

Distr.  
RESTRINGIDA

LC/R.1233  
23 de noviembre de 1992

ORIGINAL: ESPAÑOL

---

CEPAL

Comisión Económica para América Latina y el Caribe

## LA EQUIDAD EN LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL

El presente documento es una síntesis, preparada por la División de Desarrollo Social de la CEPAL y revisada por el autor, del estudio de Carmelo Mesa Lago "Aspectos económico-financieros de la seguridad social en América Latina y el Caribe: tendencias, problemas y alternativas para el año 2000". Dicho estudio fue realizado por el autor para el Banco Mundial, al que se agradece la autorización para su reproducción.

No fue sometido a revisión editorial.

92-12-1787

## INDICE

	<u>Página</u>
I. INTRODUCCION .....	1
1. Planteamiento general.....	1
2. Tipología de situaciones de Seguridad Social.....	2
II. COBERTURA DE LA POBLACION .....	6
1. Nivel de cobertura.....	6
2. Desigualdades en la cobertura.....	8
3. El costo de universalizar la cobertura.....	14
III. EL DEFICIT DE LOS SISTEMAS DE SEGURO/SEGURIDAD SOCIAL Y LOS PROBLEMAS DE FINANCIAMIENTO .....	16
1. La carga de la seguridad social.....	18
2. Evasión y mora patronal.....	23
3. La deuda del estado.....	24
4. Ineficiencia de la inversión.....	24
5. Los regímenes de financiamiento.....	25
IV. PRESTACIONES .....	29
1. Generosidad de las prestaciones y de las condiciones de adquisición.....	31
2. Desigualdades en las prestaciones.....	35
3. Los efectos de la estructura de prestaciones.....	39
V. REDUCCION DE LOS COSTOS ADMINISTRATIVOS.....	43
1. Personal excesivo y con remuneración relativamente alta .....	44
2. Multiplicidad de instituciones gestoras y complejidad legislativa.....	46
3. Deficiencias informáticas y contables.....	46
VI. LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	47
1. Problemas y políticas en los países del grupo alto.....	47
2. Problemas y políticas en los países intermedios y bajos.....	49
Notas .....	51

## I. INTRODUCCION

### 1. Planteamiento general

Desde un punto de vista concreto, introducir mayor equidad en los sistemas de seguridad social existentes significa sobre todo ampliar la cobertura hasta abarcar a toda la población, especialmente aquella que actualmente no está cubierta o que recibe beneficios muy exiguos. El logro de una mayor equidad no es el único objetivo que debiera orientar la reestructuración de tales sistemas pero existe un creciente convencimiento de que es el más importante. 1/

Siendo ese el objetivo principal, los caminos para lograrlo pueden ser muy diferentes, lo mismo que el tiempo necesario para alcanzarlo; en ello influye la situación actual del sistema de seguridad social en cada país, y los medios y obstáculos económicos y políticos existentes. Con respecto a la situación actual de los sistemas de seguridad social, en la segunda parte de esta Introducción se presentan tres tipos de situaciones en la seguridad social: los países pioneros o del grupo alto, los países intermedios, y los tardíos o del grupo bajo. Cada una de estas situaciones se caracteriza por una combinación distinta de los problemas principales, y por ello ofrecen puntos de partida distintos desde los cuales reorientar los sistemas hacia una mayor equidad.

Desde un punto de vista financiero, el problema principal, y obvio, consiste en determinar el monto de los recursos necesarios para alcanzar el objetivo de equidad y las fuentes de las que podría provenir. También en este aspecto las situaciones nacionales varían desde aquellos países con amplia cobertura y nivel de desarrollo más alto que tendrían que hacer un esfuerzo financiero relativamente menor, hasta los que tienen muy baja cobertura, nivel de desarrollo económico menor y, por lo tanto, se enfrentan a un desafío financiero colosal. Entre ambos se encuentran unos pocos países que teniendo posibilidades financieras mayores, por su nivel de desarrollo económico, no han ampliado de manera proporcional su cobertura, lo que podrían hacer sin que ello implicara un esfuerzo demasiado importante.

De todos modos, los sistemas en general tendrán que realizar un considerable esfuerzo financiero, sea porque la población por cubrir es muy numerosa o porque arrastran un déficit cuantioso. (o lo tendrán en un futuro próximo). Y dicho esfuerzo implica una reestructuración de los sistemas para que sean, a la vez, socialmente equitativos y financieramente sólidos.

A fin de mejorar sus ingresos, los sistemas deben examinar la posibilidad de aumentar las imposiciones, lo que en la mayoría de los casos no es posible dada la pesada carga existente, controlar con energía la evasión y la mora, encontrar fórmulas para recobrar la deuda del Estado, y mejorar de manera considerable su, en general, ineficiente política de inversiones.

Con el objeto de reducir sus gastos, los sistemas debieran, reducir los costos de administración, que suelen ser más altos de lo necesario, así como la generosidad de las prestaciones y la liberalidad de las condiciones de adquisición. Naturalmente, sería deseable extender a toda la población las prestaciones privilegiadas de que goza actualmente una minoría, pero tal cosa no es financieramente posible en ningún país. Por ello es necesario que los sistemas reduzcan los beneficios que ahora

otorgan a una parte de la población (mayor o menor según los países) para poder así ampliarlos a la totalidad de ella.

Como es sabido, actualmente coexisten diversos subsistemas en la mayoría de los países, que atienden distintos grupos de asegurados. Desde el punto de vista de las prestaciones recibidas, en la cúpula están aquellos que gozan de los mejores servicios, ya sea porque los pagan privadamente o pertenecen a alguna "corporación" estatal o privada que ha tenido el suficiente poder como para obtener del Estado dichos beneficios. En la parte intermedia de la pirámide están los grupos con nivel intermedio de ingreso y poder y que reciben beneficios equivalentes, mientras que en la parte baja están los que tienen insuficiente ingreso o poder y que sólo acceden, en el mejor de los casos, a pensiones exiguas y a los servicios de salud que brinda la asistencia pública.

La estructura del conjunto de los subsistemas existentes (privado, público, de seguridad social, y las formas mixtas) responde a la distribución del ingreso y del poder en las distintas sociedades; reestructurar dicho conjunto para darle una orientación más equitativa implica que ya no responderá tanto al principio de que cada cual recibirá de acuerdo a su ingreso o su influencia sino, al menos en parte, al de que las prestaciones deben brindarse de acuerdo a las necesidades.

