público (superintendencia bancaria y de sociedades, notariado y registro, procuraduría, contraloría y congresistas, entre otros). Sólo hasta 1967 los empleados del sector privado tuvieron la opción de acceder de una forma sistemática y bien reglamentada a los beneficios pensionales, al hacer obligatoria su afiliación al Instituto de Seguros Sociales (ISS), entidad encargada de administrar las reservas bajo el esquema de prima media escalonada. Antes de este año, existía la obligación de los patronos de consolidar las reservas para pagos de pensiones, situación que sólo se cumplió parcialmente en ciertas empresas de gran tamaño, como algunas del sector textil.

Sólo hasta 1967 los empleados del sector privado tuvieron la opción de acceder de una forma sistemática y bien reglamentada a los beneficios pensionales.

Estos subsistemas descentralizados proliferaron en un contexto de crecimiento económico favorable y fuerte intervención estatal, propiciando el diseño de esquemas financieros con

amplios beneficios y con poca consideración sobre su fondeo. Quienes crearon estos sistemas no los sujetaron a satisfacer una restricción presupuestal intertemporal. Es decir, no contemplaron cómo se iban a ondear en cada momento del tiempo los pagos que se estaban contratando. En Cajanal y en muchas otras entidades, las mesadas (que representaban el 75% del último salario) eran financiadas con aportes de la Nación, sin existir ningún principio de reserva pensional. Esta situación resultó en un déficit financiado con deuda, la cual hace parte del gran hueco fiscal que hoy enfrenta el país.

En ese sentido, se acudió a la solidaridad intergeneracional, cuya implementación resulta viable políticamente cuando quienes van a pagar las pensiones futuras, ya sea a través de mayores cotizaciones o impuestos, no están presentes a la hora de tomar la decisión. El pasivo acumulado y no fondeado es la aproximación a la postergación intergeneracional que operó en las últimas décadas. Incluso después de 1993 (cuando se expidió la Ley 100), el sistema sigue fragmentado. Subsisten 15 cajas y fondos públicos de pensiones del orden nacional que, por su insolvencia (déficit corriente de 1.7% del PIB y pasivo pensional en valor presente neto de 58% del PIB para el periodo 2000-2050), ya debían haberse liquidado como lo estableció la Ley 100 de 1993 (Acosta y Ayala, 1998). A nivel territorial existe una gran cantidad de cajas, fondos y oficinas pagadoras, de las cuales sólo el Fondo Pensional de Antioquia ha reportado ser solvente. Sobre los pasivos de estos entes hay información deficiente. Para enfrentar la situación de este sector, el Gobierno Nacional creó en 1999 el Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales (Fonpet), encargado de administrar los recursos que las entidades territoriales deben reservar para pagar las mesadas corrientes y respaldar el pasivo pensional, que asciende en valor presente a cerca de 15% del PIB durante los próximos 50 años.

Incumplimiento en el pago y ajuste de cotizaciones

Aunque el Decreto 3041 de 1966 estableció un régimen financiero de Prima Media Escalonada con aportes tripartitos (Estado, patrón y afiliado), ninguna de estas dos características (escalonamiento y aportes tripartitos) se cumplió en el ISS. En efecto, se había programado que entre 1967 y 1971 la tasa de cotización sería de 6% y en los quinquenios siguientes aumentaría tres puntos, para llegar a una tarifa permanente de 22% en 1992. Pero en la realidad la tasa efectiva fue de 4.5% hasta 1985 y de 6.5% hasta 1993, por efecto de la eliminación legal de los aportes del Estado, el incumplimiento de los incrementos planeados y la evasión por parte de muchos empleadores.

Con la expedición de la Ley 100 se previó que los aportes aumentarían significativamente desde 1994, hasta estabilizarse en 13.5% en 1996, con lo cual se obtuvo un alto nivel de reservas sin el cual el ISS no tendría cómo pagar hoy las mesadas de sus pensionados. Estas cotizaciones que aumentaron significativamente las reservas del ISS (pasaron de cerca de 1% del PIB en 1990, a 2.6% en 2000), postergaron el impacto fiscal desde mediados de la década de los noventa hasta el 2005 aproximadamente, pero no eliminaron la incidencia del pasivo no fondeado.

Mayores obligaciones con Ley 100 de 1993

La garantía de pensión mínima, introducida por la Ley 100, aumenta la dependencia del sistema pensional de los recursos del presupuesto nacional. Con ella se pretende beneficiar a los grupos más pobres al establecer una pensión mínima equivalente a 100% del salario mínimo, tras un período de 20 años de cotización (o 22.1 en el régimen de contribución definida) y el cumplimiento de las edades definidas en la Ley. Dicha garantía opera tanto en el ISS como en las administradoras de fondos de pensiones privadas (AFPs) y debe ser cubierta por el Estado. Este beneficio resulta oneroso para el Gobierno Nacional por efecto del perfil salarial de los actuales afiliados y de las condiciones para acceder al beneficio en relación con los rendimientos de los aportes. En la actualidad, cerca del 80% de los afiliados a los dos regímenes (alrededor de 6.7 millones de personas) cotiza por debajo de los dos salarios mínimos. Si ese escenario se mantiene, un elevado porcentaje de esos afiliados recibirá un salario mínimo como pensión, lo cual significa una tasa de reemplazo del 100% del ingreso base de liquidación (IBL), es decir, el salario mínimo, y no el 65% que está establecido para cuando se llegue a la edad de jubilación. En este caso, el Gobierno deberá subsidiar hasta un 35% de la pensión de cada uno de esos jubilados. La Comisión de Racionalización del Gasto y de las Finanzas Públicas (en adelante Comisión de Gasto) estimó que para financiar un beneficio de ese tipo con los aportes vigentes, se requiere una rentabilidad real de las reservas no inferior del 12% anual. Con tasas más bajas como las previstas para la economía colombiana (alrededor del 5- 6%) sería necesario un período de cotización de unos 40 años. La Ley 100 de 1993 también instauró un período de transición al permitir que sólo hasta el año 2014 entren a regir los aumentos de edades de jubilación en el régimen de Prima Media (las edades pasarán a 57 en mujeres y a 62 en hombres).

En este caso, el Gobierno deberá subsidiar hasta un 35% de la pensión de cada uno de esos jubilados.

Igualmente, mantuvo las condiciones de pensionamiento para mujeres con 35 años de edad o más y hombres con 40 o más, y/o para quienes hubieran cotizado al menos 15 años hasta abril de 1994. Ese período resulta bastante largo para efectos de la estabilidad del sistema. El hacer efectivos los aumentos en las edades de jubilación hasta el 2014, implica que hasta dentro de 13 años empezará a ser eficaz la reforma de 1993 en cuanto a su papel de corregir el exceso de beneficios a los afiliados. Por otra parte, la sostenibilidad del sistema dual implantado por la Ley 100 no está garantizada para ninguno de los dos subsistemas. En las AFP, debido a la presencia de la garantía de pensión mínima y la posible migración de sus afiliados si las tasas de rentabilidad no son satisfactorias. En el ISS, por efecto de la existencia de condiciones laxas con respecto a los beneficios. Se estima que con las tasas actuales de cotización y con un interés del 5%, un sistema de capitalización podría pagar pensiones del 2% del IBL a las 1.000 semanas y del 55% a las 1.300. El ISS ofrece una tasa de reemplazo de 65% a las 1.000 semanas, es decir, subsidia por lo menos 23 puntos porcentuales de la pensión de cada afiliado, sin importar su nivel de ingreso. Un factor adicional en contra de la estabilidad financiera del ISS ha sido el traslado de muchos de sus afiliados hacia las AFP, en especial de los más jóvenes. Este hecho ha llevado a que la entidad posea un nivel de reservas menor al que hubiera acumulado en ausencia de dicha emigración.

Cambios demográficos

El régimen financiero de beneficio definido o prima media, como el administrado por el ISS, es vulnerable a cambios demográficos que atentan contra su estabilidad financiera. Disminuciones en las tasas de natalidad, fecundidad y mortalidad, combinadas con aumentos en la esperanza de vida, están conformando sociedades cada vez más viejas. Un ejemplo claro es el caso de América Latina. Mientras que para la época de la creación del ISS el grupo de personas mayores de sesenta años escasamente superaba un 5% de la población, para el año 2000 constituye un 7% del total, porcentaje que aumentaría a 22% en cincuenta años. Por su parte, las personas entre 20 y 45 años las cuales ocupan la mayor parte de la fuerza laboral y que para el año 2000 participan con un 39% de la población, constituirán un 33% del total en el año 2050.

Este proceso de paulatino envejecimiento de la población ha sido resultado de avances en las políticas sociales como aumento del nivel educativo, especialmente de la mujer, mejores niveles nutricionales, control efectivo de enfermedades y avances en la planificación familiar. Todo ello ha contribuido a que la población sea más sana y esté en condiciones de vivir más tiempo, lo cual ha desbalanceado las finanzas del régimen pensional de prima media. La esperanza de vida al nacer pasó de 61 años al inicio de los setentas a 70 años a finales de los noventa y es posible que aumente a 74 años en 2015. La esperanza de vida al momento de pensionarse está alrededor de 21 años para las mujeres y de 16 años para los hombres.

La esperanza de vida al nacer pasó de 61 años al inicio de los setentas a 70 años a finales de los noventa y es posible que aumente a 74 años en 2015.

Por lo tanto, cada vez es más difícil que el sistema de prima media pueda financiar el aumento del período de disfrute de las pensiones que ha resultado de estos cambios. Incluso, en el régimen de capitalización individual las tasas de rentabilidad deben ser bastante altas para poder financiar pagos de pensiones superiores al monto de garantía mínima durante largos períodos de disfrute esa situación, junto con la migración hacia las AFPs, ha hecho que los afiliados al ISS cada vez sean menos con respecto al número de pensionados. La relación afiliados/pensionados pasó de 20 a mediados de la década de los ochenta a 10 en el año 2000, y en este último año disminuye a siete si sólo se tienen en cuenta los afiliados activos.

Recesión económica

Un factor adicional en contra de la estabilidad financiera del ISS y del sistema en general ha sido la fase recesiva experimentada por la economía colombiana en la segunda mitad de los noventas. Los altos niveles de desempleo e informalidad derivados de la crisis no han permitido que los afiliados cumplan con el pago de sus aportes. Cada vez es mayor el número de afiliados no activos en el sistema dual (cuadro 2). Cálculos del DNP indican que el régimen de prima media dejó de recibir \$750.000 millones por este efecto durante el año 2000. Adicionalmente, la recesión ha disminuido los recaudos tributarios en los diferentes órdenes gubernamentales, lo cual ha hecho aún más dramática la situación de las finanzas del gobierno. Entonces, la Nación dispone de menos recursos para atender el pasivo pensional a su cargo. El impacto de este efecto se calcula en \$3.6 billones de pesos para el período 1999-2000.

Regímenes especiales

Por el hecho de haber dejado excluidos de la reforma a los miembros de las fuerzas militares y la policía nacional, a los afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio y a los empleados de Ecopetrol, el pasivo pensional a cargo de la Nación se ha incrementado. Estimaciones indican que en Ecopetrol asciende a \$4.4 billones (representando el 40% de los activos de la empresa), en las Fuerzas Armadas a \$29 billones y en el Fondo del Magisterio a \$40 billones.

Los altos pasivos generados en estos sistemas responden a la baja o nula vinculación que existe entre los beneficios y los requisitos. Por ejemplo, en ECOPE TROL no se exigen cotizaciones a los empleados y éstos pueden pensionarse con el 75% del último salario a edades tempranas (menos de 55 años), habiendo laborado al menos 20 años para la empresa. En la actualidad la pensión promedio es de 1.4 millones, frente a la del ISS que alcanza 0.44 millones. En las Fuerzas Armadas el tiempo mínimo de servicio para tener derecho a la pensión (denominada asignación de retiro) puede ser de 15 años a cualquier edad con una tasa de reemplazo del 50%. Los afiliados al magisterio, aparte de los requisitos expuestos en el anexo 2, pueden acceder a la denominada pensión de concurrencia. Actualmente, tienen el derecho de recibir, junto con su salario corriente, una pensión a partir de los 55 años hasta el momento del retiro (65 años). De esta forma, durante un período de 10 años los maestros tienen unos ingresos en los que concurren a la vez salario y pensión, por lo cual esta última se conoce como pensión de concurrencia. Por otra parte, si los afiliados al Fondo de Previsión del Congreso (Fonprecon) han laborado por 20 años y han cumplido 50 años de edad las mujeres y 55 los hombres, pueden recibir una pensión equivalente al 75% del ingreso que por todo concepto hayan devengado en el último año de servicios (CID, 2001). En la actualidad la pensión promedio es de 10.3 millones.

Inequidad

Con recursos de impuestos o deuda, el Estado está subsidiando el 23% del valor de las pensiones otorgadas bajo el sistema actual, y subsidia en mayor proporción a los empleados con salarios más altos.

La iniquidad entre trabajadores privados y públicos se acentúa dado que, cobijados por una convención colectiva, grupos pequeños de trabajadores públicos han conquistado ventajas muy superiores a las de cualquier otro colombiano (anexo2). Estos beneficios se financian con impuestos que pagan todos los contribuyentes.

Cuantificación

Estos factores son una razón fundamental para que el balance contable de la Nación sea insostenible a mediano y largo plazo si no se hacen los correctivos necesarios. Esta situación

La iniquidad entre trabajadores privados y públicos se acentúa dado que, cobijados por una convención colectiva, grupos pequeños de trabajadores públicos han conquistado ventajas muy superiores.

fue puesta en evidencia muy recientemente por Echeverry et. al. (1999) y Comisión de Gasto (1997). Como resultado del desequilibrio estructural del sistema, en 2001 la Nación tiene que buscar recursos para cubrir su déficit por más de un billón de pesos. Esto se explica por el incremento del déficit del negocio de pensiones del ISS, estimado en \$500.000 millones, y por el uso de las reservas del ISS para financiar su déficit operacional.

La fuerte incidencia negativa de la seguridad social en el balance del sector público no financiero (SPNF), ha sido parcialmente cubierta por los superávits del sector petrolero. Es decir, los ingresos petroleros escondieron parte del déficit del SPNF, mientras que los pagos pensionales lo agravaron. Si se "limpia" de esos dos rubros el balance del SPNF, el déficit sería de 1.4% del PIB y no de 2.6% del PIB en 2001. Se concluye entonces que el desbalance pensional ha sido de mayor magnitud que el superávit petrolero.

SISTEMA PENSIONAL Y MERCADO DE CAPITALES

En relación con la inferencia del sistema pensional en el desarrollo del mercado de capitales y la situación del Instituto de Seguros Sociales, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, efectuó el siguiente estudio estadístico²:



² El sistema Pensional y el Desarrollo del Mercado de Capitales. Juan Ricardo Ortega. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Junio de 2003.

Causas del agotamiento de las reservas

✓ FALTA DE FONDEO DEL REGIMEN DE IVM 1967 – 1993

- No se incrementaron las cotizaciones- escalonamiento, la cotización del 4.5% se mantuvo hasta 1985, luego a 6.5% hasta 1992, 8% en 1993 y 11.5% desde 1994 hoy 13.5%.
- Pensiones con 500 semanas se mantuvo con el promedio simple de los dos últimos años.

✓ CARGAS ADICIONALES ORIGINADAS EN LA LEY 100

- 14 Mesada – \$ 1.6 billones en valor presente
- Incremento cotización en salud para pensionados de IVM antes de Ley 100 contribuían con 3.96% de la pensión el sistema debió ajustar 8.04% para que contribuyeran 12% de la pensión.
- Transición- aumento pensión a 20 SMLV
- Sector público- en algunos casos sin bono- cuotas partes

Causas del agotamiento de las reservas

✓ FALTA DE APORTES POR PARTE DEL ESTADO (Antes y después de Ley 100)

- Rendimientos reservas – 2% real debiendo ser 5.5%
- Contribución tripartita – el Estado no aportó
- 14-mesada.