Una posibilidad es que la estructura del conjunto sea mixta, combinando ambos criterios. Por un lado, un sistema universal de prestaciones básicas, financiado con recursos generales, y basado en la solidaridad social y, por otro, un sistema de prestaciones públicas y/o privadas basado en una equivalencia completa entre lo que se paga y lo que se recibe. Tal tipo de estructura implicaría un avance hacia la equidad y haría posible que aquellos que hagan un esfuerzo personal para obtener mejores prestaciones, las obtengan.

La tendencia hacia la privatización completa de los sistemas de seguridad social, en tanto se realice en sociedades muy desiguales en cuanto a la distribución del ingreso sólo consolidará la desigualdad; al respecto, no debiera olvidarse que América Latina es la región del mundo que tiene la distribución del ingreso más desigual y un 44% de la población en situación de pobreza. ¿Cómo podría ésta última pagar un seguro privado o, incluso, un seguro social?

Reestructurar los sistemas de seguridad social hacia la equidad implica ir en contra de poderosos intereses económicos y políticos. Por ello, la lista de reformas fracasadas es numerosa. Sin embargo, varios países de América Latina (Cuba, México, Brasil, Costa Rica, Ecuador) han realizado importantes avances en esta dirección. Del mismo modo, los países del Caribe de habla inglesa tienen, en general, sistemas orientados hacia la equidad, lo que indica que también son poderosas las fuerzas que sustentan a ésta última. 2/

## 2. Tipología de situaciones en Seguridad Social

La gran mayoría de los países latinoamericanos sigue básicamente el modelo tradicional de seguro social, con su antecedente en la trilogía de programas introducida en Alemania a fines del siglo pasado por el Canciller Bismarck. Sin embargo, los países que comenzaron antes tienen sistemas que o bien ya son de seguridad social o se aproximan a esa meta. Los países del Caribe no latino, debido a la influencia del modelo británico también tienen sistemas que son o se aproximan a la seguridad social. 3/

En 1983-1984, la CEPAL patrocinó un estudio comparativo del seguro/seguridad social en los 20 países latinoamericanos. El estudio ordenó a todos los países y los clasificó en tres grupos de acuerdo con el grado de desarrollo de sus sistemas (alto, intermedio y bajo) basándose en once variables con cifras de 1980. (Véase Cuadro 1). 4/

a) Grupo Alto

Las características típicas de este grupo en 1980 eran:

- los primeros programas de pensiones aparecen en las décadas de 1920 y 1930;
- la cobertura sobrepasa el 60% de la población total y de la población económicamente activa (PEA);
- el porcentaje total de contribución sobre la nómina salarial (suma de los porcentajes de contribución del asegurado, el empleador y el Estado como tal) llega a o sobrepasa el 26%, los gastos de seguridad social fluctúan entre 9% y 11% del PIB y promedian 33% del gasto fiscal;
- entre 44% y 79% de dichos gastos es en pensiones debido a la antigüedad y madurez del programa y la alta esperanza de vida;
- la razón pasivo/activo es muy alta, llegando hasta 0.6, lo que significa que un pensionado es financiado por menos de dos asegurados contribuyentes; ésto se debe a la baja tasa de crecimiento de la población, al envejecimiento de ésta, la imposibilidad de incorporar a nuevos grupos de asegurados (porque la cobertura es ya universal) y la maduración del programa de pensiones; y
- el sistema confronta un desequilibrio actuarial y financiero serio, con tendencia a empeorar en el futuro y requiriendo transferencias crecientes del fisco, por lo que está urgido de una reforma global.

b) Grupo Intermedio

Las características típicas de este grupo en 1980 eran:

- los programas de pensiones aparecen entre la década de 1930 y la de 1940;
- la cobertura poblacional fluctúa entre el 12% y el 53%;
- el porcentaje total de contribución sobre la nómina salarial fluctúa entre 18% y 25%, los gastos de seguridad social normalmente fluctúan entre 3% y 4% del PIB y entre 14% y 23% del gasto fiscal;
- la mayoría de dichos gastos se dedican a la atención de la salud (porque son países en transición demográfica y con un índice de dependencia alto) mientras que sólo entre 20% y 40% se gasta en pensiones (por la relativa juventud de este programa -menor madurez- y una esperanza de vida más baja que en el grupo alto);

Cuadro 1  
ORDENAMIENTO Y AGRUPACION DE LOS PAISES DE AMERICA LATINA, SEGUN EL DESARROLLO DEL SEGURO/SEGURIDAD SOCIAL: 1980

Grupos/ países	Ley ini- cial de pensiones	Población cubierta Total	b/ PEA	% de cotizac. legal	c/ PIB	Gastos de seguridad social en % d/ G.fisc.		Déficit o superávit en % ing.g/ activos	Razón:f/ pasivos/ activos	Pop. de 65 años y más f/ nacer:años	Esperanza de vida al nacer:años
						9-11	32-39				
<b>GRUPO ALTO</b>											
Uruguay g/	6	69	81	33	11	39	79	(60)	0.65	10.4	70
Argentina	6	79	69	46	10	38	55	(13)	0.32	8.2	69
Chile	6	67	62	29	11	32	53	17	0.46	5.5	68
Cuba g/	6	100	93	10	9	13	44	(46)	0.21	7.3	73
Brasil	6	96	96	26	5	38	45	( 7)	0.18	4.0	64
Costa Rica	4	78	68	27	9	36	21	0	0.06	3.6	71
Rango típico h/	6	67-100	62-96	26-46	9-11	32-39	44-79	0-(60)	0.18-0.85	4.0-10.4	68-73
<b>GRUPO INTERMEDIO</b>											
Panamá	4	50	46	21	7	23	34	(11)	0.12	4.4	70
México	4	53	42	18	3	18	21	17	0.08	3.6	64
Perú	5	17	37	21	3	15	35	12	0.09	3.6	58
Colombia i/	4	12	22	20	4	20	20	( 8)	0.05	3.5	62
Bolivia	3	25	18	25	3	14	40	8	0.33	3.2	51
Ecuador	5	8	23	21	3	10	48	36	0.15	3.5	60
Paraguay	4	18	14	20	2	22	31	15	0.07	3.4	64
Venezuela	2	45	50	14	3	15	33	26	0.06	2.8	66
Rango típico h/	3-5	12-53	18-50	18-25	3-7	14-23	20-40	26-(11)	0.05-0.15	3.2-4.4	60-70
<b>GRUPO BAJO</b>											
R.Dominic.	4	8	14	14	2	16	21	4	...	2.9	60
Guatemala g/	2	14	33	20	2	14	14	3	0.06	2.9	58
El Salvador	3	6	12	12	2	12	18	23	0.08	3.4	62
Nicaragua	3	9	19	16	2	13	16	34	0.08	2.4	55
Honduras j/	3	7	13	14	3	12	7	19	0.02	2.7	57
Haití	2	1	2	12	1	...	10	15	...	3.5	51
Rango típico h/	2-3	1-9	2-19	12-16	1-2	12-16	7-18	3-34	0.02-0.08	2.4-3.4	51-60

g/ N° de décadas anteriores a la de 1980 en que apareció la primera ley de pensiones. b/ % de la población total cubierta por el programa de enfermedad y de la PEA cubierta por el programa de pensiones. c/ Total del % legal sobre la nómina salarial que debe cotizar el asegurado, el empleador y el Estado como tal. d/ El gasto de seguridad social incluye el gasto total de salud. e/ Déficit o superávit resultante de sustraer los egresos de los ingresos totales de la seguridad social, como % de los ingresos. f/ Cociente de carga demográfica: N° de asegurados pasivos (pensionados) dividido entre el N° de asegurados activos (contribuyentes). g/ 1981, para Cuba y Uruguay sólo algunas cifras, otras corresponden a 1980. h/ Calculado extrayendo un máximo de una variable fuera de lugar (outlier). i/ 1979. j/ 1982.  
Fuente: Carmelo Mesa Lago, (1990) op.cit.

- la razón pasivo/activo fluctúa entre 0.05 y 0.15 (por las razones antes explicadas, más una tasa de crecimiento poblacional alta y la gradual incorporación al sistema de grupos no asegurados);

- el sistema generalmente acusa un desequilibrio actuarial y se aboca a uno financiero en el mediano o corto plazo.

c) Grupo Bajo

Las características típicas de este grupo en 1980 eran:

- los programas de pensiones aparecen en las décadas de 1950 y 1960;
- la cobertura es menor del 10% de la población total y del 19% de la PEA y se concentra en la capital y ciudades más importantes;
- el porcentaje total de contribución sobre la nómina salarial es bajo, entre 12% y 16%, los gastos de seguridad social fluctúan entre 1% y 2% y no sobrepasan el 18% del gasto fiscal;
- cerca del 80% de dicho gasto se dedica al programa de enfermedad y menos del 20% a pensiones (por la novedad de este programa y la esperanza de vida muy baja);
- la razón pasivo/activo es bajísima, entre 0.02 y 0.08, debido a las razones anteriores y a la muy alta tasa decrecimiento de población y el potencial de extender la cobertura (no obstante en algunos países la razón aumenta debido al congelamiento de la cobertura poblacional); y
- el sistema no se enfrenta, al menos a corto y mediano plazo, al desequilibrio financiero pero puede tener un desequilibrio actuarial.

Algunos de los países latinoamericanos no encajan perfectamente dentro de un grupo aunque la mayoría pertenece a uno. Por ejemplo, las variables de Costa Rica corresponden al grupo alto, excepto cuatro que son típicas del grupo intermedio: la relativa novedad del programa de pensiones, el bajo porcentaje que se gasta en dicho programa y la baja razón pasivo/activo (éstas dos son resultado de la primera) y la juventud de su población. La rápida aceleración de la cobertura de población y riesgos, en las décadas de 1960 y 1970, impulsaron a Costa Rica del grupo intermedio al alto.

Aunque los países del Caribe no latino fueron excluidos de la comparación anterior, un análisis reciente de tres de ellos (Bahamas, Barbados y Jamaica) muestra similitudes con el caso de Costa Rica: promulgación reciente de la ley de pensiones, cobertura poblacional universal, baja razón pasivo/activo, población joven y alta esperanza de vida. Por otra parte, debido a que los sistemas caribeños son aun más recientes y sus beneficios menos generoso que los del sistema costarricense, sus porcentajes de contribución salarial y sus costos son inferiores, y tienen una situación financiera mejor.

La anterior tipología permite descubrir las tendencias evolutivas en los 20 países latinoamericanos:

Mientras más alto se coloca un país en el ordenamiento del Cuadro 1 registra las siguientes tendencias en las variables: a) mayor la antigüedad del programa de pensiones (variable 1); b) mayor los porcentajes de la población total y PEA cubiertos (variables 2 y 3); c) mayor la contribución porcentual total sobre la nómina salarial (variable 4); d) mayor el porcentaje del gasto de seguro/seguridad social en relación al PIB y al gasto fiscal (variables 5 y 6); e) mayor el porcentaje del gasto de seguro/seguridad social que va a pensiones (variable 7); f) mayor el desequilibrio financiero y, por ende, el actuarial (variable 8); g) mayor la razón pasivo/activo variable 9); h) mayor el porcentaje de la población de 65 y más años de edad (variable 10); e i) mayor la esperanza de vida al nacer (variable 11).

Estas tendencias fueron examinadas con un ejercicio de correlación múltiple que produjo coeficientes de correlación positivos (estadísticamente significativos) entre las variables, indicando que el sistema de seguro/seguridad social se ha desarrollado de una forma que el avance de una variable tiende a ir acompañada del avance del resto de las variables.

Otras tendencias, que no aparecen en el Cuadro 1 pero que han sido mencionadas y/o serán analizadas con más profundidad posteriormente, indican que cuanto más alta es la colocación de un país en el ordenamiento: a) mayor el grado de estratificación del sistema aunque, después de cierto punto, ocurre una tendencia hacia la unificación; b) mayor el número de riesgos cubiertos y de prestaciones ofrecidas, así como de condiciones más liberales de adquisición; c) mayor el uso de regímenes financieros de reparto y menor el de regímenes de capitalización parcial o completa; d) menor la generación de ahorro e inversión del sistema, en parte debido a la transformación del superavit en déficit creciente y a la desaparición de las reservas; y e) mayor el impacto neutro o progresivo en la distribución, debido al proceso de universalización de la cobertura y la incorporación de programas de asistencia social.