✓ TRASLADO AFILIADOS A AHORRO INDIVIDUAL

- Falta de controles en el proceso de afiliación
- Ha generado múltiple vinculación
- 1.900.000 personas se han trasladado del ISS hacia las AFP

✓ FALLOS JUDICIALES ADVERSOS A LA NORMATIVIDAD VIGENTE

✓ AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

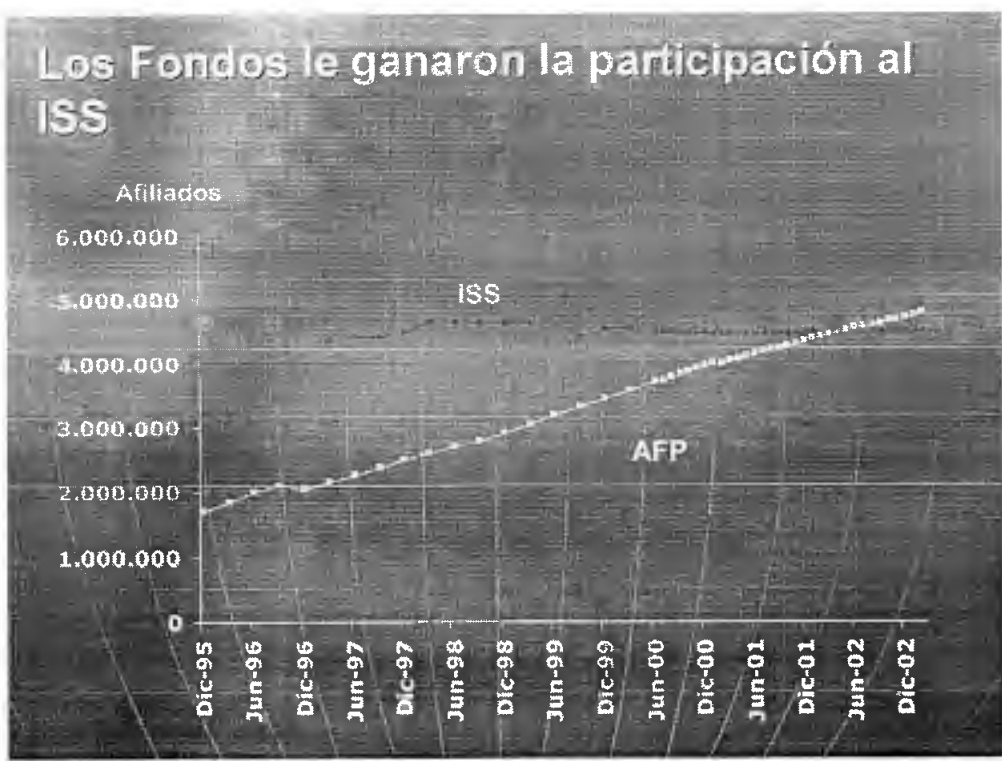
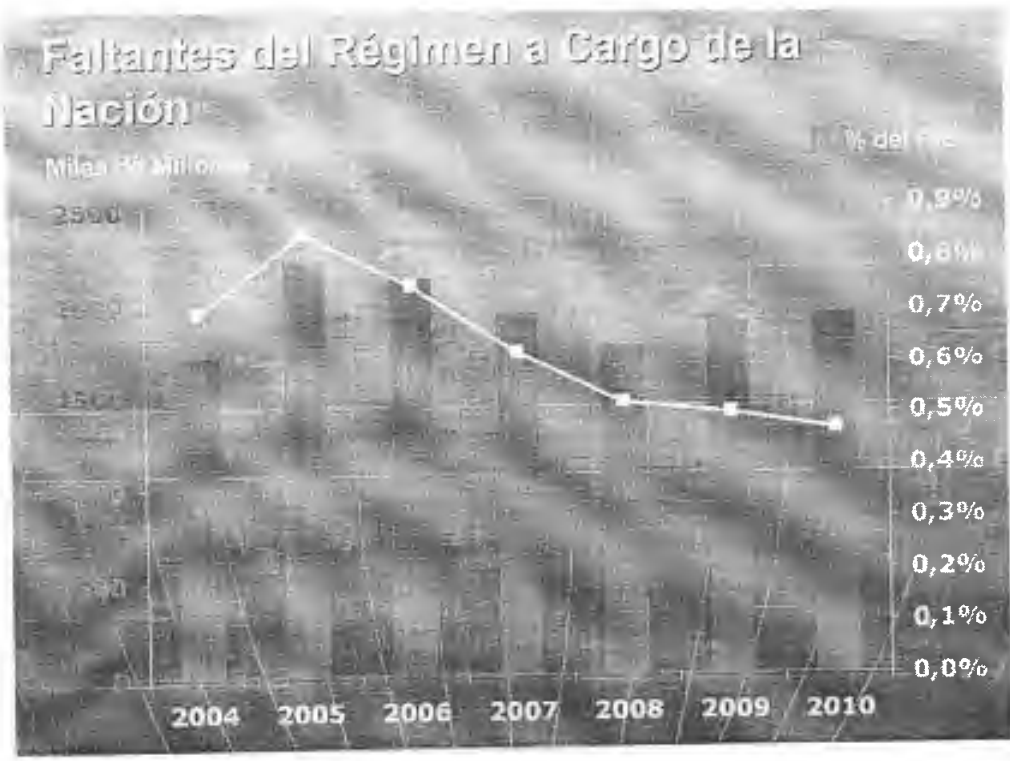
- Evasión

Flujo de Caja ISS: Agotamiento de las reservas

	2002	2003	2004
Ingresos	2.064.697	4.412.907	4.901.603
Cotizaciones	1.802.079	1.736.597	1.883.667
otros	262.618	349.355	159.141
Redención Reservas	1.266.404	1.998.183	1.190.012
FALTANTE			1.707.803
Rendimientos Financieros	685.335	444.590	64.897
Gastos Prestaciones Reservas	3.832.179	4.412.907	4.901.603
Reservas	3.188.196	1.190.012	-

Estructura del ISS

	2002	2003	2004
Afiliados	5.674.016	5.667.346	5.667.346
Cotizantes	2.389.534	2.156.962	2.050.793
Pensionados	509.548	540.153	552.625



Posibles Soluciones

- La estrategia Latinoamericana
- Financiar el faltante a cargo de la Nación con mayores ingresos: Reforma tributaria
- La ley 797 de 2003 eliminó buena parte de los subsidios regresivos en prima media pero aún falta por hacer..

La Estrategia Latinoamericana

- Alta inflación que licúa el valor real de las pensiones
- Cesación de pagos: Corralito
- Argentina: Descapitalizó los fondos de pensiones para pagar la deuda

ANTECEDENTES DE LA LEY 797 DE 2002

El proyecto que radicó el Gobierno en el Congreso de la República, encaminado a reformar el sistema pensional colombiano, según lo señala la exposición de motivos, está inspirado en el propósito de lograr un Estado Comunitario que dedique sus recursos a erradicar la pobreza, a constituir equidad y confianza, ampliar y mejorar la seguridad y la justicia social.

Con este objetivo, el gobierno pretende crear un sistema que reincorpore el sentido de solidaridad y fortalezca las finanzas públicas, reactivando, a su turno, el mercado laboral.

Es del caso citar algunos apartes que motivaron la reforma³:

Situación actual

Para comprender la necesidad de unas medidas de ajuste, es esencial tener clara la magnitud del problema del desempleo y el mercado laboral que enfrenta el país.

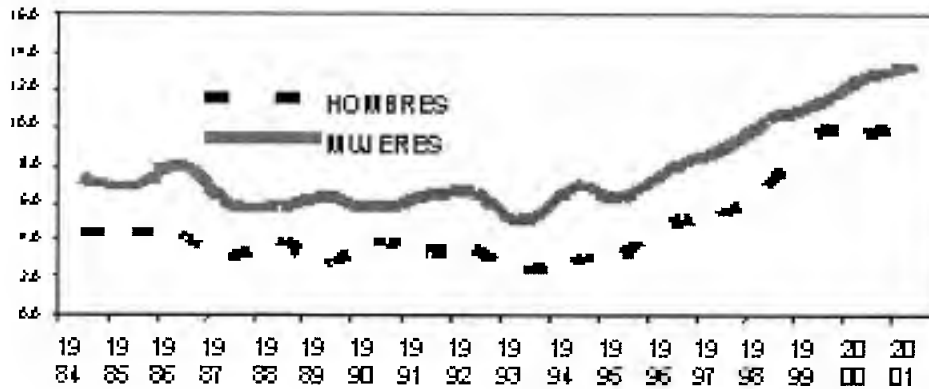
Cada año están capacitados para laborar cerca de 370 mil nuevas personas, solamente por efecto del crecimiento vegetativo de la población. Es decir, que para mantener estable los niveles de desempleo actual (16.0% en el país y 18.0% en las principales ciudades) se deben crear por lo menos estos mismos puestos de trabajo cada año (DNP).

Sin embargo, estimaciones del DNP y de expertos en el mercado laboral han mostrado que con las perspectivas de crecimiento económico de los próximos años el país no logrará, siquiera, retornar a los niveles de tasa de desempleo de la primera mitad de los noventa, e incluso la situación puede ser más dramática comparada con la actual.

Entre la población más afectada y a la cual se debe dar gran atención es a los jóvenes y a los jefes de hogar. En el caso de los últimos, es preocupante el aumento de la tasa de desempleo, ya que los jefes de hogar son la principal fuente de ingresos de las familias, con lo cual peligra en gran medida la supervivencia de varias personas en el núcleo familiar.

³ Exposición de motivos del proyecto de ley, publicado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Gráfico 1
Tasa de desempleo de los jefes de hogar por sexo
(junios 10 ciudades)



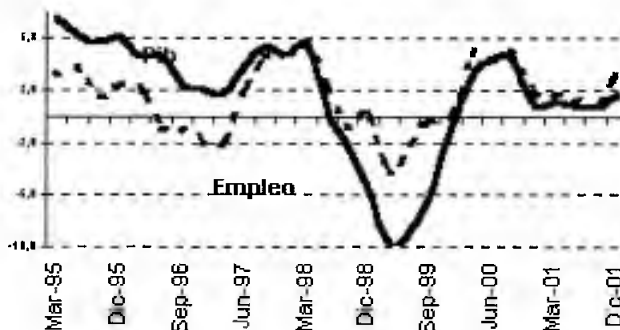
Ligado al aumento del desempleo de los jefes de hogar, se han venido presentando una serie de fenómenos que han agravado más la situación social del país. En especial los miembros secundarios de las familias (esposas y jóvenes inactivos) han venido insertándose al mercado laboral para tratar de preservar el nivel de ingresos de la familia.

Nivel de ingresos que se logran generalmente por la vía de la informalidad. En Colombia, las cifras de informalidad son aterradoras, alcanzando actualmente el 61% del empleo urbano y casi la totalidad del empleo rural (Dirección Estudios Sectoriales CGR, 2002). Esta realidad se presenta como un grave problema que distorsiona la legalidad del mercado de trabajo, situación que exige la adopción de políticas encaminadas a incorporar a estas personas al régimen laboral, facilitando el acceso al trabajo en condiciones adecuadas de calidad y remuneración (Castiblanco, Gordo 2002) protección social.

Para la creación de mayores empleos y mejorar las condiciones de vida de la población, es sin duda el crecimiento económico sostenido, la mejor tendencia como se visualiza en la gráfica 2.

Esta realidad se presenta como un grave problema que distorsiona la legalidad del mercado de trabajo, situación que exige la adopción de políticas encaminadas a incorporar a estas personas al régimen laboral.

GRÁFICA 2
Pib y empleo urbanos
Variación anual, 1995 - 2001



Fuente: SES-DNP

Considerando algunos escenarios de crecimiento, se encuentra que si el PIB crece de acuerdo con las proyecciones de la balanza de pagos³, la tasa de desempleo se ubicaría en 2006 (cuadro 1, escenario 1) alrededor del 14.4% a nivel nacional y 16.1% en las principales ciudades.

Cuadro 1

	NACIONAL				Trece principales ciudades			
	Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3	Escenario 4	Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3	Escenario 4
2002	16.8%	16.8%	16.8%	16.8%	17.5%	17.5%	17.5%	17.4%
2003	16.4%	17.0%	17.3%	15.2%	17.3%	17.8%	18.2%	15.8%
2004	15.8%	17.1%	17.8%	13.4%	16.3%	18.2%	18.3%	14.1%
2005	15.2%	17.1%	18.1%	11.6%	16.6%	18.5%	19.5%	12.3%
2006	14.4%	17.0%	18.3%	9.3%	16.1%	18.6%	19.9%	10.4%

Si disminuimos un punto porcentual al crecimiento del producto en cada uno de los años⁴ (cuadro 1, escenario 2), la tasa de desempleo a nivel nacional permanecería prácticamente constante alrededor de un 17.0% y en las trece ciudades estaría cerca de 18.6%, a finales de 2006.

Por otro lado, en un escenario pesimista, el PIB crecería un punto y medio menos que el escenario base, con lo cual el desempleo iría aumentando, para ubicarse en 2006 en un 18.3% a nivel nacional y en las principales ciudades en 19.9%.

Teniendo estas estimaciones, se tiene que tener en cuenta que aún si el país creciera a tasas razonables, el desempleo no podría bajar a niveles del 14%, pues sólo con tasas de crecimiento sostenidas del 5.2% se bajaría la tasa de desempleo a un dígito (cuadro 1, escenario 4).

La anterior situación demuestra que no sólo se requieren tomar las medidas necesarias para que la economía retorne a tasas de crecimiento sostenido por encima del 5%, sino que se deben diseñar y poner en marcha programas que incentiven la generación de empleo y mitiguen los efectos perversos del desempleo sobre la población más vulnerable, pues son estos los más afectados por la crisis económica.

Ahora bien, cabe resaltar el estudio que, en el marco de la reforma se efectuó por parte del presidente de la ANDI y del Consejo Gremial Nacional en el congreso de la República, el 12 de septiembre de 2002⁴:

El Gobierno, Fedesarrollo y ANIF han revisado hacia arriba la meta de crecimiento del PIB de 2002, el cual se estima que será del 1.5%, lo cual se va acercando a la perspectiva que tenía la ANDI (que no ha ajustado) de que puede superar el 2%. Ello indica que Colombia atraviesa por un buen clima económico, como se puede observar si se tiene en cuenta que la actividad industrial sigue creciendo a pesar de la caída de las exportaciones a Venezuela;

⁴ Luis Carlos Villegas, Septiembre 12 de 2002. Congreso de la República de Colombia.

el comercio ha repuntado en el mes de agosto; la demanda de energía eléctrica y doméstica va en aumento, y la construcción está alcanzando records históricos lo cual se demuestra en el incremento de licencias, crecimiento de las aprobaciones y desembolsos para el sector.

Si bien estos datos son alentadores, no podemos dejar de lado que propiciar un desarrollo económico sostenido, sólo se logra reforzando este crecimiento con el tema de seguridad ciudadana.

Sin embargo, no podemos olvidar que la solución al déficit fiscal está íntimamente ligado con el contexto internacional. Por ello es importante analizar el panorama latinoamericano el cual presenta grandes dificultades. A manera de ejemplo podemos observar señales como la incertidumbre electoral que enfrenta Brasil [lo cual ha atrasado la ayuda del FMI]; la profunda crisis Argentina que está contagiando al Uruguay y repercutiendo negativamente en Chile, la inestabilidad cambiaria y social de Venezuela; y el estancamiento del crecimiento externo comercial. Estas circunstancias hacen que el déficit colombiano no tenga claridad de ser financiable internacionalmente si no se hacen los correctivos estructurales macroeconómicos que den tranquilidad a los inversionistas mundiales. Por ello, para reducir el hueco fiscal es necesario la disminución del gasto y el aumento de los ingresos que recibe la nación.

Estas circunstancias hacen que el déficit colombiano no tenga claridad de ser financiable internacionalmente si no se hacen los correctivos estructurales macroeconómicos que den tranquilidad a los inversionistas mundiales.

No olvidemos que la inversión es la base del crecimiento futuro; el empleo es el fruto del crecimiento y la demanda doméstica es el resultado del empleo.

Reforma Pensional

Es evidente que la reforma pensional es una prioridad para el país por cuanto el pasivo que presenta se estima en una cifra cercana al 200% del PIB.

La situación fiscal del país es crítica y por tanto el margen de maniobra es mínimo.

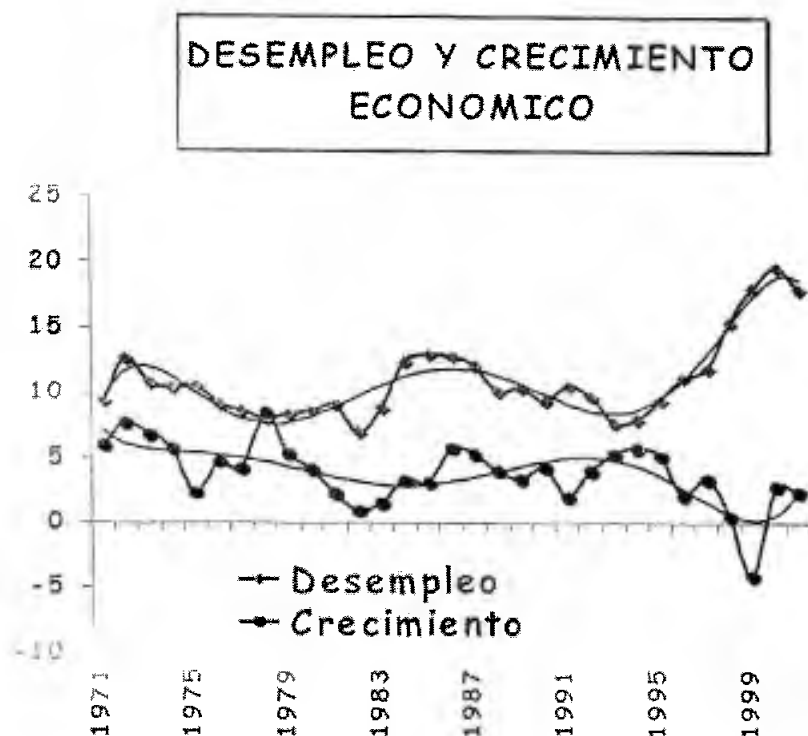
La reforma incluye aspectos que consideramos positivos:

Está orientado a ir reduciendo el pasivo pensional. En este punto la gravedad de la situación fiscal es de tal magnitud que a pesar de que la reforma implica un mayor costo para la actividad productiva y la sociedad en general, éste es menor que el riesgo de llegar a una situación de insostenibilidad de las finanzas públicas. Por ello, es el momento de hacer un esfuerzo adicional en el aumento de las semanas de cotización, la edad de pensión, el monto de la pensión de vejez, la tasa de reemplazo, el ingreso base de cotización y el porcentaje de la cotización. Es importante insistir que hay que trabajar en todos estos campos al mismo tiempo, y no dejar recargar unos sobre otros. Propone eliminar los regímenes especiales y exceptuados.

Reduce el período del régimen de transición al 2009. Sin embargo consideramos que podría hacerse una mayor reducción hasta el 2007. Así mismo creemos que todos los beneficiarios del régimen de transición deberían empezar desde ahora a hacer aportes complementarios graduales al sistema hasta el año en que efectivamente reciban la pensión, a fin de compensar en parte el subsidio representado entre el monto cotizado y el valor de la pensión.

Incluye la solidaridad en aspectos como el monto de la pensión de vejez y la cotización adicional de las personas de ingresos más altos.

Reduce la comisión de los administradores de los dos regímenes.



ASPECTOS RELEVANTES DE LA LEY 797 DE 2002

Teniendo en cuenta los antecedentes que condujeron a la aprobación de la ley 797 de 2002, por la cual se reforman algunas disposiciones del sistema general de pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se adoptan disposiciones sobre los regímenes pensionales, es del caso señalar los aspectos más relevantes de esta última.

CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

De conformidad con el texto normativo contenido en el artículo 2° de la Ley 797 de 2003, la afiliación al Sistema General de Pensiones es obligatoria para todos los trabajadores dependientes e independientes.

Los afiliados podrán escoger el régimen de pensiones que prefieran. Una vez efectuada la selección inicial, estos sólo podrán trasladarse de régimen por una sola vez cada cinco años, contados a partir de la selección inicial. Después de un año contado a partir de la vigencia de la ley, el afiliado no podrá trasladarse de régimen cuando le faltaren diez años o menos para cumplir la edad para tener derecho a la pensión de vejez.

El fondo de solidaridad pensional estará destinado a ampliar la cobertura mediante el subsidio a los grupos de población que, por sus características y condiciones socioeconómicas, no tienen acceso a los sistemas de seguridad social, tales como trabajadores independientes o desempleados, artistas, deportistas, madres comunitarias y discapacitados.

Igualmente, se crea, a través de la ley, una subcuenta de subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, destinado a la protección de las personas en estado de indigencia o de pobreza extrema, mediante un subsidio económico. La edad para acceder a esta protección será en todo caso tres años inferior a la que rija en el sistema general de pensiones para los afiliados.