Una cuestión importante es sí, de continuar las tendencias actuales, los países latinoamericanos en el grupo intermedio y eventualmente los del grupo bajo, confrontarán problemas similares a los que han afligido a los países del grupo alto. O sea, que según el sistema se desarrolla, extiende su cobertura poblacional y de riesgos, y envejece, su carga financiera se hace más pesada y su desequilibrio empeora hasta el punto en que el sistema entra en crisis. Una respuesta satisfactoria requiere un análisis profundo de los sistemas en todos los países, en distintos puntos de su evolución. Sin embargo, los estudios de caso disponibles aportan evidencia sólida para responder de manera positiva a dicha pregunta.

## II. COBERTURA DE LA POBLACIÓN

### 1. Nivel de cobertura

La cobertura de los riesgos por el seguro/seguridad social en América Latina ha evolucionado gradualmente. El primer riesgo en cubrirse fue el de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, basado en la teoría de la responsabilidad del empleador. El segundo riesgo fue el de enfermedad y accidente no laboral y la maternidad, pero como el anterior se conectó con el empleo; así la atención a la maternidad se concedió sólo a las empleadas y obreras (luego se extendió la cobertura de maternidad a la esposa o compañera del trabajador, y la de enfermedad a algunos de sus familiares dependientes). En el Caribe no latino, sin embargo, el seguro social no administra un programa de enfermedad-maternidad ya que existe un sistema nacional de salud. En América Latina, casi al mismo tiempo que comenzó el programa de enfermedad se introdujeron las pensiones de vejez

e invalidez y, poco más tarde, las de sobrevivientes. En el Caribe no latino las pensiones y otros programas que otorgan beneficios monetarios se introdujeron mucho más tarde. A mediados de la década de 1980 todos los países de ALC tenían estos tres programas en vigor (salvo Haití enfermedad-maternidad), aunque su cobertura poblacional era universal sólo en unos países.

Los últimos programas en aparecer fueron los de asignaciones familiares y subsidios de desempleo, que existen sólo en unos pocos países: las asignaciones familiares en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay; y el subsidio de desempleo en Argentina, Brasil, Chile, Ecuador (realmente una pensión por desempleo) y Uruguay. En general, la extensión de la cobertura de los riesgos ha sido mucho más rápida que la cobertura poblacional. Ello se debe a que se ha dado prioridad a la extensión vertical (riesgos cubiertos) sobre la horizontal (población protegida); con frecuencia una minoría de la población está cubierta contra todos los riesgos pero la mayoría no tiene protección contra riesgo alguno. En la cobertura de la población hay que distinguir la legal y la estadística. La primera viene prescrita por la ley, pero no siempre es ejecutada; la segunda proviene de estimaciones de la población protegida, que son más representativas de la realidad pero no siempre confiables.

#### Recuadro 1

##### DIFICULTADES PARA ESTIMAR LA COBERTURA

Las estimaciones en cuanto a la cobertura estadística en América Latina no son siempre precisas. En los países donde existe una multiplicidad de instituciones gestoras es muy difícil o imposible estimar la cobertura total, porque hay cifras sobre las instituciones mayores pero no sobre las menores. Las cifras de cobertura publicadas por organismos internacionales y regionales frecuentemente se refieren a las instituciones mayores y, por tanto, subestiman la cobertura. El cuadro 2 presenta la cobertura total en los países con multiplicidad de instituciones que han sido objeto de un estudio profundo (Colombia, Chile, México, Perú y Uruguay) pero sólo presenta la cobertura del instituto general en aquellos países en que no se pudo hacer un estudio profundo (por ejemplo Bolivia, Paraguay, Venezuela). Otro problema se plantea en Argentina y Uruguay, donde un porcentaje alto de los servicios de salud se prestan por sociedades mutuales, cooperativas médicas y clínicas privadas cuyas cifras son muy difíciles de obtener. El efecto contrario, la sobreestimación se produce a veces en los programas

de pensiones cuando hay multiplicidad de instituciones que permiten cobertura doble o triple (Uruguay en 1960), pero este fenómeno se ha reducido bastante en los últimos años. La cobertura de salud de los familiares dependientes, importante pues es la cohorte mayor, se calcula en muchos países usando una razón estimada de dependientes/asegurado; cambios pequeños en esa razón pueden producir notables bajas o alzas en la cobertura. Así, la cobertura de la PEA es generalmente más confiable que la de la población total. Por último, hay problemas de comparabilidad; por ejemplo, en el caso de Cuba el Cuadro 13 presenta la cobertura legal porque no existen estadísticas de cobertura. Los países donde hay sólo un instituto gestor, y éste es el ministerio de salud (como en Nicaragua), proveen cifras totales de cobertura; otros, aun con sistemas altamente integrados, reportan la cobertura del instituto gestor principal pero no la del ministerio de salud y, a veces, tampoco la de atención de indigentes por dicho instituto.

A pesar de las deficiencias, el Cuadro 2 presenta las cifras disponibles de cobertura más confiables. En base a las cifras más recientes para la cobertura en pensiones y salud de la PEA, los países se ordenan como sigue: 80% al 100% en Cuba, Barbados, Jamaica, Brasil y Bahamas; de 60% al 79% en Chile, Uruguay, Costa Rica (estos tres tendrían una cobertura más alta si se incluyeran las pensiones asistenciales) y Panamá; 40% al 59% en Venezuela y México; 20% al 39% en Perú,

Nicaragua, Colombia, Guatemala y Ecuador; y 1% al 19% en Bolivia, Paraguay, Honduras, El Salvador y la Rep. Dominicana. El ordenamiento de los países con respecto a la cobertura de la población total es como sigue: 80% al 100% en Brasil y Costa Rica (no hay cifras para Bahamas, Barbados, Cuba y Jamaica pero posiblemente se colocan en este grupo); 60% al 79% en Argentina, Uruguay, Chile (con asistencia a indigentes y mutuales la cobertura de estos tres países sería más alta); 40% al 59% en México, Panamá y Venezuela; 20% al 39% en Nicaragua y Bolivia; y 1% al 19% en Perú, Paraguay, Colombia, Guatemala, Honduras, El Salvador y la República Dominicana. Como se había observado antes, la cobertura es más alta en los países más desarrollados que tienen también los programas más antiguos (con excepción de los países caribeños).

El Cuadro 2 muestra caídas en la cobertura en 1985-1988 en Argentina (total), Bolivia (el máximo de cobertura ocurrió en 1983 con 26.2%), Chile (caída a principios de la década y recuperación después), Guatemala (total y PEA), Honduras (PEA), México (PEA), y Uruguay (total y PEA). Estas caídas se deben probablemente a la crisis económica que ha resultado en incrementos del desempleo y subempleo, aunque en algunos casos pueden ser resultado de cambios en las estimaciones.

La estimación de la cobertura global de ALC da el 61.2% para la población total y la PEA. No hay duda que en este aspecto la región está a la cabeza de los países en desarrollo y que un grupo de países ha alcanzado niveles similares a los países desarrollados; así en los países de nivel alto, unos pocos del grupo intermedio, y en los caribeños del grupo bajo, la cobertura se ha extendido con rapidez y, si se toma en cuenta la protección de indigentes en salud y en pensiones, llega casi a ser universal. Pero en la mayoría de los países la cobertura del seguro social es muy baja y su extensión se obstaculiza por barreras estructurales. Un análisis más minucioso del Cuadro 2 muestra que en la cobertura global de la región influye fuertemente la altísima cobertura del Brasil, país que concentra más de la mitad de todos los asegurados; puesto que las cifras de Brasil requieren mayor precisión es probable que la cobertura global de América Latina está sobrestimada. Cuando se excluye Brasil el porcentaje de cobertura cae a menos del 43% de la población total y de la PEA; más aún, en la mitad de dichos países la cobertura es inferior al 25%.

## 2. Desigualdades en la Cobertura

Al problema de la baja cobertura global debe añadirse, en la mayoría de los países, el de la desigualdad en el grado de cobertura entre grupos ocupacionales, ramas económicas y unidades geográficas. La cobertura tiende a estar correlacionada positivamente con el ingreso, la calificación laboral y el poder de los grupos de presión.

### a) Grupos ocupacionales

Investigaciones realizadas en siete países (Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Perú y Uruguay) demuestran que la aparición histórica de la cobertura de distintos grupos ocupacionales respondió en gran medida al poder de dichos grupos, con una brecha de casi 200 años entre los primeros y los últimos grupos cubiertos en pensiones: los militares y empleados públicos comienzan a ser cubiertos desde principios de 1800 hasta principios de 1900; los maestros desde 1880 a 1930; la policía desde 1890 hasta la década de 1940; la "aristocracia laboral" (servicios públicos, banca, marina mercante) desde 1910 hasta la década de 1940; el grueso de la fuerza laboral urbana (empleados y obreros) desde 1920 hasta la década de 1940; los trabajadores agrícolas de 1930 a la década de 1950; los servidores domésticos desde 1930 a la década de 1970; y los trabajadores por

Cuadro 2

COBERTURA ESTADISTICA DE LA POBLACION TOTAL Y ECONOMICAMENTE  
ACTIVA POR EL SEGURO SOCIAL EN ALC: 1960, 1970, 1980 Y 1985-88  
(en porcentajes)

Países	Población económicamente activa				Población total	
	1960	1970	1980	1985-88	1980	1985-88
Argentina	55.2	68.0	69.1	79.1 f/	78.9	74.3 f/
Bahamas	n.d.	n.d.	85.3	85.9	n.d.	n.d.
Barbados	n.d.	75.3	79.8	96.9	n.d.	n.d.
Bolivia	8.8 b/	9.0	18.5	16.9	25.4	21.4
Brasil	23.1	27.0	87.0	n.d.	96.3	n.d.
Colombia	8.0	22.2	30.4	30.2	15.2	16.0
Costa Rica	25.3	38.4	68.3	68.7	81.5 h/	84.6 h/
Chile	70.8	75.6	61.2	79.2	67.3	n.d.
Cuba	62.6 a/	88.7 i/	93.0 j/	n.d.	n.d.	n.d.
Ecuador	11.0	14.8	21.3	25.8	9.2	12.9 e/
El Salvador	4.4	8.4	11.6	n.d.	6.2	n.d.
Guatemala	20.6	27.0	33.1	27.0	14.2	13.0
Honduras	3.7	4.2	14.4	12.8 f/	7.3	10.3 f/
Jamaica	n.d.	58.8	80.9	93.2	n.d.	n.d.
México	15.6	28.1	42.0	40.2	53.4	59.7 e/
Nicaragua	5.9	14.8	18.9	31.5	9.1	37.5
Panamá	20.6	33.4	52.3	59.8	49.9	57.4
Paraguay	8.0	10.7	14.0	n.d.	18.2	n.d.
Perú	24.8 b/	35.6 c/	37.4	39.1	16.6	18.6
R. Dominicana	n.d.	8.9	n.d.	11.3	n.d.	5.9
Uruguay	109.0 g/	95.4	81.2	73.0	68.5	67.0 e/
Venezuela	11.9	24.4	49.8	54.3	45.2	49.9 e/
América Latina	n.d.	n.d.	61.2	n.d.	61.2	n.d.
Excl. Brasil	n.d.	n.d.	42.7	n.d.	42.7	n.d.

a/ 1958. b/ 1961. c/ 1969. d/ 1981. e/ 1983. f/ 1984. g/ Más de 100% debido a cobertura múltiple. h/ Incluye cobertura de "indigentes" (asistencial o no contributiva). i/ Estimado, basado en la cobertura legal y censos de población.

Fuente: Carmelo Mesa Lago, (1990), *op.cit.*

cuenta propia desde 1930 a la década de 1970. Se debe tener en cuenta que en estos siete países, todos los grupos están cubiertos, aunque subsisten diferencias notables en el grado de su cobertura, a pesar de los procesos de universalidad, unificación y uniformidad que han tenido lugar en la mayoría de ellos. Las diferencias mencionadas son mucho más notables en los países con baja cobertura, por cuanto la mayoría de la población está excluida del sistema de seguro social.

b) Ramas económicas

Información de seis países (Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, México y Perú) sobre el grado de cobertura de la PEA en 1979-1984, por ramas económicas, indica que la más alta se registra en electricidad, gas y agua (64% a 100%), manufactura (40% a 90%) y transporte y comunicaciones (32% a 71% excepto Ecuador) mientras que la más baja se encuentra en la agricultura: 4% a 59% con los porcentajes mayores en Costa Rica y Chile, países que se aproximan a la universalidad. Información reciente (1986) de Bolivia muestra que el 78% de la minería y el 108.5% del petróleo están cubiertos o sobrecubiertos mientras que sólo el 0.2% de la agricultura está protegida por el seguro social.