En ningún caso podrán sustituirse semanas de cotización o abonarse semanas cotizadas o tiempo de servicios con el cumplimiento de otros requisitos distintos a cotizaciones efectivamente realizadas o tiempo de servicios efectivamente prestados antes del reconocimiento de la pensión. Tampoco podrán otorgarse pensiones del Sistema General que no correspondan a tiempos de servicios efectivamente prestados o cotizados.

Tampoco podrán otorgarse pensiones del Sistema General que no correspondan a tiempos de servicios efectivamente prestados o cotizados.

Los recursos del Sistema General de Pensiones están destinados exclusivamente a dicho sistema y no pertenecen a la Nación, ni a las entidades que los administran.

El Estado es responsable de la dirección, coordinación y control del Sistema General de Pensiones y garante de los recursos pensionales aportados por los afiliados, en los términos de esta ley y controlará su destinación exclusiva, custodia y administración.

El sistema general de pensiones propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles.

Los afiliados que al cumplir la edad de pensión no reúnan los demás requisitos para tal efecto, tendrán derecho a una devolución de saldos o indemnización sustitutiva de acuerdo con el régimen al cual estén afiliados.

Los costos de administración del sistema general de pensiones permitirán una comisión razonable a las administradoras.

REGÍMENES DEL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES.

A la luz de lo previsto por el artículo 12 de la Ley 100 de 1993, cuyo texto no fue modificado por la Ley 797 de 2002, el sistema general de pensiones está compuesto por dos regímenes solidarios excluyentes, pero que coexisten, a saber:

RÉGIMEN SOLIDARIO DE PRIMA MEDIA CON PRESTACIÓN DEFINIDA.

RÉGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL CON SOLIDARIDAD.

Las características de dichos regímenes fueron explicadas al inicio del presente texto.

AFILIADOS

De conformidad con lo previsto en el artículo 3° de la Ley 797 de 2002, son **afiliados** al Sistema General de Pensiones:

En forma obligatoria: todas aquellas personas vinculadas mediante contrato de trabajo o como servidores públicos. Así mismo, las personas naturales que presten directamente servicios al Estado o a las entidades o empresas del sector privado, bajo la modalidad de contratos de prestación de servicios, o cualquier otra modalidad de servicios que adopten, los trabajadores independientes y los grupos de población que por sus características o condiciones socioeconómicas sean elegidos para ser beneficiarios de subsidios a través del Fondo de Solidaridad Pensional, de acuerdo con las disponibilidades presupuestales.

Durante los tres años siguientes a la vigencia de esta ley, los servidores públicos en cargos de carrera administrativa, **afiliados** al régimen de prima media con prestación de **finida** deberán permanecer en dicho régimen mientras mantengan la calidad de tales. Así mismo quienes ingresen por primera vez al Sector Público en cargos de carrera administrativa estarán obligatoriamente afiliados al Instituto de los Seguros Sociales, durante el mismo lapso.

Por otra parte, la ley establece que, para el caso de los trabajadores independientes se deberán tener en cuenta los siguientes principios:

- a) El ingreso base de cotización no podrá ser inferior al salario mínimo y deberá guardar correspondencia con los ingresos efectivamente percibidos por el afiliado. De tal manera que aquellos que posean capacidad económica suficiente, efectúen los aportes de solidaridad previstos en la ley.
- b) Podrán efectuarse pagos anticipados de aportes.

- c) El Gobierno Nacional establecerá un sistema de descuento directo de aportes para permitir el pago **directo** de los mismos.
- d) Las administradoras no podrán negar la afiliación de los trabajadores independientes ni exigir requisitos distintos a los expresamente previstos por las normas que las rigen.
- e) Los aportes podrán ser **realizados** por terceros a favor del afiliado sin que tal hecho implique por sí solo la existencia de una relación laboral.
- f) Para verificar los aportes, podrán efectuarse cruces con la información de las autoridades tributarias y, así mismo, solicitarse otras informaciones reservadas, pero en todo caso dicha información no podrá **utilizarse** para otros fines.

Las administradoras no podrán negar la afiliación de los trabajadores independientes ni exigir requisitos distintos a los expresamente previstos por las normas que las rigen.

Ahora bien, en forma voluntaria son afiliados todas las personas naturales residentes en el país y los colombianos domiciliados en el exterior, que no tengan la calidad de afiliados obligatorios y que no se encuentren expresamente excluidos por la ley.

Asimismo, los extranjeros que en virtud de un contrato de trabajo permanezcan en el país y no estén cubiertos por algún régimen de su país de origen o de cualquier otro.

Los afiliados voluntarios podrán afiliarse al régimen por intermedio de sus agremiaciones o asociaciones.

OBLIGATORIEDAD DE LAS COTIZACIONES

De otro lado, se establece que, durante la vigencia de la relación laboral y del contrato de prestación de servicios, deberán efectuarse cotizaciones obligatorias a los regímenes del sistema general de pensiones por parte de los afiliados, los empleadores y contratistas con base en el salario o ingresos por prestación de servicios que aquellos devenguen.

La obligación de cotizar cesa al momento en que el afiliado reúna los requisitos para acceder a la pensión mínima de vejez, o cuando el afiliado se pensione por invalidez o anticipadamente.

Lo anterior sin perjuicio de los aportes voluntarios que decida continuar efectuando el afiliado o el empleador en los dos regímenes.

BASE DE COTIZACIÓN

El legislador estableció como base para calcular las cotizaciones obligatorias por parte de los afiliados, los empleadores y contratistas, el salario mensual, y para los trabajadores particulares,

El límite de la base de cotización será de 25 salarios mínimos legales mensuales vigentes para trabajadores del sector público y privado. Cuando se devenguen mensualmente más de 25 salarios mínimos legales mensuales vigentes la base de cotización será reglamentada por el gobierno nacional y podrá ser hasta de 45 salarios mínimos legales mensuales para garantizar pensiones hasta de 25 salarios mínimos legales.

Las cotizaciones de los trabajadores cuya remuneración se pacte bajo la modalidad de salario integral, se calculará sobre el 70% de dicho salario. En todo caso, el monto de la cotización mantendrá siempre una relación directa y proporcional al monto de la pensión.

En aquellos eventos en los cuales el afiliado perciba salario de dos o más empleadores, o ingresos como trabajador independiente o por prestación de servicios como contratista, en un mismo período de tiempo, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas en forma proporcional al salario, o ingreso devengado de cada uno de ellos, y estas se acumularán para todos los efectos de esta ley sin exceder el tope legal. Para estos efectos, será necesario que las cotizaciones al sistema de salud se hagan sobre la misma base.

En ningún caso el ingreso base de cotización podrá ser inferior a un salario mínimo legal mensual vigente. Las personas que perciban ingresos inferiores al salario mínimo legal mensual vigente, podrán ser beneficiarias del Fondo de Solidaridad Pensional, a efectos de que éste le complete la cotización que les haga falta y hasta un salario mínimo legal mensual vigente, de acuerdo con lo previsto en la presente ley.

En desarrollo de lo anterior, el Decreto Reglamentario 510 de 2003 dispuso que la base de cotización del sistema general de pensiones será como mínimo en todos los casos de un salario mínimo legal mensual vigente, y máximo de 25 salarios mínimos legales mensuales vigentes, límite este que le es aplicable al sistema de seguridad social en salud.

La base de cotización para el sistema general de pensiones deberá ser la misma que la base de cotización del sistema general de seguridad social en salud, salvo que el afiliado cotice para el sistema general de pensiones sobre una base inferior a la mínima establecida para el sistema general de seguridad social en salud.

REQUISITOS PARA OBTENER LA PENSIÓN DE VEJEZ

Para tener el derecho a la pensión de vejez, el afiliado deberá reunir las siguientes condiciones:

1. Haber cumplido cincuenta y cinco (55) años de edad si es mujer o sesenta (60) años si es hombre.

A partir del 1° de enero del año 2014 la edad se incrementará a cincuenta y siete (57) años de edad para la mujer, y sesenta y dos (62) años para el hombre.

2. Haber cotizado un mínimo de mil (1000) semanas en cualquier tiempo.

A partir del 1° de enero del año 2005 el número de semanas se incrementará en 50 y a partir del 1° de enero de 2006 se incrementará en 25 cada año hasta llegar a 1.300 semanas en el año 2015.

Para efectos del cómputo de las semanas, se tendrá en cuenta:

- a) El número de semanas cotizadas en cualquiera de los dos regímenes del sistema general de pensiones.
- b) El tiempo de servicio como servidores públicos remunerados, incluyendo los tiempos servidos en regímenes exceptuados.
- c) El tiempo de servicio como trabajadores vinculados con empleadores que antes de la vigencia de la Ley 100 de 1993 tenían a su cargo el reconocimiento y pago de la pensión, siempre y cuando la vinculación laboral se encontrara vigente o se haya iniciado con posterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993.
- d) El tiempo de servicios como trabajadores vinculados con aquellos empleadores que por omisión no hubieren afiliado al trabajador.
- e) El número de semanas cotizadas a cajas previsionales del sector privado que antes de la Ley 100 de 1993 tuviesen a su cargo el reconocimiento y pago de la pensión.

En los casos previstos en los literales b), c), d) y e), el cómputo será procedente siempre y cuando el empleador o la caja, según el caso, trasladen, con base en el cálculo actuarial, la suma correspondiente del trabajador que se afilie, a satisfacción de la entidad administradora, el cual estará representado por un bono o título pensional.

Los fondos encargados reconocerán la pensión en un tiempo no superior a cuatro meses después de radicada la solicitud por el peticionario, con la correspondiente documentación que acredite su derecho. Los Fondos no podrán aducir que las diferentes cajas no les han expedido el bono pensional o la cuota parte.

Los fondos encargados reconocerán la pensión en un tiempo no superior a cuatro meses después de radicada la solicitud por el peticionario.

Para los efectos previstos en la ley, se entiende por semana cotizada el periodo de siete (7) días calendario. La facturación y el cobro de los aportes se harán sobre el número de días cotizados en cada período.

Transcurridos treinta (30) días después de que el trabajador o servidor público cumpla con los requisitos establecidos para tener derecho a la pensión, si este no la solicita, el empleador podrá solicitar el reconocimiento de la misma en nombre de aquel.

El párrafo cuarto del artículo 9 de la Ley 797 de 2002, exceptúan de los requisitos establecidos en los numerales 1 y 2 a las personas que padezcan una deficiencia física, síquica o sensorial del 50% o más, que cumplan 55 años de edad y que hayan cotizado en forma continua o discontinua 1000 o más semanas al régimen de seguridad social establecido en la Ley 100 de 1993.

La madre trabajadora cuyo hijo menor de 18 años padezca invalidez física o mental, debidamente calificada y hasta tanto permanezca en este estado y continúe como dependiente de la madre, tendrá derecho a recibir la pensión especial de vejez a cualquier edad, siempre que haya cotizado al Sistema General de Pensiones cuando menos el mínimo de semanas exigido en el régimen de prima media para acceder a la pensión de vejez. Este beneficio se suspenderá si la trabajadora se reincorpora a la fuerza laboral.

MONTO DE LA PENSIÓN DE VEJEZ

El monto mensual de la pensión de vejez, correspondiente a las primeras 1.000 semanas de cotización, será equivalente al 65% del ingreso base de liquidación. Por cada 50 semanas adicionales a las 1.000 hasta las 1.200 semanas, este porcentaje se incrementará en un 2%, llegando a este tiempo de cotización al 73% del ingreso base de liquidación. Por cada 50 semanas adicionales a las 1.200 hasta las 1.400, este porcentaje se incrementará en 3% en lugar del 2%, hasta completar un monto máximo del 85% del ingreso base de liquidación.

A partir del 1° de enero del año 2004 se aplicarán las siguientes reglas:

El monto mensual de la pensión correspondiente al número de semanas mínimas de cotización requeridas, será del equivalente al 65%, del ingreso base de liquidación de los afiliados. Dicho porcentaje se calculará de acuerdo con la fórmula siguiente:

- r = 65.50 - 0.50 s, donde:
r = porcentaje del ingreso de liquidación.
s = número de salarios mínimos legales mensuales vigentes.

A partir del 2004, el monto mensual de la pensión de vejez será un porcentaje que oscilará entre el 65 y el 55% del ingreso base de liquidación de los afiliados, en forma decreciente en función de su nivel de ingresos calculado con base en la fórmula señalada. El 1° de enero del año 2005 el número de semanas se incrementará en 50 semanas. Adicionalmente, el 1° de enero de 2006 se incrementarán en 25 semanas cada año hasta llegar a 1.300 semanas en el año 2015.

A partir del 2005, por cada cincuenta (50) semanas adicionales a las mínimas requeridas, el porcentaje se incrementará en un 1.5% del ingreso base de liquidación, llegando a un monto máximo de pensión entre el 80 y el 70.5% de dicho ingreso, en forma decreciente en función del nivel de ingresos de cotización, calculado con base en la fórmula establecida en el presente artículo. El valor total de la pensión no podrá ser superior al ochenta (80%) del ingreso base de liquidación, ni inferior a la pensión mínima.

REQUISITOS PARA OBTENER LA PENSIÓN DE INVALIDEZ

Tendrá derecho a la pensión de invalidez el afiliado al sistema que sea declarado inválido y acredite las siguientes condiciones:

1. *Invalidez causada por enfermedad:* Que haya cotizado 50 semanas en los últimos tres años inmediatamente anteriores a la fecha de estructuración y su fidelidad de cotización para con el sistema sea al menos del 25% del tiempo transcurrido entre el momento en que cumplió 20 años de edad y la fecha de la primera calificación del estado de invalidez.
2. *Invalidez causada por accidente:* Que haya cotizado 50 semanas dentro de los tres años inmediatamente anteriores al hecho causante de la misma.

Los menores de 20 años de edad solo deberán acreditar que han cotizado 26 semanas en el último año inmediatamente anterior al hecho causante de su invalidez o su declaratoria.

REQUISITOS PARA OBTENER LA PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES

Tendrán derecho a la pensión de sobrevivientes:

1. Los miembros del grupo familiar del pensionado por vejez o invalidez por riesgo común que fallezca y,
2. Los miembros del grupo familiar del afiliado al sistema que fallezca, siempre y cuando éste hubiere cotizado cincuenta semanas dentro de los tres últimos años inmediatamente anteriores al fallecimiento y se acrediten las siguientes condiciones:
 - a) Muerte causada por enfermedad: si es mayor de 20 años de edad, haya cotizado el veinticinco por ciento (25%) del tiempo transcurrido entre el momento en que cumplió veinte años de edad y la fecha del fallecimiento;
 - b) Muerte causada por accidente: si es mayor de 20 años de edad, haya cotizado el veinte por ciento (20%) del tiempo transcurrido entre el momento en que cumplió veinte años de edad y la fecha del fallecimiento.

Cuando un afiliado haya cotizado el número de semanas mínimo requerido en el régimen de prima en tiempo anterior a su fallecimiento, sin que haya tramitado o recibido una indemnización sustitutiva de la pensión de vejez o la devolución de saldos, los beneficiarios a que se refiere el numeral 2 tendrán derecho a la pensión de sobrevivientes, en los términos de ley.

El monto de la pensión para aquellos beneficiarios que a partir de la vigencia de la Ley, cumplan con los requisitos establecidos será del 80% del monto que le hubiera correspondido en una pensión de vejez.

Si la causa del fallecimiento es homicidio, se aplicará lo prescrito para accidente, y si es suicidio, se aplicará lo prescrito para enfermedad.

BENEFICIARIOS DE LA PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES

De acuerdo con lo previsto por el artículo 13 de la Ley 797 de 2002, son beneficiarios de la pensión de sobrevivientes:

- a) En forma vitalicia, el cónyuge o la compañera o compañero permanente o supérstite, siempre y cuando dicho beneficiario, a la fecha del fallecimiento del causante, tenga 30 o más años de edad. En caso de que la pensión de sobrevivencia se cause por muerte del pensionado, el cónyuge o la compañera o compañero permanente supérstite, deberá acreditar que estuvo haciendo vida marital con el causante hasta su muerte y haya convivido con el fallecido no menos de cinco (5) años continuos con anterioridad a su muerte;
- b) En forma temporal, el cónyuge o la compañera permanente supérstite, siempre y cuando dicho beneficiario, a la fecha del fallecimiento del causante, tenga

El monto de la pensión para aquellos beneficiarios que a partir de la vigencia de la Ley, cumplan con los requisitos establecidos será del 80% del monto que le hubiera correspondido en una pensión de vejez.

menos de 30 años de edad, y no haya procreado hijos con este. La pensión temporal se pagará mientras el beneficiario viva y tendrá una duración máxima de 20 años. En este caso, el beneficiario deberá cotizar al sistema para obtener su propia pensión, con cargo a dicha pensión. Si tiene hijos con el causante aplicará el literal a).

En este caso, el beneficiario deberá cotizar al sistema para obtener su propia pensión, con cargo a dicha pensión.

Si respecto de un pensionado hubiese un compañero o compañera permanente, con sociedad anterior conyugal no disuelta y derecho a percibir parte de la pensión de que tratan los literales a) y b), dicha pensión se dividirá entre ellos (as) en proporción al tiempo de convivencia con el fallecido.

En caso de convivencia simultánea en los últimos cinco años, antes del fallecimiento del causante entre un cónyuge y una compañera o compañero permanente, la beneficiaria o el beneficiario de la pensión de sobreviviente será la esposa o el esposo. Si no existe convivencia simultánea y se mantiene vigente la unión conyugal pero hay una separación de hecho, la compañera o compañero permanente podrá reclamar una cuota parte de lo correspondiente al literal a) en un porcentaje proporcional al tiempo convivido con el causante siempre y cuando haya sido superior a los últimos cinco años antes del fallecimiento del causante. La otra cuota parte le corresponderá a la cónyuge con la cual existe la sociedad conyugal vigente.

- c) Los hijos menores de 18 años, los hijos mayores de 18 años y hasta los 25 años, incapacitados para trabajar por razón de sus estudios y si dependían económicamente del causante al momento de su muerte, siempre y cuando acrediten debidamente su condición de estudiantes y cumplan con el mínimo de condiciones académicas que establezca el Gobierno, y los hijos inválidos si dependían económicamente del causante, esto es, que no tienen ingresos adicionales, mientras subsistan las condiciones de invalidez.
- d) A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente e hijos con derecho, serán beneficiarios los padres del causante si dependían económicamente de forma total y absoluta de este.
- e) A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, padres e hijos con derecho, serán beneficiarios los hermanos inválidos del causante si dependían económicamente de éste.