c) Unidades Geográficas

Por último, información de diez países (Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, México, Panamá, Perú y Uruguay) sobre diferencias en el grado de cobertura geográfica en 1979-1986, prueban que los estados o provincias o departamentos más desarrollados (industrializados, sindicalizados, urbanos, con mayor porcentaje de asalariados e ingreso per cápita más altos) tienen una cobertura notablemente mayor que los estados o provincias o departamentos menos desarrollados (agrícolas, poco sindicalizados, rurales, con mayor porcentaje de trabajadores independientes e ingresos per capita más bajos). El rango extremo de cobertura geográfica fluctúa entre 6% y 100% en Argentina, 11% y 33% en Bolivia, 3% y 20% en Ecuador, 17% y 100% en México, 11% y 75% en Panamá, 3% y 27% en Perú, y 17% y 69% en Uruguay. (Véase Cuadro 3). Con dos excepciones, la provincia, estado o departamento donde está situada la ciudad capital es el que tiene la cobertura más alta.

La desigualdad en la cobertura, vinculada directamente a la heterogeneidad de la estructura productiva, pone de manifiesto que el modelo bismarckiano de seguro social obligatorio no ha podido funcionar adecuadamente en la mayoría de los países de América Latina, a pesar de las modificaciones introducidas en el modelo original. Ello se debe a que en los países desarrollados de Europa la mayor parte de la fuerza laboral estaba compuesta de trabajadores asalariados urbanos, mientras que en buen número de países de ALC el grueso de la fuerza laboral está compuesta por trabajadores agrícolas, independientes, y familiares sin remuneración. El modelo bismarckiano financia la seguridad social con contribuciones del trabajador y del empleador, basadas en el salario del primero, pero en muchos países el trabajador por cuenta propia no puede aportar la contribución del empleador; y el trabajador agrícola tiene bajo ingreso, está disperso y a menudo es migrante y cambia de empleador con frecuencia.

El primer segmento del Cuadro 4 muestra que, en los países más desarrollados de la región, los asalariados constituyen del 63% al 94% de la fuerza laboral (Argentina, Barbados, Brasil, Costa Rica, Cuba, Chile, Panamá, Trinidad-Tobago, Uruguay y Venezuela) y menos de un tercio de la fuerza laboral trabaja por cuenta propia o sin paga para un familiar. Esto explica porqué el seguro social bismarckiano ha podido funcionar y extender la cobertura en estos países. En cambio, en los

países menos desarrollados (como Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Paraguay, Perú) del 48% al 70% de la fuerza laboral realiza trabajos por cuenta propia o sin paga para un familiar (y una proporción similar se desempeña en la agricultura). Estos países son precisamente los que tienen la cobertura más baja del seguro social y resulta obvio que con el modelo bismarckiano la extensión de la cobertura es muy difícil en ellos, más allá de la fuerza laboral asalariada.

Otra forma de aproximarse al problema de la cobertura es examinar el tamaño del sector formal. El segundo segmento del Cuadro 16 presenta la distribución de la fuerza laboral por sectores formal, informal, moderno y tradicional.

Cuando se compara el porcentaje de la PEA en el sector urbano-formal con el porcentaje de la PEA cubierto por el seguro social, se aprecia en la mayoría de los países una correspondencia muy marcada entre ambos. Unos pocos países han sido capaces de extender la cobertura algo más allá del sector urbano-formal, ya sea porque tienen un sector rural relativamente moderno y sindicalizado (como Costa Rica y Chile) o porque, teniendo un sector rural-tradicional importante, han creado métodos nuevos de financiamiento para que el sector urbano sostenga al menos parcialmente la extensión de la cobertura al campo (Brasil) o el Estado y el seguro social financien dicha cobertura (México). En Colombia y Venezuela la cobertura de seguro social es substancialmente inferior al sector urbano-formal, indicando que estos países -especialmente el segundo que tiene recursos relativamente abundantes- pueden hacer un mayor esfuerzo para extender la cobertura, aun dentro de los límites estrechos del modelo bismarckiano. En sólo dos países (Brasil y Uruguay) la cobertura sobrepasa la suma de los sectores urbano-formal y rural-moderno, lo que indica los impedimentos para extender la cobertura a los sectores urbano-informal y rural-tradicional. En éstos encontramos a trabajadores por cuenta propia y sin paga para un familiar, los que son típicamente subempleados y tienen bajo ingreso, por lo que difícilmente pueden autofinanciar su cobertura.

La población que se encuentra por debajo de la línea de la pobreza en América Latina tampoco está normalmente protegida por el seguro social. (Excepciones son los países que otorgan atención a los indigentes a través del seguro/seguridad social, como Costa Rica, Cuba, Chile y varios del Caribe no latino.) Los pobres son desempleados o subempleados, o trabajadores estacionales, temporales o familiares (sin remuneración) y, por lo tanto, no están empleados en el sector formal de manera permanente y a tiempo completo. También pueden estar empleados en ocupaciones que, o no están cubiertas o su grado de cobertura es muy bajo en la mayoría de los países, como la agricultura, el servicio doméstico y el trabajo por cuenta propia. El análisis anterior sobre las características de los asegurados (ingreso, ocupación, situación geográfica) nos permite concluir que los pobres no están cubiertos por el seguro social y sólo tienen acceso legal a la salud pública y a la asistencia social, pero estos servicios son normalmente insuficientes y tienen financiamiento escaso. Los países de ALC que tienen el grado de cobertura más alto del seguro social son también los que tienen la menor proporción de pobres, pero en varios de ellos el porcentaje de la población no cubierta es mayor que el porcentaje de la población bajo la línea de pobreza.

La mayoría de los estudios de desigualdad de la cobertura se han conducido en países pioneros o del grupo intermedio pero prácticamente ninguno en los países menos desarrollados del grupo bajo donde tales desigualdades deben ser más marcadas. Más aún, los estudios realizados fueron hechos en su mayoría antes de la crisis de la década de 1980 y se ignora el impacto de la misma en las referidas desigualdades. Por último, el único estudio disponible sobre la cobertura de los grupos más necesitados se basó en cifras hasta 1980 y en los años posteriores debe haber ocurrido un incremento de la pobreza crítica.