GARANTÍA DE PENSIÓN MÍNIMA DE VEJEZ

En virtud del precepto normativo contenido en el artículo 14 de la Ley 797 de 2002, se crea el Fondo de Garantía de Pensión Mínima del Régimen de Ahorro individual con Solidaridad, como un patrimonio autónomo con cargo al cual se

pagará, en primera instancia, la garantía de la pensión mínima de vejez. El Gobierno Nacional definirá el régimen de organización y administración de este fondo, así como la entidad o entidades que lo administrarán.

Los afiliados que a los sesenta y dos (62) años de edad, si son hombres, y cincuenta y siete (57), si son mujeres, no hayan alcanzado a generar la pensión mínima y hubiesen cotizado por lo menos mil ciento cincuenta (1.150) semanas tendrán derecho a que el Fondo de Garantía de Pensión Mínima del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, en desarrollo del principio de solidaridad, les complete la parte que haga falta para obtener dicha pensión.

A partir del 1° de enero de 2009 el número de semanas se incrementarán en veinticinco (25) semanas cada año hasta alcanzar 1.325 semanas de cotización en el 2015.

Texto publicado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS DEL PROYECTO DE LEY

Por el cual se define el Sistema de Protección Social, se prevén algunos programas contra el riesgo del desempleo, se reforman algunas disposiciones del Sistema General de Pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se adoptan disposiciones sobre los regímenes pensionales exceptuados y especiales

Consideraciones Generales

El espíritu que anima las acciones del Gobierno Nacional, que asumió unos compromisos contenidos en el Manifiesto Democrático puesto a consideración de los colombianos por el presidente Alvaro Uribe Vélez, está inspirado en el propósito de lograr un Estado Comunitario que dedique sus recursos a erradicar la pobreza, a construir equidad y confianza, ampliar y mejorar la seguridad social y la justicia social. En ese marco, las iniciativas de transformación propuestas por el jefe del Estado y apoyadas por cerca de 6.000.000 de colombianos, responden a la necesidad de construir esquemas sociales solidarios, financieramente viables y sostenibles en el tiempo, y, equitativos para todos los ciudadanos.

La reforma pensional propuesta, busca una mayor equidad, solidaridad y viabilidad financiera de un nuevo sistema que le de un trato igualitario a todos los colombianos, mediante la eliminación, entre otros mecanismos, de los privilegios que actualmente gozan algunos sectores por estar exceptuados de la ley 100 de 1993 o por razón de disposiciones especiales del régimen de transición, como el presidente de la República, los Congresistas, los Magistrados de las Altas Cortes, las FFMM y la Policía Nacional, los docentes públicos y los

trabajadores de empresas del estado como Ecopetrol, quienes representan una minoría frente al conglomerado de los trabajadores colombianos. El nuevo proyecto tal y como se comprometió el presidente Uribe, respeta las expectativas de las personas próximas a pensionarse, los derechos adquiridos y se ajusta a las condiciones fiscales del país, promoviendo mayor solidaridad y equidad para todos los colombianos.

El nuevo proyecto respeta las expectativas de las personas próximas a pensionarse.

El Gobierno Nacional aspira a que el impacto social de estas reformas, permita recuperar la confianza perdida de los ciudadanos en sus instituciones, reincorporar el sentido de solidaridad y tonificar las finanzas públicas de manera que podamos eliminar la incertidumbre sobre el futuro de nuestros conciudadanos y, simultáneamente, ayudar a reactivar el mercado laboral.

El Gobierno Nacional, consciente de la necesidad de promover una visión integral del sistema de seguridad y protección social, propone crear el sistema de protección y seguridad social. El gobierno está convencido que, bajo una misma dirección, puede analizar y promover estrategias y políticas que, en forma integral, ofrezcan alternativas para el mejoramiento de las condiciones sociales y económicas del pueblo colombiano y, simultáneamente, permitan la socialización del riesgo, laboral y social, al que estamos expuestos todos los ciudadanos. En este marco, el Ministerio está trabajando en una reforma para la cooperación laboral, convencido que si todos los colombianos cooperamos y compartimos, generaremos mecanismos que nos permitan competir y producir en una forma efectiva y eficiente, situación esta que redundar en el mejor bienestar de la población.

Para esto, debemos aprender a identificar y ofrecer a los empresarios y trabajadores, mejores oportunidades para la generación de empleo. Esto, lógicamente, debe estar sustentado con programas que permitan una mejor empleabilidad que, son el resultado, entre otras, de una capacitación para el oficio productivo.

Todo lo anterior debe ir acompañado de unos mecanismos que den confianza a los empleadores y trabajadores para que puedan encontrar diferentes mecanismos de participación, y el Estado, a su vez, pueda definir un sistema integral de protección social que, por su viabilidad financiera, genere tranquilidad a todos los involucrados en el desarrollo integral de nuestro país.

Dentro de este marco, que busca generar un sistema integral de protección y promoción del empleo, el Gobierno Nacional busca introducir cambios importantes al sistema de pensiones que, acompañados de otros instrumentos que estamos trabajando, permitan recuperar la dinámica económica existente años atrás, la cual debe, indudablemente, estar precedida por sistemas que, como el pensional, sean viables y generen una gran rentabilidad social.

El Gobierno Nacional busca introducir cambios importantes al sistema de pensiones que, acompañados de otros instrumentos que estamos trabajando, permitan recuperar la dinámica económica.

En un Estado como el nuestro, con recursos limitados, es muy importante que antes de discutir su utilización, nos pongamos de acuerdo en los principios básicos que se deben cumplir para la destinación de los dineros públicos. Así mismo los principios deben servir de guía para analizar la utilización que, actualmente, se le da a los recursos públicos destinados al sistema pensional vigente. Estos principios rectores son:

Equidad y solidaridad social
Responsabilidad fiscal.
Justicia redistributiva

A pesar de los avances logrados por la Ley 100 de 1993, el país ha experimentado importantes cambios demográficos, económicos, sociales y laborales, lo cual exige implementar nuevas modificaciones al sistema Pensional para asegurar una mayor equidad social, solidaridad y responsabilidad fiscal.

El sistema actual, ocho de cada 10 Colombianos con edad para pensionarse no están cubiertos por el sistema. En el año 2001, solo el 23% de los adultos mayores, con igual o mayor edad para pensionarse, están cubiertos por el sistema.

En el régimen de prima media con prestación definida de manera regresiva, se subsidia, con recursos públicos, entre el 42% y el 72% de cada pensión reconocida actualmente. Quiere esto decir, en cifras del año 1999, que el Gobierno Nacional dedicó 2,04 puntos del PIB (cerca de 4 billones de pesos), para que dos personas de cada diez, con edad superior a la de jubilación, pudieran recibir el subsidio a la pensión.

De seguir la tendencia actual, el Gobierno central debería destinar, en el año 2019, cinco punto cinco (5.5) puntos del PIB para que esa gran minoría siga recibiendo subsidio a su pensión.

La tasa efectiva de cotización tiene un alto grado de regresividad, situación que genera inequidad en el sistema, pues termina subsidiando a personas que tienen una mayor capacidad de pago para realizar aportes voluntarios que le permitan mejorar el monto de la pensión a recibir.

El sistema no es solidario ni equitativo, por la presencia de regímenes especiales y exceptuados que permiten que una gran minoría disfrute de unos derechos pensionales diferentes a los que tiene el resto de la población Colombiana. Mientras que los afiliados provenientes de estos sistemas representan solo el 11% del total de los afiliados al régimen, los pasivos pensionales del Fondo de las Fuerzas Militares y Policía y del Magisterio, equivalen al 30% del déficit pensional de la Nación (en valor presente).

Hasta hoy, las pensiones del Presidente de la República, los congresistas, los Magistrados de las Altas Cortes, los miembros de la Fuerza Pública, los trabajadores de Ecopetrol y los docentes públicos, han tenido unos parámetros diferentes a los que rigen para la generalidad de los Colombianos, bien sea por estar exceptuados del régimen general o por estar sujetos a un régimen de transición especial. El Presidente de la República ha expresado que renunciará a estos beneficios, así mismo los congresistas que apoyaron su candidatura, están dispuestos a renunciar a los privilegios de su régimen especial de transición, en aras de un Estado más solidario y equitativo.

El sistema pensional tiene un pasivo muy alto (valor presente de las obligaciones futuras por pensiones de jubilación) que no está financiado, incidiendo en el aumento del déficit fiscal de la Nación. Actualmente, el pasivo equivale al 206% del PIB del año 2000. Según el modelo DNP pensión (parra, 2001), el déficit alcanzó en el año 2000, el 192,4% del PIB. El desfinanciamiento existente, para asegurar que una minoría goce de su pensión, tendrá que ser cubierto con recursos de la nación en caso de seguir con las mismas condiciones.

El desfinanciamiento existente, para asegurar que una minoría goce de su pensión, tendrá que ser cubierto con recursos de la nación en caso de seguir con las mismas condiciones.

En el mundo la tasa de cotización promedio, oscila entre el 18% y el 20% del ingreso. En Colombia es del 13,5%, generando un gran desbalance entre los beneficios que reciben los pensionados y el esfuerzo que realizan para poder obtener su pensión.

Mientras que en Colombia, el periodo de cotización para acceder a una tasa de reemplazo del 65% del ingreso base de liquidación es de 20 años, en Bolivia es de 33 años, en Chile de 35 años, en El Salvador es de 49 años y en México es de 34 años. Así mismo, mientras que la tasa de reemplazo en nuestro país es, aproximadamente, del 65%, en el resto de países latinoamericanos, es del 44%. Lo anterior hace que el sistema actual tenga una frágil estructura, financieramente hablando.

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

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

Con el sistema actual, el ISS no tendría viabilidad. Entre el año 2000 y el año 2001, el ISS debió cancelar 700 mil millones adicionales a los ingresos (recaudos

por cotización + rendimientos financieros). De continuar esta tendencia, el ISS no tendría dinero para responder por los beneficios pensionales en el año 2005.

Proyecto de Ley 206 de 2002 (S)

A pesar de los avances del proyecto de Ley 206 del 2002 y de ser una buena alternativa para solucionar algunos problemas de flujo de caja del sistema, el Gobierno del Presidente Uribe busca de manera responsable solución a algunos problemas estructurales que permitan sentar las bases para un mejor desarrollo económico y social de nuestro país. Algunas de las falencias que creemos, tuvo este proyecto de Ley 206 son:

No se contempló la necesidad de acelerar el régimen de transición, siendo ésta la única forma de reducir el subsidio regresivo en el régimen de prima media con prestación definida que actualmente es en promedio del 48%.

No dispuso de ninguna modificación a los regímenes especiales y exceptuados.

En el proyecto de Ley 206, continúa existiendo un subsidio para los nuevos afiliados al régimen de prima media.

No existen medidas tendientes a ampliar la cobertura.

Los artículos encaminados a cubrir el déficit de caja del Instituto de Seguros Sociales, así como aquellos destinados al fortalecimiento del ISS no son suficientes, porque las modificaciones planteadas para la ampliación de la base de cotizantes, sin aumentar la base laboral y sin adoptar medidas como las de subsidio al desempleo, subsidio del empleo entre otras, no son realistas pues la meta de aumentar la base de afiliados en 60.000 al año parece irreal. Recordemos que la tasa de ingresos del ISS actualmente es negativa (-4%)

Por lo anterior, el Gobierno Nacional decidió presentar un nuevo proyecto de Ley con el fin de regular el tema pensional dentro de un contexto global de seguridad y/o protección social, buscando solucionar problemas estructurales de fondo y creando instrumentos para generar empleo y asegurar unos ingresos mínimos a la población, lo cual debe desencadenar en un mejor bienestar de la población. Estos programas, unidos al cambio del sistema pensional, permitirán crear un sistema confiable y estable para todos los colombianos.

Objetivos del Proyecto de Ley

El proyecto de Ley busca integrar nuevos elementos e instrumentos que, concebidos y ejecutados en forma integral, permiten alcanzar una política más coherente y, por lo tanto, un mejor impacto social que refleje los principios de equidad, solidaridad, responsabilidad financiera y justicia redistributiva.

El proyecto, además de reformar el sistema de pensiones, contempla el sistema de protección para el desempleado, el subsidio al empleo, el subsidio al desempleo y el programa de protección de ingresos mínimos, convencidos de que la implementación de los mismos, lograra impulsar el desarrollo social y económico, focalizando gran parte de este esfuerzo en la población más vulnerable de nuestro país.

El proyecto de ley crea las siguientes herramientas de equidad:

Focaliza el subsidio temporal para los trabajadores con ingresos inferiores a un salario mínimo, independientes y desempleados pobres, artistas y deportistas, siempre y cuando las semanas de cotización que les hicieren falta no sean superiores a cien (100), la edad no sea inferior a cincuenta y cinco (55) años y acredite la afiliación al sistema de salud. Este subsidio temporal será financiado con el 50% del aporte del 1% de los afiliados con ingresos iguales o superiores a cuatro (4) SMLMV

Fortalece el fondo de solidaridad para los ancianos indigentes, mayores de 65 años, contemplado en la ley 100 de 1993 y establece un subsidio del 50% del SMLMV para los ancianos indigentes, especialmente las viudas, las madres cabeza de familia, los incapacitados y los desplazados. La financiación de estos recursos serán generados con el 50% del aporte del 1% de los afiliados con ingresos iguales o superiores a 4 SMLMV.

Establece un aporte adicional a los afiliados que tengan una base de cotización igual o superior a veinte (20) SMLMV destinados a la financiación de la pensión de los ancianos indigentes.

También, para los ancianos indigentes, los afiliados que tienen pensiones de vejez de más de 10 SMLMV deben aportar adicionalmente el 3%, mientras que los que reciben pensiones superiores a 20 SMLMV un 10%.

El proyecto incluye dentro del régimen del sistema general de pensiones a los trabajadores de Ecopetrol.

El proyecto contempla una disposición marco para que el Presidente de la República pueda regular el régimen de los servidores públicos no sujetos a la ley 100 de 1993, tales como el de los docentes o del propio Presidente de la República. De esta manera se busca modificar dicho régimen con el fin de que el mismo se ajuste en lo posible a lo dispuesto a la ley 100 de 1993.

Se solicitan facultades extraordinarias igualmente para modificar el régimen de pensiones de las fuerzas militares y la policía nacional. En momentos como los

que vive la nación, un principio de solidaridad y equidad es renunciar a los privilegios pensionales que durante tantos años han tenido y que los diferencian del resto de los colombianos.

En momentos como los que vive la nación, un principio de solidaridad y equidad es renunciar a los privilegios pensionales que durante tantos años han tenido y que los diferencian del resto de los colombianos.

La responsabilidad fiscal del proyecto de ley esta contenida en las siguientes reformas:

Suspende, la posibilidad de traslado entre regímenes, en los últimos diez (10) años anteriores al cumplimiento de la edad para tener derecho a la pensión.

Dispone que el tiempo de servicio y las semanas de cotización exigidas para tener derecho a la pensión correspondan al tiempo efectivamente prestado o cotizado, sin ninguna excepción.

Reduce el porcentaje de cotización destinado al pago de la administración y a las primas de seguros previsionales en un 0.5%, liberando así, recursos adicionales para el régimen de prima media con prestación definida y para la financiación de la garantía de pensión mínima del régimen de ahorro individual con solidaridad.

Incrementa las cotizaciones en un punto (1%) en el año 2004 y otro punto (1%) en el año 2005.

Destina el incremento de cotización a la capitalización de reservas en el ISS y en los Fondos de Pensiones. Este incremento se distribuye así: 1% para la garantía de pensión mínima y otro punto para las cuentas de ahorro individual con solidaridad.

Amplia a veinte (20) años el tiempo para calcular el ingreso base de liquidación.

Amplía a veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales el límite para el ingreso base de cotización para quienes no se encuentren en el régimen de transición, habida cuenta del subsidio existente en este. En todo caso el límite de la pensión se mantiene en veinte (20) salarios mínimos legales mensuales.

Incrementa gradualmente la edad requerida para obtener la pensión de vejez en el año 2009, (58 para mujeres y 62 para hombres) y en el año 2018 (62 para mujeres y 65 para hombres)

Elimina los subsidios regresivos en el régimen de prima media con prestación definida al establecer que la tasa de reemplazo será decreciente con el número de salarios mínimos. Por ello a partir del 2009 el monto de la pensión oscilará entre el será de 65% y 55.5% del ingreso base de liquidación para el número mínimo de semanas. El monto de la pensión máxima oscilará entre el 80 y el 70.5% del ingreso base de liquidación, dependiendo del monto del mismo.

Adelanta gradualmente en cinco años la fecha en que termina la transición. Hasta el 2009 continúan vigentes los requisitos establecidos por la Ley 100. A partir de esta fecha, la edad se incrementara a cincuenta y ocho años (58) para las mujeres y sesenta y dos (62) para los hombres y las semanas de cotización a 1.200. A partir del 2018 se incrementa nuevamente la edad a 62 para las mujeres y 65 para los hombres, y las semanas de cotización a 1.300, respondiendo de esta forma a los cambios demográficos que se proyectan en nuestro país.

Incrementa a 50 semanas el periodo de carencia para tener derecho a la pensión de invalidez por riesgo común y a 75 semanas para tener derecho a la pensión de sobrevivencia.

(...)

ROBERTO JUNGUITO BONNET
Ministro de Hacienda y Crédito Público

JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA
Ministro de Salud
Encargado de las funciones del Despacho
del Ministro de Trabajo y Seguridad
Social

Tema 4. Características del sistema reformado de seguridad social en Argentina

Por Alfredo Jorge Gamietea y Jorge Isaac D'Angelo*



Resumen

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

El componente del haber de una persona al momento de jubilarse por el régimen de capitalización, lo conforman tres elementos: un primer ítem es una prestación básica universal, que tiene que ver con un método de cálculo que efectúa el Estado, teniendo en cuenta la contribución de los patronos; un segundo elemento es una prestación complementaria, que tiene que ver exclusivamente con los aportes que haya realizado el trabajador al antiguo régimen (si los tuviera) y el tercer punto es su fondo capitalizado.

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

Se debe recordar que el sistema argentino es optativo en cuanto a la elección del sistema jubilatorio por parte del trabajador, pero si se está en capitalización no se puede pasar a reparto, sin embargo, si lo pueden efectuar a la inversa.

* Este texto es un extracto de un artículo elaborado a petición de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social por Alfredo Jorge Gamietea y Jorge Isaac D'Angelo Su difusión queda restringida a los participantes en este curso.