Cuadro 3  
 DESIGUALDADES GEOGRAFICAS EN LA COBERTURA ESTADISTICA Y SERVICIOS  
 DE SALUD EN PAISES LATINOAMERICANOS SELECCIONADOS: ENTRE  
 1979 Y 1986

Países	Cobertura Pob. total %	Médicos por 10.000 hab.	Camas hosp. por 1.000 hab.
<b>ARGENTINA (1980)</b>			
Capital Federal	123.9 a/	46.8	8.4
Formosa	6.0 a/	8.1	4.3
<b>BOLIVIA (1986)</b>			
Oruro	32.8	n.d.	0.9
Pando	10.7	n.d.	0.2
<b>COLOMBIA (1984)</b>			
Atlántico	24.7	n.d.	n.d.
Chocó	2.7	n.d.	n.d.
<b>COSTA RICA (1979)</b>			
San José	33.9 b/	12.4	5.7
Guanacaste	15.2 b/	1.9	1.1
<b>CUBA (1982)</b>			
La Habana	n.d.	41.2	11.2
Granna	n.d.	7.2	4.1
<b>CHILE (1980)</b>			
Magallanes	95.0 c/	5.3	4.8
La Araucanía	39.3 c/	2.1	3.2
<b>ECUADOR (1979)</b>			
Pichincha	19.8	14.4	2.8
Morona	2.6	4.0	1.6
<b>MEXICO (1980)</b>			
Distrito Federal	100.4	21.1 d/	3.3 d/
Oaxaca	17.2	2.4 d/	0.4 d/
<b>PANAMA (1984)</b>			
Panamá	75.2	10.7	5.2
Darién	10.8	4.0	2.7
<b>PERU (1981)</b>			
Lima	26.7	19.0	3.0
Apurímac	2.5	0.3	0.6
<b>URUGUAY (1984)</b>			
Montevideo	68.7 d/	35.4	3.8
Rivera	17.0 d/	6.5	1.8

a/ 1960. b/ Excluye a los dependientes. c/ PEA. d/ 1970. e/ Afiliados a instituciones colectivas, 1986.  
 Fuente: Carmelo Mesa Lago, (1990), *op.cit.*

Cuadro 4  
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA FUERZA LABORAL EN ALC  
ENTRE 1980 Y 1983

	Por categoría ocup.a/			Por sector			
	Asala- riados	Cta. propia	Fam. s/paga	Urbano		Rural	
				Formal	Inform.	Moderno	Tradi- cional
Argentina	71.2	25.1	3.2	65.0	19.4	8.8	6.3
Barbados	78.2	9.8	0.8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Bolivia	38.2	48.9	9.2	17.9	23.2	5.2	50.9
Brasil	65.3	27.0	5.1	45.2	16.9	9.8	27.6
Colombia	53.5	42.5	42.5	42.6	22.3	15.8	18.7
Costa Rica	75.2	19.6	3.9	52.9	12.4	19.6	14.8
Cuba	94.1	5.7	0.2	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Chile	66.7	25.3	3.6	54.1	20.1	14.0	8.8
Ecuador	47.6	37.3	5.8	22.7	25.4	13.7	37.9
El Salvador	59.2	28.2	10.9	28.6	18.9	22.3	30.1
Guatemala	46.9	42.2	6.7	26.7	17.8	22.3	33.1
Haití	16.6	59.4	10.4	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Honduras	45.4	33.3	14.6	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
México	b/	b/	b/	39.5	22.0	19.2	18.4
Panamá	63.3	23.2	3.6	45.3	20.9	9.1	24.6
Paraguay	36.7	41.2	11.6	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Rep. Dominicana	51.3	36.5	3.3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Trinidad y Tobago	80.1	14.6	3.5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Uruguay	69.4	23.8	2.0	63.3	19.0	9.5	8.0
Venezuela	64.1	26.5	3.1	62.6	16.4	4.4	15.1

a/ Excluye un pequeño porcentaje de trabajadores no clasificados. Los años no corresponden a 1980-1983 en: Bolivia (1976); Honduras (1977); y Uruguay (1975). No hay cifras disponibles para Bahamas y Jamaica.

b/ Los resultados del censo de 1980 no son confiables y dan un porcentaje muy alto (22%) de no clasificados.

Fuente: Carmelo Mesa Lago, (1990), *op.cit.*

De todos modos, en varios países de ALC se han registrado avances en la extensión de cobertura del seguro/seguridad social al sector rural. En los países del Caribe no latino, Cuba y Nicaragua, existen sistemas nacionales de salud que deben cubrir a este sector, mientras que en Costa Rica y Chile programas asistenciales de pensiones y salud también protegen a este sector, y en Cuba y Uruguay existen programas de pensiones asistenciales. En tres países latinoamericanos (México, Brasil y Ecuador) se ha intentado extender la cobertura a campesinos mediante mecanismos innovativos. (Véase Recuadro 2).

### 3. El Costo de Universalizar la Cobertura

El costo de extender la cobertura del seguro social a toda la población de ALC con el actual modelo bismarckiano no sería económicamente viable en muchos países aún si estos fueran capaces de romper la barrera que impone la heterogeneidad de la estructura productiva. El Cuadro 5 muestra como se incrementarían los gastos del seguro social, excluyendo la asistencia social, como porcentaje del PIB, en 22 países de ALC, en caso que se cubriera a toda la población con el costo per cápita actual.

Los estimados en la última columna del Cuadro 5 se obtuvieron extrapolando la cobertura poblacional al 100% asumiendo que los gastos se incrementarían proporcionalmente con la cobertura.

Seis países podrían alcanzar la universalidad con un porcentaje relativamente bajo del PIB: Jamaica (0.5%), Bahamas (0.8%), Barbados (1.2%), Venezuela (2.9%), México y Brasil (5.4%). Los tres países del Caribe no latino tienen los porcentajes extrapolados más bajos debido a que excluyen los gastos del sistema nacional de salud y por la novedad de sus programas de pensiones; si se hubieran incluido sus gastos de salud (para hacerlos más comparables con los gastos de los países de América Latina, todos los cuales tienen programas de seguro social de enfermedad-maternidad), los porcentajes extrapolados de los tres países caribeños estarían al nivel del de Brasil. Por otra parte, México y Venezuela tienen porcentajes extrapolados bajos en parte debido a que su alto PIB, producto del auge del petróleo a fines de la década de 1970, reduce el costo relativo de la cobertura; en el caso de Venezuela, otro factor que reduce el gasto es la novedad de su programa de pensiones. Finalmente, México y Brasil han extendido significativamente la cobertura del sector rural con programas de relativo bajo costo y esto explica el pequeño porcentaje extrapolado de estos dos países.