Tema 4. Características del sistema reformado de seguridad social en Argentina

Por Alfredo Jorge Gamietea y Jorge Isaac D'Angelo

Contexto político y social en el que se dan las reformas. Análisis de las iniciativas

1. Si bien en la Exposición de Motivos de la reforma al Sistema Previsional argentino figuran varios puntos, la base estuvo sustentada en dos pilares:

La mala administración por parte del Estado del sistema jubilatorio público de reparto

La escasez de fondos del régimen que hacía dudar del futuro de Jubilados y Pensionados, atribuible ello a problemas económicos propios (inflación e hiperinflación), malas inversiones y supuestas acciones de dudoso proceder.

2. El cambio fundamental del sistema en el año 1994, se basó en la creación de cuentas individuales de ahorro, las cuales serían administradas por instituciones privadas. Para el caso argentino, la denominación de esas empresas es Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones –AFP-. A estas cuentas se le acreditan mensualmente, las retenciones que sufre el trabajador para el sistema jubilatorio.

3. No hubo en nuestro país una estrategia marcada por parte del Estado, en cuanto a explicar los alcances de la reforma, salvo el debate legislativo y conferencias efectuadas por profesionales idóneos en este tema. Por parte del sector privado, toda la estrategia se basó en publicidad, marcando los beneficios que significaba afiliarse a tal o cual AFJP. Se reitera, que no ha existido una estrategia hacia la opinión pública, que explicara profundamente la reforma implementada.

Por parte del sector privado, toda la estrategia se basó en publicidad, marcando los beneficios que significaba afiliarse a tal o cual AFJP.

4. Los controles del sistema reformado, están a cargo de una Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones, que en Argentina, ha cumplido un pobre papel, pareciéndose más a un organismo de estadísticas, que a un verdadero ente de contralor.

5. La ley de reforma previsional es un cuerpo jurídicamente bueno, pero de modo alguno prevé estrategias que lleguen tan siquiera a suponer una prestación universal, en búsqueda de una vejez más digna. La ley está orientada exclusivamente hacia los trabajadores del sector formal, con lo cual son infinitas las personas que quedan y quedarán fuera de su cobertura.
6. Los organismos e instituciones sociales no gubernamentales, no solo no han podido participar al momento de sancionarse la reforma, son que además no fueron escuchados en exclusión, que pasando los años, demostraron estar bien fundados.
7. Lamentablemente y sin significar ello estar en desacuerdo con los sistemas privados de capitalización, para el caso argentino se detectan aspectos positivos en el nuevo sistema.

Esto es así principalmente por responsabilidad del Estado, ya que entre otras cosas, estatizó casi el 80% de las reservas de las Administradoras, lo que conlleva a que los fondos que deben garantizar el retiro de las personas, corran la misma suerte que los vaivenes económicos de los sucesivos gobiernos.

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

Si bien mucha de estas situaciones, se deben a falencias del propio Estado y a su mal control, a la postre el nuevo sistema no denota mejoras sobre el anterior, a punto tal que si se analizan los motivos que dieron origen a las reformas de 1994, ellos pueden ser leídos en este momento y considerarlos aplicables a la actualidad.

Los elementos negativos se pueden dividir en dos grandes rubros: el primero tiene que ver con lo expresado en el apartado anterior, es decir, la incertidumbre de las cuentas individuales de las personas, los altos montos de comisiones percibidas por las AFJP y la dificultad en conseguir la prestación en tiempo oportuno; el segundo hecho negativo, es que con la reforma el Estado parece haber entrado en una etapa de desinterés o "corrimiento" ya que en un principio pensó que al privatizar el régimen, su responsabilidad hacia la sociedad era secundaria, lo que a todas luces es un grave error.

Los retos pendientes de la reforma son varios, pero entendemos que el más importante es buscar una herramienta que permita asistir a todas aquellas personas, que por diversas razones, están en el mercado informal del trabajo o simplemente desempleados.

Si se analizan los motivos que dieron origen a las reformas de 1994, ellos pueden ser leídos en este momento y considerarlos aplicables a la actualidad.

En el sistema argentino, el hecho de tener que justificar treinta años de servicios para retirarse, es realmente muy complejo, pero si a ello se le agrega los altos índices de informalidad, en poco tiempo más, jubilarse será una quimera.

Desbalances Fiscales

Durante muchos años el régimen de Jubilaciones y Pensiones estaba autofinanciado. Con el transcurrir del tiempo el Estado debió acudir en ayuda y para precisar una fecha, podemos decir que con anterioridad a la reforma, el aporte al régimen de reparto por parte de rentas generales, estaba por debajo del 30% de las erogaciones.

Fueron muy variados los hechos acaecidos que impactaron en la recaudación y financiamiento de los sistemas, entre los cuales podemos citar:

1. Estatización de varias ramas de la Seguridad Social que estaban en manos de entes cogestionados.
2. Reducción de las contribuciones empresarias a los sistemas de Seguridad Social.
3. Modificación del régimen de trabajadores independientes.
4. Incorporación de regímenes provinciales al sistema integrado de Jubilaciones y Pensiones, sin transferencia presupuestarias.
5. Pago de Pensiones no contributivas, sin la debida transferencia de partidas.
6. Flexibilización laboral, que se transformo con el tiempo en impunidad laboral.
7. Unificación de la recaudación.
8. Malos o nulos controles fiscales.

A estos puntos habría que agregar claro está, la transferencia de ingresos por aportes de trabajadores que desde el régimen de reparto, pasaron a cuentas individuales.

Lo mencionamos en un apartado especial, pues si bien causó un *desbalance* fiscal, esto era previsible y obvio, pero de todos modos no fue la mayor imprevisión por parte del Estado argentino.

En efecto, el desfinanciamiento del Sistema de Seguridad Social argentino, que fue el principal responsable del endeudamiento público, se debió a los ocho puntos mencionados más arriba, y no a la transferencia al nuevo sistema de Capitalización.

Si no se hubieran llevado ala práctica las mencionadas ocho modificaciones, hoy el sistema de Capitalización privado no tendría ningún inconveniente, ni el régimen de Seguridad Social sería tan deficitario como lo es en la actualidad, ni

tampoco, y lo que es más importante, hubiera crecido el endeudamiento externo de la forma que lo hizo.

Muchos expertos argentinos, entre los cuales nos incluimos, opinamos que ello se debió a un programa preestablecido, y no a errores involuntarios. Si bien este tipo de acciones son tendientes a favorecer a un sector en desmedro de otro, lo cierto es que con el correr del tiempo, y con las consecuencias de semejante endeudamiento externo, los perjudicados fuimos todos.

Pero volviendo al déficit del sistema, a fines del año pasado para solventar el régimen de Jubilaciones y Pensiones, la autoridad económica debió hacer una aportación superior al 70% de la masa de pago, lo que significa un aumento porcentual entre 1994 y el 2002 del 134% de aportaciones del Tesoro.

Actualmente, el sistema antiguo de reparto, a cargo de la Administración Nacional de la Seguridad Social (sin incluir cajas provinciales, profesionales y especiales) paga algo más de 3.3 millones de prestaciones en forma mensual, con un promedio de remuneración de \$350.

En estos 3.3 millones de haberes, hay 261,000 sueldos subsidiados por \$14.- y 661.000 por \$60.-, en ambos casos para llegar a mínimos preestablecidos.

A los 3.3 millones de casos, hay que agregar 326.000 Pensiones mínimas no contributivas.

Hacia fines del año pasado, el sistema privado de Administradoras abonaba algo más de 32.000 jubilaciones, 56.000 pensiones por fallecimiento y 15.000 prestaciones por invalidez.

El componente del haber de una persona al momento de jubilarse por el sistema privado de capitalización, lo conforman tres elementos: un primer ítem es una prestación básica universal, que tiene que ver con un método de cálculo que efectúa el Estado, teniendo en cuenta la contribución de los patronos, y que hoy está en \$200; un segundo elemento haya realizado el trabajador al antiguo régimen (si los tuviera) y el tercer punto es su fondo capitalizado.

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

Debemos recordar que el sistema argentino es optativo en cuanto a la elección del sistema jubilatorio por parte del trabajador, pero si se está en capitalización no se puede pasar a reparto, sin embargo si lo pueden efectuar a la inversa.

Sería incompleto el presente apartado, so no explicamos que sucede con el mercado laboral, que impacta directamente sobre la recaudación y anuncia un conflicto social grave, si no se toman nuevas e inmediatas medidas.

- ◆ Sobre una PEA de 15.5 millones de personas, solo está en el mercado formal de trabajo un 35% de ellos.
- ◆ Tenemos 2.2 millones de trabajadores registrados en el viejo sistema de reparto, pero solo aportan mensualmente algo menos del millón.
- ◆ En cuanto a capitalización, tenemos 9.1 millón de registrados, sin embargo aportan regularmente 2.9 millones.
- ◆ A esto debemos sumar algo más del millón de empleados ocupados por municipalidades y provincias no incorporadas al nuevo régimen.
- ◆ Desempleados, informales y sub ocupados, incluidos aquellos que reciben planes especiales de asistencia, son la mayoría de la población económicamente activa, con lo cual régimen de Seguridad Social, y menos aún los que estarán en condiciones de jubilarse a futuro.

Todos sabemos que salir de esta coyuntura llevará un largo tiempo, con lo cual deberemos acostumbrarnos a vivir con esta situación. Ante ello es la Seguridad Social, su método recaudatorio, sus fuentes de ingresos, sus prestaciones y los niveles de población protegida, con equidad y solidaridad, la que debe modificarse.

Demografía

Argentina es uno de los países más envejecidos del Continente, teniendo actualmente al 14% de su población con más de 60 años y a un 10.4% con más de 65 años.

Si miramos las proyecciones al 2025, nos encontramos con un 17% de la población con más de 60 años y a un 14% con más de 65 años.

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

- ◆ La existencia de un Instituto Nacional (conocido como PAMI) que se ocupa de brindar prestaciones médicas y sociales a los adultos mayores.
- ◆ La concentración barrial de ancianos, en denominados Centros de Jubilados y Pensionados, que auspiciados por el Estado de distintas formas, concentran en 2.200 locales, a la mayoría de la Tercera Edad. Estas son instituciones autónomas, que se conducen con una mesa directiva elegida entre sus asociados.
- ◆ La presencia de varias ONG dedicadas a la Tercera Edad, directa o indirectamente, brindando servicios múltiples, que amplían o sustituyen a otros que no cubre el Estado.

Fuera de estos tres puntos, funciona también una Secretaría de Estado dedicada a los ancianos, aunque con acciones poco concretas y de escasos resultados por el momento; y una defensoría de la Tercera Edad, con un papel importante en la sociedad.

También Municipal y Provincial hay planes de contingencia para estas personas, donde debemos reconocer que en la mayoría de los casos sus planes e impactos en los gerontes, son importantes.

En suma la población adulta mayor está bien considerada y medianamente atendida, aunque tampoco ha sido ajena a la crisis social y económica por la que pasó y está pasando aún Argentina.

Por esta situación, acontecieron algunos hechos ligados a la reforma y a su desfinanciamiento, a la informalidad y al desempleo y a la crisis económica social. Así y por estas razones podemos citar las siguientes dificultades, que han perjudicado seriamente al estado funcional de la tercera edad:

- ◆ Durante varios meses se les descontó a Jubilados y Pensionados, un 13% de su sueldo. Si bien esto fue revertido por la justicia, logrando que desde principios de este año se normalizaran los sueldos, lo cierto es que lo retenido será cancelado con bonos y no con dinero.
- ◆ Los recursos de la Obra Social PAMI, que como dijimos atiende a los ancianos, se vieron seriamente comprometidos, por la baja de recaudación, producto de la evasión, desempleo e informalidad.
- ◆ Las prestaciones médicas a los ancianos decayeron en calidad, aunque no sin dificultad, se les sigue brindando.
- ◆ Se perjudicaron las prestaciones sociales hacia la Tercera Edad por parte del Estado, eliminándose algunas de ellas, y disminuyéndose otras.
- ◆ La inflación local, impacto altamente en los recursos de la ancianidad, principalmente en el rubro de medicamentos, aunque con el advenimiento de los remedios llamados “genéricos” en parte esta dificultad se vio zanjada.
- ◆ Finalmente en la sociedad se está dando un hecho inesperado: Al ser los Jubilados y Pensionados uno de los privilegiados en cobrar todos los meses, y ante el desempleo y sub empleo creciente, la Tercera Edad se transformó en pilar de la economía del grupo familiar, e incluso se registran infinidad de casos de hijos casados, que han vuelto a vivir con sus padres. Esto indudablemente mengua el alcance de los ingresos de los adultos mayores, ya que afrontan erogaciones que antes no tenían.

La participación de los Adultos Mayores en los estamentos sociales del país es importante e incluso son varios los dirigentes que desde su Centro de Jubilados y Pensionados, han sido propuestos para ocupar cargos en gobiernos municipales.

La población adulta mayor está bien considerada y medianamente atendida, aunque tampoco ha sido ajena a la crisis social y económica por la que pasó y está pasando aún Argentina.

La Tercera Edad se transformó en pilar de la economía del grupo familiar, e incluso se registran infinidad de casos de hijos casados, que han vuelto a vivir con sus padres.

En el último año incluso, han sido elegidos Jubilados para integrar el Directorio de su Obra Social "PAMI" tal cual está previsto en su legislación específica. Es importante señalar al respecto, que estos Directores son elegidos por votación entre los Jubilados y Pensionados, y que si bien el Gobierno puede intervenir la institución con motivos fundados (dado su característica de ente público no estatal), debe rápidamente llamar a nuevas elecciones, para reemplazar los cargos removidos.

Una consideración especial merecen las ONG de este país, que se dedican a la problemática gerontológico, y que brindan una gama de servicios muy amplia a valores solidarios, lo que indudablemente ayuda a los ancianos.

Como corolario debemos manifestar algunos puntos importantes:

- a) Si bien la Tercera Edad no está atendida como en otras épocas, ya que no han podido estar ajena a la crisis social en Argentina, las prestaciones médicas están dentro de parámetros aceptables, y los beneficios sociales aún son importantes.
- b) El cuadro económico de la Tercera Edad no es bueno, pero tampoco lo es la situación de la población activa. En esto ha impactado varios factores, pero una materia pendiente para el Estado. En principio es de suponer, que mejorando la situación laboral del país, mejorará también la de Jubilados y Pensionados.
- c) El concepto de la familia argentina, incorpora al anciano en la mayoría de los casos, lo cual es importante en este cuadro de situación.
- d) La participación de los adultos mayores en entidades intermedias, que de hecho son dirigidas por ellos mismos, facilitan la integración y contención, y combaten la soledad y la discriminación.
- e) Indudablemente el Gobierno Nacional deberá profundizar sus acciones y planes, no solo para mejorar los problemas existentes, sino por el nivel de envejecimiento poblacional que sigue inmodificable en Argentina.

Internacionales

En la reforma argentina participaron con opinión diversas organizaciones internacionales, que en muchos casos opinaron sobre el visible desfinanciamiento del sistema a futuro. También en su momento opinaron de algunas medidas que eran contraproducentes, pero poco se publicitó sobre ello y en casi nada fueron escuchadas.

Sin embargo, la incidencia del Banco Mundial fue importante y más aún en el caso del Fondo Monetario Internacional, donde incluso este último, condicionó varios tramos de refinanciamiento de nuestra deuda externa, a medida que impactaron luego negativamente en el Sistema de Seguridad Social.

Nacionales, partidos políticos y grupos legislativos

Al momento de discutirse la reforma, el ámbito básico de discusión fue el Congreso de la nación.

Si bien existieron infinidad de posiciones, repetimos que el proyecto primario de Ley sobre cuentas individuales de capitalización no tuvo la discusión social que el tema merecía, por una parte por la no apertura del gobierno de ese momento, y por el otro por una criticable falta de interés de los actores sociales.

El movimiento sindical tuvo opiniones ondulantes, existiendo quienes defendieron el sistema de reparto y otros que crearon Administradoras de Fondos propias, pero en realidad no hubo una posición concreta y firme, como suele tomar la Confederación General del Trabajo (CGT) de Argentina, sobre otros temas.

Es importante decir que los principales actores sociales, fueron conscientes de que la reforma propuesta era inevitable, tanto por la forma de instalarse en la sociedad como por las innegables presiones externas (FMI) existentes en ese momento.

Sobre la participación de la sociedad en su conjunto, la podríamos dividir en tres aspectos: a) Una amplia mayoría se mantuvo escéptica, como si nunca se fuera a jubilar; b) Una primer minoría que apoyaba los cambios, basándose solo en la publicidad de los deficientes estatales, sin profundizar sobre la veracidad de ello; c) Una tercer minoría que quería mantener el viejo régimen, pensando que nada era más seguro que el Estado.

En este cuadro la situación es visible que nadie pensó profundamente en lo que esta reforma significaba, muy lejos ello de lo que sucede en la actualidad, donde la mayoría está preocupada con lo que sucederá a partir de que esté en condiciones de retirarse de su etapa laboral.

Decíamos en el párrafo anterior de la publicidad (directa o subliminal) que existía y existe, que incorporó en la sociedad que todo lo estatal es malo, deficiente, caro y corrupto, conceptos estos que nosotros no compartimos por generalizar indiscriminadamente, pero que en el grueso de los habitantes quedó instalado.

De acuerdo a lo expresado, la discusión de la reforma para la época, se concentró en el poder Legislativo, donde sí se trataron trabajos serios con posiciones encontradas. La Ley fue sancionada por mayoría, donde el gobierno del momento hizo valer su influencia.

El proyecto primario de Ley sobre cuentas individuales de capitalización no tuvo la discusión social que el tema merecía.

La discusión de la reforma para la época, se concentró en el poder Legislativo.

Discusión pública

Tal cual se explicó a lo largo de este trabajo, la opinión pública poco participó al momento de la reforma, aunque con el tiempo eso fue cambiando, y hoy tienen más información de cuales son sus derechos y obligaciones para poder acogerse a los beneficios de la Seguridad Social, como también es demandante en cuanto a que cosas hay que hacer para mejorar los sistemas.

El cambio de interés sobre estos temas, se debió a que muchas situaciones surgieron a publicidad, a partir de la crisis de los sistemas. Desde hace un tiempo es muy común ver personas sin cobertura de ninguna clase, o a otras que se les dificulta el retiro, pese a haber trabajado por muchos años.

Otro de los factores importantes, fue la crisis económica que se inició a fines del año 2001, donde los fondos de las Administradoras de Jubilaciones y Pensiones, corriendo la misma suerte en principio, que la deuda externa Argentina, es decir que esas reservas estaban en bonos de deuda pública en *default*.

Nada todavía es claro en este país, y por lo tanto hoy sí toda la Seguridad Social es materia de discusión en los medios televisivos y gráficos, y programas especializados que antes tenían baja audiencia, hoy son mirados por millones de personas.

La mayoría de la población está al tanto de las dificultades, y lamentablemente ello ha sucedido por las consecuencias de un efecto no deseado “la crisis global”, de lo contrario difícilmente se hubieran interesado en estos temas.

Tema 5. Características del sistema reformado de seguridad social en Costa Rica

Por Carlos Fuentes Bolaños*



Resumen

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

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

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

* Este texto es un extracto de un artículo elaborado a petición de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social por Carlos Fuentes Bolaños. Su difusión queda restringida a los participantes en este curso.

Tema 5. Características del sistema reformado de seguridad social en Costa Rica

Por Carlos Fuentes Bolaños

El Seguro: financiamiento y controles de evasión

En el capítulo de Gasto y Financiamiento del Análisis Sectorial del Sector Salud 2000, se incluye el cuadro siguiente, relacionado con las modalidades de aseguramiento de la población:

Cuadro 2 Población Nacional según modalidad de Aseguramiento 1960, 1970, 1980, 1990, 2001					
Tipo de Seguro	1960	1970	1980	1990	2001
Asalariado-Obligatorio	7.6	11.7	19.3	18.0	18.4
Seguro Voluntario	-	-	3.8	6.0	5.1
Asegurado Familiar	7.7	35.1	47.9	40.9	42.1
Por Cuenta del Estado	-	-	-	9.2	12.4
Pensionado	0.1	0.2	3.0	4.6	6.2
Familiar Pensionado	0.0	0.2	1.7	3.3	3.4
No asegurado	84.6	52.8	24.3	18.0	12.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Principales Indicadores					
Tasas de aseguramiento	15.40	47.15	75.70	81.95	87.50
Dependencia Contributiva	12.0	7.4	2.8	2.5	2.4
Fuente: Dirección Actuarial y de Planificación Económica Tomado de Cuadro 8, Gasto y Financiamiento, Ministerio de Salud, Op.cit.					

La estructura del financiamiento está sustentada en la contribución tripartita del Seguro Social (trabajadores, patrono, Estado), mediante diversas formas de afiliación. “La característica común de todas las modalidades de aseguramiento no tradicionales, es el papel del Estado como financiador total o complementario de las aportaciones establecidas. El concepto básico, es que todo nuevo asegurado debe tener un respaldo en términos financieros, y que sus contribuciones particulares se limiten a su capacidad económica. Por ejemplo, el Seguro Voluntario diseñado fundamentalmente para trabajadores independientes y patronos,

establece que la tasa de contribución de un trabajador no calificado o semi-calificado es de 4.75% sobre el 70% del salario mínimo establecido para su categoría; el Estado subvenciona un 3.25%, y de esta forma la contribución total al sistema es de un 8.0%.” 45 28 45 Costa Rica, Ministerio de Salud, Sección II, Gasto y Financiamiento, Op.cit. Pág.136

No obstante, por la crisis financiera del Estado, el grado de cumplimiento de las obligaciones estatales durante el año 2000, conforme lo citado por este grupo de trabajo, fue del 51,6%. En cuanto a mecanismos de evasión, este mismo grupo identifica varias formas. La principal y más reconocida, concluyen, es el no aseguramiento. No obstante, también existe el aseguramiento en una modalidad que no corresponde; “... por ejemplo, un asalariado inscrito como trabajador independiente o bien un asalariado que se protege con el Beneficio Familiar derivado de su cónyuge. Por otro lado, una de las formas más frecuentes de evasión, pero de enorme dificultad al momento de identificar es el reporte de salarios o ingresos inferiores a los realmente percibidos, fenómeno conocido como subdeclaración salarial.”

Una de las formas más frecuentes de evasión, pero de enorme dificultad al momento de identificar es el reporte de salarios o ingresos inferiores a los realmente percibidos.

El mejoramiento de los mecanismos del financiamiento del Seguro de Salud, como se ha visto, es uno de los objetivos del Proyecto de Reforma del Sector Salud, lo cual no significa un rediseño de la estructura de financiación, sino mejorar aquellas áreas que manifiesten debilidad. Las ideas originales planteadas en el proyecto de Reforma del Sector Salud, enfatizan en la necesidad de conceder mayores facilidades al patrono para cancelar sus cuotas y una disminución del tiempo de recolección de los ingresos de la CCSS.

Aprovechando la aprobación de la Ley de Protección al Trabajador en donde la CCSS funciona como recaudadora por medio del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), se lleva a cabo la actualización del sistema de facturación y recaudación de cuotas. Otro mecanismo para mejorar la recaudación es el cobro de las planillas de la Caja por medio de las agencias de algunos bancos que operan en el país. Como resultado del proceso se aumenta la disponibilidad de centros de recaudación y mecanismos de pago, como por ejemplo el uso de la planilla electrónica por parte de los patronos.

Con la aprobación de la Ley de Protección al Trabajador, se adicionan a la Ley Orgánica de la Caja Costarricense de Seguro Social, N°17 del 22 de octubre de 1943, algunas disposiciones entre las cuales se crea el Sistema Centralizado de Recaudación citado. Para el control de la evasión, en el artículo 31, inciso b), párrafo primero, se lee: “b) La Caja será responsable de realizar todas las gestiones administrativas y judiciales para controlar la evasión, subdeclaración o morosidad de los empleadores así como, de gestionar la recuperación de los aportes debidamente retenidos por los patronos según lo establecido en la presente ley. Lo anterior sin perjuicio de las gestiones que puedan realizar terceros de acuerdo con el artículo 564 del Código de Trabajo...”

Dentro de las modificaciones a la Ley Constitutiva de la CCSS que se introducen en la Ley de Protección al Trabajador, para el control de la evasión se incluyen diversas sanciones por las transgresiones. Incluso, la CCSS, previa garantía al afectado del respeto a su derecho al debido proceso, administrativamente podrá ordenar el cierre de establecimientos por un periodo de cinco días prorrogable por otro igual cuando se mantengan los motivos por el cual se ordenó el cierre; esto en caso de que el representante o responsable se niegue, injustificada y reiteradamente, a suministrar información a los Inspectores de la CCSS cuando exista una mora por más de dos meses.

El compromiso de gestión como instrumento de gerencia

Debido a que en varias ocasiones se ha mencionado los compromisos de gestión, es importante tratar de su aplicabilidad dentro del proceso de la atención de la salud que brinda la CCSS. Los primeros compromisos de gestión se firmaron en el año 1997, como una forma de crear una cultura de trabajo dirigida a la eficiencia y a la calidad de los servicios, mediante metas de desempeño claramente cuantificables. Uno de los objetivos de la reforma del sector salud se fundamenta en la aplicación de un mecanismo de asignación de recursos financieros homogénea y basada en producción y en necesidades, para lo cual se estableció el Compromiso de Gestión como la herramienta que vincula la asignación con las metas pactadas en producción en cada centro de salud.

El Compromiso de Gestión es un instrumento de gerencia que ha creado una cultura de rendición de cuentas que incorpora la eficiencia y la calidad en la gestión pública, así como una cultura de autoevaluación en cada establecimiento. “El año 2001 es el segundo año en que se evalúan todas las unidades proveedoras de salud institucionales, un total de 125 centros distribuidos en 29 hospitales y 96 áreas de salud entre las que se encuentran 4 administradas por cooperativas y dos por la Universidad de Costa Rica.

La incorporación de las unidades de salud al compromiso de gestión se ha dado en forma paulatina, pasando de 12 unidades en el año 1997 a un total de 125 establecimientos en el año 2001.” Menciona el informe citado, que por segundo año consecutivo se evalúa el desempeño de los establecimientos de salud y de la institución como un todo, lo cual permite fijar las prioridades de la producción hacia las necesidades de salud de la población, congruentemente con los objetivos y las políticas de salud, teniendo en cuenta también las políticas sociales y de desarrollo.

El Ing. René Escalante, Gerente de la División Administrativa de la CCSS, en el Foro Nacional “Política de Salud y Sociedad Civil” señala que el compromiso de gestión es el instrumento idóneo para la asignación de recursos, debido a que ha

Uno de los objetivos de la reforma del sector salud se fundamenta en la aplicación de un mecanismo de asignación de recursos financieros homogénea y basada en producción y en necesidades.

Por segundo año consecutivo se evalúa el desempeño de los establecimientos de salud y de la institución como un todo, lo cual permite fijar las prioridades de la producción hacia las necesidades de salud de la población.

mostrado resultados positivos y la situación en cuanto a lo que acontecía en años anteriores, es diametralmente opuesta en relación con la distribución de recursos. En ese mismo sentido, el compromiso, en el proceso de asignación, ha dado el espacio para que el modelo de atención en el primer nivel empiece a recibir recursos.

Por su parte el Dr. William Vargas, Director del Proyecto de Salud Integral Convenio CCSS-UCR, destaca en ese mismo foro que el compromiso de gestión vino a ordenar, a direccionar el quehacer de un paquete de servicios mínimo que ha ido ampliándose, por lo que su experiencia le indica en el primer nivel de atención. Refiere que el compromiso de gestión comienza con una negociación y termina con una evaluación, para lo cual hay necesidad de monitorear permanentemente. Destaca que en el proyecto que él dirige se aplican monitoreos trimestrales en los cuales se van revisando las metas o compromisos. Cuando corresponde la evaluación anual, hay una discusión con los evaluadores acerca de lo que se hizo y lo que se dejó de hacer, pero también hay una retroalimentación de un proceso que es continuo y este es la atención de salud a las personas.

La evaluación de los compromisos de gestión del 2001 menciona algunas debilidades que aún persisten en el proceso, e introduce algunas recomendaciones para superarlas. Expone las áreas prioritarias de intervención de las cuales, para los efectos de nuestro tema, se mencionan las siguientes: En cuanto a las Áreas de Salud se recomienda revisar el estado de avance en la readecuación del modelo de atención, los sistemas de información, la vigilancia epidemiológica y la gestión local.

En el Área de Hospitales se recomienda revisar la estructura actual de la red de servicios, las listas de espera en Consulta Externa y Cirugía Electiva, los sistemas de información y la consolidación de los programas de cirugía ambulatoria. La desconcentración es otra de las áreas prioritarias en la cual se plantean estrategias de intervención para superar los problemas identificados tales como la ausencia de una única y uniforme conducción estratégica del proceso, favorecida por la falta de coordinación política y técnica de todas las instancias involucradas. Se considera que una de las metas más importante de un compromiso de gestión es la equidad en la distribución de los recursos y un manejo de incentivos para el mejoramiento de los programas en donde se haya realizado un esfuerzo importante por la calidad y la eficiencia. Si bien la cantidad de lo producido es importante dentro de las medidas que corresponden, también lo es la calidad de lo producido.

La desconcentración es otra de las áreas prioritarias en la cual se plantean estrategias de intervención para superar los problemas identificados tales como la ausencia de una única y uniforme conducción estratégica del proceso.

La vejez como un desafío para el sector

El Capítulo Análisis Demográfico del Análisis Sectorial de Salud 2002, citado, en el punto 1.1 se lee lo siguiente:

“1.1 Tendencias en la estructura de la población por edad y sexo.

La pirámide de edades de la población de Costa Rica ha cambiado dramáticamente en los últimos 50 años, mostrando un paulatino ritmo de envejecimiento de la población, en donde los menores de 15 años representan el 31,9 % y los de 65 años y más el 5,6%. Esta estructura obedece al descenso de la mortalidad, de la fecundidad y a una migración internacional que se ha incrementado durante las dos últimas décadas. Estos cambios en la estructura de 31 51 Para mayor información léase lo correspondiente a este tema en Evaluación de Compromisos de Gestión 2001, en CCSS, Op.cit.

En los últimos 10 años es evidente que la población de Costa Rica ha entrado en un proceso de envejecimiento relativo, el cual continuará en los años futuros. Los efectos más directos del envejecimiento se reflejan en el aumento de la relación de dependencia de los mayores de 65 años con respecto a la población en edad productiva (de 15 a 64 años). En la década del 2000 esa relación aumenta de 7,8% a 8,5% en los hombres y de 9,1% a 10,2% en las mujeres.” En este aspecto considérense los criterios introductorios sobre la presión que ejerce el envejecimiento de la población sobre los regímenes de pensiones.

El país ha enfrentado el envejecimiento de su población como un desafío, y cuenta con programas de oferta pública específicos para este grupo de edad que está en ascenso. De hecho hemos de referirnos en primer lugar a los regímenes previsionales y a aspectos de trato específico para este tipo de población.

En el régimen de IVM de la CCSS, según estudio de Rodríguez y Durán el coeficiente de dependencia del número de pensionados por cada cien contribuyentes en 1996 estaba en 15, pero con las tendencias actuales se espera que para el año 2040 este índice esté en 36 pensionados por cada cien contribuyentes, lo cual significa que cada vez habrá menos cotizantes para financiar las pensiones en curso de pago.

En el año 2002, en el régimen de IVM de la CCSS la razón de soporte de cotizantes por pensionado, fue de 6,43 en promedio, tomando como base que en el año 2002 hubo como promedio 712.461 cotizantes y 110.789 pensionados. Ello significa que por cada 100 cotizantes hubo 15,5 pensionados.

Adolfo Rodríguez Herrera y Fabio Durán Valverde, en el libro ya citado, plantean las reformas enfrentadas por el país en materia de pensiones. En el Anexo del libro, cuadros de 1 a 15, se hace un detalle exhaustivo de las principales modificaciones habidas a los distintos regímenes existentes en ese momento: Magisterio Nacional, Poder Judicial, Ferrocarril Eléctrico al Pacífico, Músicos de Bandas Militares, Registro Público, Expresidentes de la República, Beneméritos de la Patria, Autores de Símbolos Nacionales y Ciudadanos de Honor, Obras

Públicas y Transportes, Comunicaciones, Municipalidades, Pensionados de Guerra, Guardas de Hacienda, Hacienda, Diputados y CCSS.

La Ley marco de pensiones, 7302 del 8 de julio de 1992, vino a establecer que quienes se incorporen a trabajar por primera vez a partir de la promulgación de esta ley, solamente se podrán pensionar por el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS, a excepción del Magisterio Nacional, el Poder Judicial y los Presidentes de la República.

Posteriormente la Ley 7531 de 1995 establece una Reforma Integral de Sistema de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional. 55

Es necesario esperar los acontecimientos legislativos en materia de la introducción de las nuevas reformas planteadas en el proyecto de Ley 14.827 ya citado con anterioridad, el cual viene a agregar nuevas disposiciones a la ley marco de pensiones antes referida.

En el apartado siguiente, se hace una sinopsis de lo que el país ha avanzado en cuanto a oferta pública para la población adulta mayor.

Programas de oferta pública para los ancianos

Costa Rica ha realizado avances importantes en protección al anciano, específicamente en lo que se refiere a garantizar una mejor calidad de vida en compensación a los aportes que estas personas han realizado a la sociedad. A continuación se presentan los avances más importantes, indicando que algunos de ellos ya se han mencionado anteriormente en los aspectos introductorios de los regímenes de pensiones:

- 1) La Ley de Protección al Trabajador incluye un reforzamiento al Régimen No Contributivo de Pensiones, mediante asignación de fondos adicionales provenientes de un 95% de la utilidad neta que obtenga la Junta de Protección Social por la lotería electrónica. El Régimen No Contributivo se financia para atender a las personas mayores de 65 años en condición de pobreza que no hayan cotizado para ningún régimen existente.⁵⁶ En cuanto a definición de montos básicos de pensión, un sector prioritario son las adultas mayores amas de casa.

El Régimen No Contributivo se financia para atender a las personas mayores de 65 años en condición de pobreza que no hayan cotizado para ningún régimen existente.

Esta misma ley en el artículo 78 dispone establecer una contribución hasta del quince por ciento de las utilidades de las empresas públicas del Estado, con el propósito de fortalecer el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS en cuanto a su financiamiento y para universalizar la cobertura a los sectores de trabajadores no asalariados en condiciones de pobreza.

- 2) La ley 7935 “Ley Integral para las personas adultas mayores” introduce una serie de disposiciones tendientes a dar un mejor tratamiento y más eficiente servicio a la comunidad de adultos mayores, conforme sus necesidades reales. Los objetivos de esta ley son:
- a) Garantizar a las personas adultas mayores igualdad de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos. En el momento de la redacción de este reporte, el Magisterio Nacional mantiene una huelga de un mes en reclamo de su sistema de pensiones. Se discute la interpretación del Convenio 102 de la OIT relativo a la “Norma mínima de la seguridad social” (junio 1952), ratificado por Costa Rica en 1972, respecto a derechos adquiridos e interpretación dada por la Procuraduría General de la República, con base en precedentes de la Sala Segunda y la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, a los conceptos de residencia y permanencia. Costa Rica, Ley de Protección al Trabajador N° 7983, Sección V “Reformas para financiar el Régimen No Contributivo de la Caja Costarricense de Seguro Social”.
 - b) Garantizar la participación activa de las personas adultas mayores en la formulación y aplicación de las políticas que los afecten.
 - c) Promover la permanencia de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario.
 - d) Propiciar formas de organización y participación de las personas adultas mayores, que le permitan al país aprovechar la experiencia y el conocimiento de esta población
 - e) Impulsar la atención integral e interinstitucional de las personas adultas mayores por parte de las entidades públicas y privadas, y velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios destinados a esta población.
 - f) Garantizar la protección y la seguridad social de las personas adultas mayores.
- 3) Con base en la ley antes citada, mediante el Decreto Ejecutivo N° 30107 MOPT, publicado en el Alcance 10 a la Gaceta N° 17 del 24 de enero del 2002, en los servicios de transporte colectivo las personas mayores de 65 años viajarán sin costo alguno en los desplazamientos que no excedan los 25 kilómetros. En los desplazamientos mayores de 25 kilómetros y menos de 50 kilómetros pagarán el 50% del pasaje; en los desplazamientos mayores de 50 kilómetros pagarán el 75% del pasaje.

La CCSS es la encargada de emitir y entregar los tiquetes según el tipo de exoneración disfrutado.

- 4) Programa Ciudadano de Oro: El 12 de agosto de 1997, la Junta Directiva de la CCSS por unanimidad adoptó la política de brindar una atención preferencial a toda persona mayor de 65 años. Este programa se creó con los siguientes objetivos:
 - a) Crear una nueva percepción en la sociedad costarricense hacia la población adulta mayor.
 - b) Mejorar la calidad de vida de las personas mayores.
 - c) Fortalecer la imagen de la Caja Costarricense de Seguro Social y del Sistema de Pensiones de Invalidez, Vejez y Muerte en la sociedad costarricense.
- 5) Este trato hacia las personas adultas mayores se oficializa para todas las instituciones del Estado según Decreto Ejecutivo N° 26991-MTSS, publicado en el Diario La Gaceta del 22 de mayo de 1998.

Para hacer viable este trato adecuado, las dependencias del Estado en que se atiende público dispondrán de las facilidades necesarias para la atención, tales como, asientos especiales, ventanillas y cajas exclusivas reservadas a grupos que ameriten protección especial, tales como mujeres en estado de embarazo, adultos mayores y personas con discapacidad. Costa Rica, Ley 7935, Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, Alcance N° 88 a La Gaceta N°221, Año CXXI, lunes 15 de noviembre de 1999.

Régimen no contributivo (RNC)

Se dijo que con la aprobación de la Ley de Protección al Trabajador, se introdujeron mecanismos para reforzar el Régimen No Contributivo. Este programa fue creado por ley N° 5662 “Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares” del 23 de diciembre de 1974. Su objetivo es proporcionar a todas aquellas personas que, encontrándose en evidente estado de necesidad, no se encuentran protegidas por ningún régimen de pensiones existente en el país. En el artículo 4 de esta ley se establece que el régimen será administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social, a título de programa adicional al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, para cuyo financiamiento se asignará un 20% de los ingresos que perciba el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), por concepto de recaudación del impuesto sobre las ventas y el recargo del 5% sobre las planillas de patronos públicos y privados. También por medio de la Ley de cargas tributarias sobre licores y cigarrillos N° 7972, se establece un impuesto específico de 16 colones por unidad de consumo de bebidas alcohólicas que recaerá sobre la producción nacional y la importación de esos

productos. Durante el primer año de vigencia de esta ley se asignarán mil millones de colones para financiar el Régimen No Contributivo, monto que será ajustado cada año por el índice de precios al consumidor.

Actualmente el régimen está constituido por dos programas de pensiones: el Programa de Pensiones Ordinarias y el Programa de Pensiones por Parálisis Cerebral Profunda. Estos programas cuentan con una cobertura de protección de aproximadamente 82.000 beneficiados en el primero y de 2.000 beneficiados directos en el segundo.

El perfil de los beneficiarios del Programa de Pensiones Ordinarias del RNC, es el siguiente:

- a) Personas adultas mayores con o sin dependientes, entendiéndose como adulto mayor las personas de 65 años y más.
- b) Personas con impedimento físico o mental: aquellas personas de cualquier edad que, por su condición física o mental, se encuentren totalmente imposibilitadas para ejercer algún trabajo remunerado. Esto a juicio de los médicos de la Clínica u Hospital de adscripción del solicitante.
- c) Viudas desamparadas: aquellas que únicamente debido a la defunción de su cónyuge o compañero, hubiesen quedado desamparadas y siempre que tengan hijos menores de dieciocho años de edad, o inválidos de cualquier edad. Si la viuda no tiene dependientes, deberá ser mayor de cincuenta años. En ambos casos, la viuda no deberá estar viviendo en unión libre.
- d) Menores huérfanos: aquellos menores de dieciocho años de edad, cuyos padres han fallecido. En el caso de que se encuentren al cuidado de una familia, el beneficio se girará al jefe de familia y cuando se encuentren recluidos en asilo, al administrador de la entidad que vela por su manutención.
- e) Otros: aquellas personas comprendidas entre los 50 y 65 años de edad, que por su deterioro físico o mental o por razones bien fundamentadas, se les impida incorporarse a un trabajo remunerado y su condición económica les impida satisfacer sus necesidades básicas de subsistencia.

Los requisitos básicos son los siguientes:

- a) Ser costarricense por nacimiento o naturalización.
- b) Requerir el auxilio económico del Estado por encontrarse en estado de necesidad económica.
- c) Ingreso per cápita familiar mensual debe ser igual o inferior a la canasta básica alimentaria, definida por el Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- d) Calificar según riesgo de cobertura.

Los requisitos básicos de las Pensiones de Parálisis Cerebral Profunda a cargo del RNC son:

- a) Padecer parálisis cerebral profunda, Art. 1 de la Ley 712559 36 59 La declaración de invalidez con diagnóstico de Parálisis Cerebral Profunda es realizada por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS.
- b) Ser costarricense por nacimiento o naturalización.
- c) Requerir auxilio económico del estado para su sostenimiento, Art. 1 de la Ley 7125.
- d) Estudio socioeconómico que demuestre la condición de insuficiencia de recursos para atender las necesidades básicas del inválido.

El promedio mensual de esta planilla es de ₡ 190.000.000,00, lo cual significa un gasto anual de ₡ 2.470.000. 000,00 (suma que incluye un mes de aguinaldo). Se debe agregar el costo de los servicios de salud prestados a esta población.

La categoría de pensionados es la que registra el mayor uso de los servicios y se eleva más si se refiere al régimen no contributivo en donde llega a ser dos veces más que la utilización total de país. Un dato específico de costos, lo menciona el equipo de Gasto Financiamiento del Análisis Sectorial al concluir que: “Los costos de ciertas modalidades subsidiadas por el Estado, no guardan relación con sus aportes. Aguilar y Calderón (2002) estiman que el costo de los servicios prestados a la población cubierta por el Seguro por Cuenta del Estado en el año 2001, ascendió a ₡54,545 millones; no obstante, el monto facturado por la CCSS a la Dirección de Desarrollo de Asignaciones Familiares (DESAF) fue de ₡13.564 millones (un 25% de su costo real) y la cancelación efectiva por parte de DESAF de únicamente ₡208 millones.” 60

Con base en lo apuntado, la vejez, lejos de convertirse en un problema, se ha convertido en un desafío para el sector que se ha enfrentado con políticas públicas acordadas con los recursos. Ministerio de Salud, Op.cit. Gasto y Financiamiento. Sección II, capítulo VII Análisis. Versión preliminar. 2003. Pág. 137

Participación de los organismos sociales en el control y supervisión de las reformas

Puede decirse que las reformas del sector salud, como todo proceso social que afecta la colectividad, están sujetas al control y a la supervisión por parte de diversos organismos e instancias sociales. En las leyes 7374 y 7441, referentes a los préstamos para la reforma del sector salud, como prestatario es el Gobierno de Costa Rica a través de su Ministerio de Hacienda y como organismo ejecutor se nombra a la Caja Costarricense de Seguro Social. Esta última como órgano ejecutor debía llevar a cabo los componentes de cada proyecto con la diligencia y eficiencia y de conformidad con las prácticas sanas de carácter administrativo, financieras, ambientales, de ingeniería sanitaria y proporcionará o hará que se proporcionen los fondos, facilidades, servicios y otros recursos requeridos para

la ejecución. En la ley 7374, el prestatario es la República de Costa Rica y como organismo ejecutor es la Caja Costarricense de Seguro Social, siendo las responsabilidades de este último las siguientes: “Cláusula 1.03.- Organismo Ejecutor. Las partes convienen en que la ejecución del Programa y la utilización de los recursos del Financiamiento serán llevadas a cabo en su totalidad por el Prestatario mediante la Caja Costarricense de Seguro Social, en adelante denominada el "Organismo Ejecutor" o "CCSS", la que actuará a su vez mediante su Dirección de Planificación Institucional y en coordinación con el Ministerio de Salud, en adelante denominado "MINSAL". El Prestatario deja constancia de la capacidad legal y financiera de la "CCSS", para actuar como Organismo Ejecutor del Programa.”

Para ir cumpliendo estas funciones, la CCSS tuvo que conformar unidades ejecutoras para llevar a cabo las actividades y lograr los objetivos fijados en ambas leyes. Inició el plan dentro de la Unidad Ejecutora del Proyecto, la cual fue luego absorbida por la Gerencia de Modernización y Desarrollo Institucional. La Superintendencia General de Servicios de Salud (SUGESS), se crea mediante acuerdo de Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social el 27 de Mayo de 1999. La SUGESS es un órgano de carácter técnico, cuyos principales objetivos se centran en la supervisión y fiscalización de los servicios de salud en aras de garantizar la oportunidad, confiabilidad, efectividad, eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de salud en áreas prioritarias de la gestión de los proveedores, favorecer y fomentar la integridad del Sistema de Salud y orientar e informar a los usuarios respecto a sus deberes y derechos.

La SUGESS en su ámbito de acción abarca a todos los proveedores de servicios de la CCSS, desconcentrados y no desconcentrados, así como todos los servicios de cooperativas, entes públicos o privados con los cuales la CCSS haya establecido condiciones por medio de convenios o contratos, para el suministro de algunos servicios de salud a la población a nombre del Seguro de Salud que brinda la Institución.

Dentro de este ámbito de control de los servicios, se crearon las Contralorías de Servicios en cada centro de trabajo. Las Contralorías de Servicio realizan actividades de fiscalización y supervisión de los servicios que se otorgan en los establecimientos de salud, mediante la recolección y reporte de evaluación de los casos, las quejas y sugerencias planteadas por los usuarios. Identifican y recomiendan posibles alternativas de solución a los problemas operativos existentes, investigan y realizan el seguimiento de casos específicos y prioritarios. Así mismo, recopilan, consolidan y revisan la información en su ámbito de acción, e informan a los niveles superiores de su establecimiento y de la SUGESS sobre la gestión realizada. Además, a través de la información y orientación a los usuarios buscan el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios, así como, promueven en coordinación con la Contraloría General estrategias de servicio,

Para ir cumpliendo estas funciones, la CCSS tuvo que conformar unidades ejecutoras para llevar a cabo las actividades y lograr los objetivos fijados en ambas leyes.

así como el diseño y desarrollo de los programas de capacitación a los usuarios y funcionarios.

La ley N° 7852 “Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social”, del 24 de diciembre de 1998, en su capítulo II, crea las Juntas de Salud, como entes auxiliares de los hospitales y las clínicas, con el propósito de mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo y financiero, así como la promoción de la participación ciudadana. Estas juntas están conformadas por dos representantes patronales y por tres representantes de los asegurados de la zona de atracción del centro de salud, además por dos representantes de las asociaciones pro hospitales y clínicas. A cuatro años de la creación de estas juntas de salud no se ha realizado una evaluación de su desempeño, a fin de valorar su contribución real a la fiscalización de los servicios de salud. En los Compromisos de Gestión de cada centro de salud se incorporan algunos indicadores de su gestión, pero sin medir exactamente los resultados.

Para dar mayor capacidad de gestión a las clínicas y a los hospitales, esta misma ley los dota de personalidad jurídica instrumental en el manejo del presupuesto, la contratación administrativa, la conducción y la organización de los recursos humanos dentro de las disposiciones legales aplicables, los límites fijados por la CCSS y el compromiso de gestión. El ejercicio de las competencias propias de la personalidad jurídica instrumental queda sujeta a la suscripción y vigencia del compromiso de gestión. (Art.9)

Es importante mencionar que dentro del estado de derecho costarricense, existen disposiciones legales que todo órgano público debe cumplir y que son formas de control, entre ellas, la ley de administración pública, la ley de administración financiera y la ley de contratación administrativa.

Específicamente en el campo de la salud y la seguridad social, todo órgano debe cumplir con la ley general de salud, la ley constitutiva de la CCSS, las cuales incorporan tramos de control de todo proceso que se realice en estos campos.

La Contraloría General de la República, conforme legislación, es el ente público fiscalizador por excelencia y por ende las instituciones públicas forman parte de sus sistemas de control.

La Defensoría de los Habitantes de la República es otro organismo por medio del cual se establece un canal de comunicación entre los habitantes de la República con los entes públicos en todas sus instancias. Este órgano vela porque el funcionamiento del sector público se ajuste a la moral, la justicia, la Constitución Política, las leyes, los convenios, los tratados, los pactos suscritos 39 61 Ver <http://www.ccss.sa.cr/sugess/siindex.htm>; por el Gobierno y los principios generales del Derecho. Además deberá promulgar los derechos de los habitantes.

La Defensoría de los Habitantes de la República es otro organismo por medio del cual se establece un canal de comunicación entre los habitantes de la República con los entes públicos en todas sus instancias.

La Asamblea Legislativa es el órgano de control político, y los servicios de salud no han sido la excepción en sus deliberaciones. En estos momentos, por ejemplo, se debate sobre las pensiones de lujo y reformas a las pensiones, tal y como se ha mencionado (proyecto 14827). Otro debate es el de la investigación en seres humanos que ha sido una preocupación de las últimas legislaturas, pero sin llegar a concretar un instrumento legal específico. En este momento la Comisión de Asuntos Sociales conoce un proyecto de ley sobre investigación y experimentación en seres humanos, a fin de proteger la dignidad e integridad de los participantes conforme a la normativa internacional aplicable. En el año 2001, se conoce un informe de mayoría bajo el expediente 13.980 que analizó la calidad de servicios, compra de servicios privados, utilización de recursos de la CCSS en la enseñanza universitaria privada, medicamentos y pensiones; este informe fue suscrito por los legisladores Juven Cambronero Castro y Manuel Larios Ugalde, del Partido Liberación Nacional y por Walter Muñoz Céspedes del Partido Integración Nacional. 63 Bajo este mismo expediente cursa un Informe de Minoría del 21 de mayo del 2001 suscrito por los diputados Dr. Abel Pacheco de la Espriella y MSc. Alvaro Trejos Fonseca, del Partido Unidad Social Cristiana.64 Ninguno de estos informes ha sido analizado en el plenario legislativo.

Recién iniciado el proceso de Reforma, la Unión Médica Nacional realizó un seminario taller denominado Evaluación de los Servicios Médicos en Costa Rica 65 Los temas tratados en este seminario taller estuvieron relacionados con la educación médica, la medicina institucional, la medicina privada, aspectos económicos de la salud, la mal praxis médica y la revisión de algunos sistemas de salud. Como lo mencionan sus organizadores en el texto consultado, por primera vez se sentaron a la mesa de discusión los profesionales de medicina, los jefes y los representantes de las organizaciones que integran el Sistema Nacional de Salud, y un grupo de expertos nacionales y extranjeros para debatir los problemas que afronta el ejercicio de la profesión, sus repercusiones en la atención a la salud y los métodos de evaluación objetiva aplicables en los componentes del sistema, puesta la atención en el beneficio colectivo.

Las organizaciones gremiales y cooperativas, también forman parte del entramado de control sobre el proceso de gestión pública. Recientemente (Oct. 2002) el Consorcio de Cooperativas de Salud, el Movimiento Cooperativo Nacional, la Asamblea de Trabajadores del Banco Popular y el Proyecto Estado de la Nación, entre otros, convocaron a un foro cuyo objetivo fue analizar el planteamiento original, su vigencia y el estado actual del proceso de reforma y modernización del sector salud en Costa Rica, con el propósito de generar opciones de desarrollo futuro que mejoren la eficiencia y la efectividad del sector, incorporando la visión y planteamientos de sociedad civil.

Entre sus objetivos específicos este foro tenía los siguientes:

1. Conocer la concepción política e ideológica de los partidos políticos representados actualmente en la Asamblea Legislativa, así como de otros actores sociales involucrados, sobre el sistema de salud necesario en Costa Rica.
2. Analizar la vigencia del concepto de Equipo Básico de Atención Integral de la Salud aplicado a la readecuación del modelo de atención.
3. Analizar las fortalezas y debilidades de los compromisos de gestión como instrumentos que permiten la separación del financiamiento y la provisión de servicios de salud y la implementación del modelo de salud readecuado.
4. Analizar la eficiencia y el impacto del gasto de los recursos destinados al proyecto de reforma y modernización de la CCSS.
5. Discutir sobre alternativas futuras para el mejoramiento de la eficiencia y la efectividad de los servicios de salud de la CCSS.

De una u otra manera, la reforma en general, y los servicios de salud y de seguridad social han formado parte del debate y control ciudadanos por ser servicios esenciales del bien común. Desde el punto de vista técnico, la reforma ha llevado un control de acuerdo con la legislación vigente y conforme con las instancias ejecutoras de los proyectos. Desde el punto de vista político, los partidos políticos y la Asamblea Legislativa desarrollan mecanismos de control en atención a sus líneas programáticas e ideológicas.

La reforma ha llevado un control de acuerdo con la legislación vigente y conforme con las instancias ejecutoras de los proyectos.

Súmese a lo anterior, que el país ha optado por una legislación atinente a la protección del ciudadano del exceso de requisitos y trámites administrativos, ley 8220 del 11 de marzo del 2000. Esta ley obliga a informar a los ciudadanos sobre trámites y requisitos que se realicen en la respectiva unidad administrativa o dependencia. En este sentido, las organizaciones de salud y seguridad social están sometidas a este tipo de control.

La ley 8239 del 19 de abril del 2002, denominada “Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados” establece una serie de derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, entre ellos los de recibir una atención médica con la eficiencia y la diligencia debidas. Esta ley crea la Auditoría General de Servicios de Salud, como órgano de desconcentración máxima del Ministerio de Salud, con el fin de que se cumplan los propósitos de la ley y se promueva el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud. También dispone que las Contralorías de Servicios ejercerán sus funciones con independencia funcional y de criterio, respecto del

jerarca y de los demás órganos de la administración activa y describe las funciones y responsabilidades de este tipo de instancia.

A la fecha, en lo que se refiere a la CCSS, las Contralorías de Servicios de la CCSS continúan con el esquema administrativo de su creación, es decir dependientes de la SUGESS, tal y como se mencionó párrafos arriba.

Equidad y género

El Instituto Nacional de la Mujer, en cuanto a salud, equidad y género destaca lo siguiente:

“ El Instituto Nacional de las Mujeres es el ente gubernamental responsable de promover todo tipo de acciones afirmativas que conduzcan a mejorar la condición y situación de las mujeres en la sociedad en nuestro país. Por tal motivo, se apoya en la legislación nacional y el marco jurídico internacional que establece los acuerdos y compromisos que los Estados asumen ante este tema, fundamentalmente, aquellos que se derivan del Plan de Acción resultante de la Conferencia Internacional sobre el Desarrollo y la Población, realizada en Cairo, 1994 y de la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing, 1995, así como también de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, entre otras.

En el campo de la salud, las acciones tienen como norte el logro de una visión más humanizada en el abordaje de la salud de las mujeres y del cumplimiento de los derechos humanos en especial de aquellos derechos y deberes particulares de las mujeres y de los hombres que conducen al pleno desarrollo personal, físico, emocional y mental, como es garantizar el cumplimiento de los derechos reproductivos y derechos sexuales.”

En esa misma página se mencionan las acciones en el campo de la salud orientadas a incidir en los siguientes aspectos, por medio del Área de Gestión de Políticas Públicas para la Equidad:

1. “ Coadyuvar en la construcción colectiva de un Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres con perspectiva de género.
2. Apoyar técnicamente el desarrollo de una experiencia demostrativa en el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva para implementar el nuevo Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres.
3. Apoyar los procesos de Planificación Institucional, Presupuestaria y de Compromisos de Gestión propios de la Caja Costarricense de Seguro Social, para la generación de instrumentos que faciliten la incorporación del nuevo

En el campo de la salud, las acciones tienen como norte el logro de una visión más humanizada en el abordaje de la salud de las mujeres y del cumplimiento de los derechos humanos en especial de aquellos derechos y deberes particulares de las mujeres y de los hombres que conducen al pleno desarrollo personal, físico, emocional y mental.

Modelo de Atención Integral de la Salud y la perspectiva de género en las actividades rutinarias del Hospital de las Mujeres.

4. Fortalecer por medio del análisis y la discusión sistemática el enfoque biopsicosocial de la salud en general y de la salud de las mujeres en particular, entre los/as políticos/as, técnicos/as, personal de salud y mujeres de las comunidades. (Sic.)
5. Aplicar el análisis de género en las políticas públicas, programas y proyectos en salud de las mujeres.
6. Contribuir al desarrollo de políticas públicas con enfoque de género en salud de las mujeres.
7. Garantizar el cumplimiento de los derechos en salud de las mujeres.
8. Promover la participación activa de las mujeres en el desarrollo de la salud.”

Desde la perspectiva de equidad y género en salud, se ha sostenido que el perfil epidemiológico presenta diferencias y problemáticas específicas entre hombres y mujeres y se asocia, entre otros aspectos, con la condición de género. Las enfermedades afectan de manera distinta a hombres como a mujeres, por tal razón, la respuesta a los problemas que se deriven de ellas debe contemplar esa diferencia dentro de los servicios de salud que se desarrollen. En este sentido, el INAMU mantiene como objetivo reconceptuar la salud de las mujeres, tendiente a que no se fragmenten sus cuerpos en el momento de los tratamientos, a la desmedicalización de la atención y a lograr la integralidad en la atención de la salud.

“En el campo de la salud, las acciones tienen como norte el logro de una visión más humanizada en el abordaje de la salud de las mujeres y del cumplimiento de los derechos humanos en especial de aquellos derechos y deberes particulares de las mujeres y de los hombres que conducen al pleno desarrollo personal, físico, emocional y mental, como es garantizar el cumplimiento de los derechos reproductivos y derechos sexuales.”

El Instituto Nacional de la Mujer, según Ley 7801 del 29 de abril de 1998, artículo 3, tiene los siguientes fines:

- a) Formular e impulsar la política nacional para la igualdad y equidad de género, en coordinación con las instituciones públicas, las instancias estatales que desarrollan programas para las mujeres y las organizaciones sociales.
- b) Proteger los derechos de la mujer consagrados tanto en declaraciones, convenciones y tratados internacionales como el ordenamiento jurídico

costarricense; promover la igualdad entre los géneros y propiciar acciones tendientes a mejorar la condición de la mujer.

- c) Coordinar y vigilar que las instituciones públicas establezcan y ejecuten las políticas nacionales, sociales y de desarrollo humano, así como las acciones sectoriales e institucionales de la política nacional para la igualdad y equidad de género.
- d) Propiciar la participación social, política, cultural y económica de las mujeres y el pleno goce de sus derechos humanos, en condiciones de igualdad y equidad con los hombres.

Equidad y cobertura del seguro

Cuando se trata respecto de la evolución de la cobertura en el Seguro de Salud, en el período intercensal (1984-2000) la tasa de aseguramiento del Seguro de 43 70 INAMU. *Ibíd.* Salud aumentó poco más de diez puntos porcentuales, pues pasó de 71,2% en 1984 a 81,8% en el 2000. La causa fundamental de este avance responde a la creación del Asegurado por Cuenta del Estado, el cual permite a las familias y personas pobres afiliarse al Seguro de Salud, previa comprobación del estado de necesidad. Sin embargo, la discrepancia en las tasas de aseguramiento por género se mantiene, con una ampliación de la brecha en contra de las mujeres.

La discrepancia en las tasas de aseguramiento por género se mantiene, con una ampliación de la brecha en contra de las mujeres.

Tomando como base estudio de G. Picado y V. Salazar, el grupo de Protección Social a la Salud del Análisis Sectorial del Sector Salud 2002, 71 señala que las mujeres en la mayoría de modalidades de aseguramiento mantienen porcentajes menores a los hombres. Por ejemplo, mientras en 1984 los hombres en la modalidad de asalariados representaban el 26,5%, las mujeres alcanzaban solo el 11,9%. En el 2000, los hombres representan el 25%, mientras que las mujeres representan el 12,5%, lo cual refleja un ligero repunte, pero no suficiente, a favor de las mujeres. En la modalidad de seguro voluntario las mujeres en el año 1984 solo representaban el 2,3%, mientras los hombres el 6,7%, situación que se mantiene en el 2000: las mujeres representan el 3,2% de aseguradas voluntarias, mientras los hombres el 10%. En ambos periodos intercensales, la modalidad de asegurado familiar es mayoritariamente femenina 55,7% en 1984, frente a 54,3% en el 2000. Los hombres en la condición de asegurado familiar en 1984 eran el 33,6% mientras que en el 2000 eran el 32%.

Con respecto a estas cifras cabe mencionar que "... la gran mayoría de mujeres son aseguradas indirectas o familiares (a diferencia de los hombres cuya principal forma de aseguramiento es directa), aún aquellas que trabajan en forma remunerada. Sólo el 24% de todas las mujeres cuentan con aseguramiento directo en salud y 30% en pensiones; un 15% de las asalariadas y un 48 de las

independientes tienen aseguramiento familiar en lugar de directo. Este aseguramiento familiar las excluye del acceso a prestaciones en dinero del SEM (incluyendo incapacidad por enfermedad y licencia por maternidad), así como de pensiones, salvo de las pensiones por invalidez o muerte del cónyuge o compañero siempre que ellas demuestren dependencia económica de éstos.”

Rodríguez y Durán, ya citados, mencionan, por ejemplo, que la población económicamente activa se distribuye en 68% en hombres y 32% en mujeres, a pesar de que la estructura poblacional costarricense es bastante homogénea. Según Censo 2000, la población de Costa Rica de 3 810 179 habitantes, 1 902 614 son hombres y 1 907 565 son mujeres.

Este comportamiento del aseguramiento es reflejo de la estructura familiar, laboral y social prevalente en el país, que tiende a cambiar conforme se avanza en la consolidación de derechos y de mayores espacios de participación por parte de las mujeres. La legislación y la organización estatal para velar por los derechos de género son muestra de un avance en esta materia.

La equidad de género es un tema pendiente e impostergable, especialmente en cuanto a tema de aseguramiento en el seguro de pensiones. En este sentido “En el análisis de las diferencias entre las pensiones por género, es importante identificar causas discriminatorias externas (del mercado laboral, demográficas) y otras internas (de la seguridad social). Hay que separar estos dos tipos de causas y diseñar políticas que corrijan la discriminación en sus propias fuentes.”

Retos

Los retos son puntos medulares que deben ser plenamente identificados y caracterizados por los análisis sectoriales e institucionales, puesto que muestran los nudos críticos sobre los que se debe incidir positivamente mediante políticas, planes y programas concretos, para evolucionar de una situación actual a una situación

Teniendo como referencia la situación planteada en este documento, se plantean como retos los siguientes:

1. Sostenibilidad financiera del sistema de seguridad social, que considere los siguientes elementos:
 - a. Incrementar la eficiencia productiva del sistema, por medio del mejoramiento de la asignación y productividad de los recursos, dentro de los preceptos de equidad, eficiencia, eficacia y sostenibilidad. La

Los compromisos de gestión han de considerar elementos de productividad de servicios, pero muy vinculados con la calidad de estos y contener los indicadores suficientes para la medición del impacto.

programación, uso y evaluación de los recursos han de formar parte de políticas consistentes del aparato administrativo tendientes a la rendición de cuentas en cualquier nivel de gestión. Los compromisos de gestión han de considerar elementos de productividad de servicios, pero muy vinculados con la calidad de estos y contener los indicadores suficientes para la medición del impacto. Estos compromisos han de ser un instrumento gerencial por excelencia, en donde se incentive la buena práctica administrativa y la ampliación de los niveles de cobertura con equidad.

- b. El envejecimiento de la población se presenta como un reto para los servicios de salud y de pensiones. En los primeros, por cuanto la red de servicios de salud debe enfrentar cambios para la atención de patologías crónicas y para atender a una población, a la cual debe garantizársele no solo la atención de la salud con niveles de acceso oportunos, sino que se deben desarrollar programas que contribuyan con la calidad de vida. La accesibilidad debe estar garantizada en cuanto a oportunidad, eficiencia y con un nivel de resolución lo más cercano posible al medio en donde vive la persona. En materia de pensiones⁸⁶, debe garantizarse la sostenibilidad financiera del régimen, mediante diversos mecanismos como el aumento de los niveles de cobertura de los trabajadores independientes; el aumento en los niveles actuales de contribución; el mejoramiento de los sistemas de recaudación; el control efectivo de la evasión; la capitalización adecuada del régimen y la transformación de los regímenes especiales en regímenes complementarios o suplementarios, como algunas de las opciones que se han considerado para tratar en forma conciliada con organizaciones laborales, empresariales, estatales, comunitarias y el Poder Legislativo.

2. Mejorar el empleo calificado, mediante un mayor acceso a la educación, especialmente de las poblaciones jóvenes que se deben insertar en el mercado laboral. La carencia de educación es el factor que más negativamente repercute en los niveles de pobreza, de tal forma que el combate a la pobreza, que ha sido preocupación del país, se inicia con un mejor acceso a la educación. En la franja de edad de los 13 a los 19 años, que es la población que debería asistir al colegio hay un porcentaje del 45,3 que no asiste, lo cual es una preocupación estatal que se trata mediante programas de cobertura de centros educacionales, de ayuda a familias pobres por medio de becas y otros tipos de asistencia para que el número de jóvenes que deban asistir al colegio crezca. Autoridades en materia educativa también tratan de adecuar los programas de estudio para promover la motivación y con ello la permanencia de esta población. La enseñanza del inglés y la computación se incentiva desde los primeros años escolares. Por su parte el Instituto Nacional de Aprendizaje sigue extendiendo sus programas para un mejoramiento de la fuerza laboral del país. Uno de los desafíos que se plantean en el VIII Informe del Estado de la Nación, y que repite lo planteado en informes anteriores, es ampliar la

Autoridades en materia educativa también tratan de adecuar los programas de estudio para promover la motivación y con ello la permanencia de esta población.

cobertura, mejorar la calidad y diversificar la educación secundaria. Importante compromiso de la educación no es solo formar para el hacer, sino orientar para el ser, lo cual implica no solo incorporar la técnica como un elemento de adaptación al medio social y laboral, sino incorporar en el educando valores para la vida.

3. La calidad de los servicios de salud es otro de los compromisos importantes, especialmente en lo que se refiere a un mejor acceso a estos, mediante un trato humanizado y cálido. Reducir los tiempos de espera para tratamientos, exámenes o cirugías forman parte de los planes para incentivar una mejor atención. La oferta de servicios debe adecuarse a una demanda acelerada y cada vez con mayores niveles de exigencia. Es necesario ampliar y fortalecer los procesos de acreditación, habilitación y evaluación con la finalidad de que los servicios públicos y privados respondan a las necesidades de la población en términos de calidad y de eficiencia. Se está trabajando en un sistema de Garantía de Calidad en el Sector Salud como prioridad nacional.⁸⁷ Los equipos de mejoramiento continuo de la calidad deben ser fortalecidos en la consecución de sus propósitos. La regulación es otro aspecto en la garantía de la calidad: es necesario crear una normativa que permita circunscribir la actividad pública y privada a ciertos requerimientos mínimos en cuanto a instalaciones físicas, equipos, personal, patrones de calidad, medidas de seguridad, satisfacción de los usuarios y control de precios, entre otros. En el campo privado de la salud, la regulación no se ha de considerar como una barrera para el desarrollo, sino como un modo de fortalecer su crecimiento, en el que se garantice una simetría entre el interés económico particular y el bien público.
4. La tecnología debe asumirse como un elemento inherente a la atención de los servicios de salud, disponiendo de una política para organizar la gestión tecnológica que incorpore criterios de adquisición, uso, accesibilidad y evaluación de su impacto. Debe garantizarse que la tecnología adquirida, especialmente la de alta complejidad, tenga una distribución equitativa entre los diferentes centros de trabajo y responda a las necesidades de la demanda. Es necesario contar con criterios técnicos de reposición tecnológica que respondan a las necesidades de trabajo y no a demandas profesionales o exigencias del mercado por introducir variantes que aportan poco al aumento de los niveles de accesibilidad y equidad. La adecuada gestión tecnológica debe orientarse por la accesibilidad y la cobertura, a fin de prestar el servicio lo más cercano posible en donde se origina el problema, tratando de romper la barrera de la centralización histórica existente en esta materia.
5. En materia de medicamentos, debe desarrollarse una política de farmacovigilancia congruente con las necesidades de la población que refuerce la actual política de registro y control. Con el propósito de facilitar la

La adecuada gestión tecnológica debe orientarse por la accesibilidad y la cobertura, a fin de prestar el servicio lo más cercano posible en donde se origina el problema, tratando de romper la barrera de la centralización histórica existente en esta materia.

accesibilidad a los medicamentos, debe reforzarse la política que fomenta el empleo de los genéricos con estudios previos de equivalencia terapéutica que garanticen su calidad y eficacia. Es importante, continuar con las normas de calidad y eficacia y los esfuerzos plasmados en los reglamentos de Validación de Métodos de Análisis, el de Elaboración de los Estudios de Estabilidad y el del Control Estatal, así como el de Validación de Métodos Analíticos requeridos para el Registro Sanitario de Medicamentos ante el Ministerio de Salud.

6. En el campo de los recursos humanos, los retos pendientes están orientados en la calidad y cantidad de personal para atender la demanda de los servicios. La política de recursos humanos debe ser conciliada entre los diferentes actores sociales que participan en la formación, la capacitación, el empleo y el ejercicio técnico y profesional de las disciplinas de la salud. Ha de asegurarse que la oferta académica responda a un modelo de atención más integral que eminentemente biológica y donde se garantice una alta calidad de los egresados. Lo deseable es que las carreras afines al Área de la Salud sean acreditadas por el Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior. Las regulaciones de la práctica docente en centros de salud deben ser una acción sostenida en procura de los derechos y la privacidad de los pacientes, conforme la reglamentación existente. Se hace necesario reforzar los procesos de investigación y planificación de recursos humanos, sustentados en sistemas de información actualizados.
7. El sistema de salud costarricense debe continuar reforzando los temas especiales como VIH/SIDA, Salud Mental, Salud Ambiental y Vulnerabilidad y Preparativos para Desastres, como componentes esenciales de la salud pública. La idea es reforzar los mecanismos de promoción y prevención en esta temática, iniciando por los estilos de vida saludables que implican una coherencia entre las actitudes individuales y el de las otras personas y el respeto por el ambiente en el cual se desarrollan las interrelaciones sociales. La salud como consecuencia de elementos multifactoriales, entre otros aspectos, depende de un ambiente saludable y libre de riesgos innecesarios. Sin embargo, este equilibrio con el ambiente se rompe como producto de la sobreexplotación de la naturaleza y del desprecio por la calidad de vida de quienes están inmersos dentro de un ambiente específico. El reto que se impone es seguir optando por el desarrollo, sin detrimento de los avances que el país ha logrado en materia de protección ambiental. El desarrollo no implica necesariamente la extracción ni el consumo desmedido de los elementos naturales, ni justifica el daño irreversible que se le pueda causar al planeta.

El reto que se impone es seguir optando por el desarrollo, sin detrimento de los avances que el país ha logrado en materia de protección ambiental.

Finalmente, la modernización de los servicios de salud y pensiones, en su parte operativa, se ha conceptualizado como una reforma en sí, pero no constituyen esencialmente una reforma, si este importante esfuerzo no se complementa con

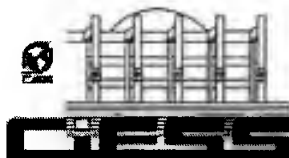
otros elementos de la salud pública esenciales para garantizar una mejor calidad de vida de las personas en relación con el ecosistema. La reforma operativa es un inicio importante, pero no el esfuerzo final. Aún debe atenderse la deuda pendiente con una mejor condición del ambiente, y con un mayor respeto por la naturaleza y sus elementos para ir consolidando un paradigma de salud pública que los abarque. Debe rescatarse el concepto de que la salud no es solo ausencia de enfermedad.



ACTIVIDAD DE EVALUACIÓN

Ejercicio individual

En un mínimo de cinco páginas y un máximo de ocho, realice un breve ensayo sobre el desenvolvimiento y desarrollo de las reformas de la seguridad social en Latinoamérica, contando con la colaboración de cuantas personas puedan proporcionarle aportaciones en la materia, para lograr un documento que sea reflejo profundo de la realidad de su institución o país en estos aspectos.



**CURSO A DISTANCIA
SEGURIDAD SOCIAL: NUEVAS REALIDADES**

**HOJA DE IDENTIFICACIÓN PARA ENVÍO
DE ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN**

DE:

NOMBRE	FECHA
INSTITUCIÓN	
PAÍS	LOCALIDAD
Fax:	Correo electrónico:

PARA: FAX: (52-55) 5668-0094 / 5595-0644 FAX DEL PROFESOR TUTOR:

COORDINADORES: Dr. Antonio Ruezga Barba / Mtro. Martín Gómez Silva

TUTOR:

Puede fotocopiar esta forma y emplearla para enviar cada una de las actividades de evaluación.

ACTIVIDADES	FECHA DE ENVÍO	No. DE HOJAS QUE ANEXA

Directorio

SANTIAGO LEVY ALGAZI
Presidente de la CISS y de la Junta Directiva del CIESS

GABRIEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ
Secretario General de la CISS

LUIS JOSÉ MARTÍNEZ VILLALBA
Director del CIESS

ANTONIO RUEZGA BARBA
Coordinador Académico General del CIESS

MARTÍN GÓMEZ SILVA RAQUEL ABRANTES PEGO
Coordinadores del Área Académica del CIESS

JUAN JOSÉ ZERMEÑO CÓRDOVA
Jefe del Área de Comunicación del CIESS