Países con porcentajes extrapolados más altos que los anteriores son: Paraguay (6.6%, pero hay serias dudas sobre la calidad de las cifras en este país); Cuba (8.6%) y Costa Rica (9.2%); estos dos últimos prácticamente ya cubren a toda la población. Otro grupo de países que ya se aproximan a la cobertura universal pero con porcentajes extrapolados aún más altos son: Uruguay (11.8%), Argentina (15.1%) y Chile (16.3%). Pero estos tres países, al igual que Costa Rica, ya tienen programas de seguro social (o salud pública) que protegen a los desposeídos, por lo que la extrapolación exagera el costo de la universalización.

En algunos de los países menos desarrollados de América Latina, el porcentaje extrapolado sería intolerable económicamente: Ecuador (39.4%), Nicaragua (25.3%), El Salvador (21%), Colombia (18.4%) y Perú (15.7%). La universalización de la cobertura en estos países no puede ser lograda con los actuales niveles de prestaciones y gastos administrativos pues la carga financiera sería insoportable, como ha ocurrido en la mayoría de los países del grupo alto.

Recuadro 2

## LA EXTENSIÓN DE LA COBERTURA A LOS SECTORES CAMPESINOS

En México, el IMSS comenzó a extender su cobertura a áreas rurales en 1954 pero el primer impulso notable ocurrió en 1973 con la creación del programa de Solidaridad Social financiado en un 60% por el Gobierno Federal y en un 40% por el IMSS. En 1976 se estableció el programa COPLAMAR y, en 1979, éste firmó un convenio con IMSS para extender la cobertura de atención primaria de salud a zonas marginales rurales. En 1985, 3,246 clínicas rurales y 65 hospitales habían sido construídos por IMSS-COPLAMAR. El máximo de cobertura de IMSS-COPLAMAR se alcanzó en 1985 con una población estimada cubierta en 13.7 millones u 85% de la población meta, pero en 1986 sólo quedaban 9.8 millones cubiertos por IMSS-COPLAMAR y el resto por los estados debido a un proceso de descentralización. Los cubiertos reciben los siguientes servicios: atención materno-infantil, medicina, identificación y control de enfermedades crónicas, planificación familiar, prevención y educación de la salud. Estos servicios se prestan, a primer nivel, por clínicas y, a segundo nivel, por hospitales (ambas instalaciones de IMSS-COPLAMAR); a tercer nivel se usan los hospitales de la Secretaría de Salud (esta población no tiene acceso a los hospitales a tercer nivel del IMSS). El programa cuenta con "pasantes" (médicos recién graduados que prestan un año de servicio) y asistentes que son mujeres jóvenes, bilingües, extraídas de la comunidad. En 1986 el presupuesto del programa se financió en un 90.6% por el Gobierno Federal y un 9.4% por IMSS pero éste además aportaba costos indirectos de administración estimados como la mitad de los costos reales totales. Los asegurados no tienen que pagar contribución monetaria pero sí trabajo colectivo en construcción de instalaciones, prevención, sanidad, etc. El costo per cápita de los servicios de IMSS-COPLAMAR fue de menos de la mitad del de los servicios de la Secretaría de Salud que a su vez, son muy inferiores a los del IMSS.

En Brasil el sistema de seguridad social (SINPAS) extendió la cobertura al área rural en la década de 1970 a través de dos programas: uno de seguro social (FUNRURAL) y otro del ministerio de salud de los estados (PIASS). FUNRURAL comenzó en 1971, de manera independiente, otorgando pensiones y atención de salud asistencial a la población rural y pueblos menores de 20,000

habitantes; la red de instalaciones (a través de convenios con sindicatos, estados, municipios y entidades privadas) comprende puestos y centros de salud, policlínicos y hospitales; en 1977 FUNRURAL pasó a ser parte del sistema de seguro social. El programa se financia con tres impuestos: i) 2.5% sobre la producción rural recaudado por el productor y pagado por el comprador (35% del total del ingreso en 1980); ii) 2.4% sobre la nómina salarial de empresas urbanas (63% del ingreso); y iii) 0.036% que pagan los empleadores rurales basados en la producción y el valor de la propiedad agrícola no cultivada (2% del ingreso).

Desde 1978 el programa ha arrojado un déficit que ascendió al 11% del ingreso en 1981, resultado de la evasión (estimada entre un tercio y una mitad de la recaudación potencial de los distintos impuestos). En 1982 se creó FINSOCIAL con una contribución del 0.5% del ingreso de todas las empresas del país para ayudar al financiamiento del programa.

En Ecuador, el Seguro Social Campesino (SSC) parte del seguro social (IESS), comenzó en 1968 y se impulsó en 1973 y 1981. Cubre a campesinos organizados en cooperativas y asociaciones agrarias; en 1983 la cobertura era de 2.4% de la población total y 9% de la población campesina. El enfoque es de atención primaria a bajo costo y los servicios se basan en un puesto rural erigido en terreno de la comunidad, con una estructura básica proporcionada por el IESS y trabajo comunitario. Un médico itinerante ofrece atención médica, de maternidad y dental, mientras que el personal auxiliar brinda atención prenatal, educación de la salud e inmunización. Los pacientes que no puedan ser atendidos en el puesto rural deben ser trasladados a instalaciones superiores del IESS. El programa se financia con una contribución del 1% del salario mínimo que paga el campesino participante (en 1985 el salario mínimo se dobló resultando en una contribución muy onerosa para el campesino).

Dada la importancia de estos programas, hay necesidad de efectuar una investigación comparativa de los mismos, así como de otros existentes en ALC, como los que otorgan cobertura al sector rural mediante programas asistenciales de pensiones y salud, a fin de determinar su costo, efectividad y vías de mejoramiento.

Según la información disponible, sólo se han efectuado cálculos detallados sobre el costo de la universalización de la cobertura poblacional del Perú. A fines de 1988 un equipo de expertos calculó el costo de extender la cobertura de salud a varios grupos no protegidos (vr. gr., sector informal, campesinos), basado en dos niveles de atención: primaria e integral (ambos con costos unitarios del IPSS). Los resultados muestran que el costo de alcanzar la universalidad con el nivel integral sería el doble de los costos de cobertura de la actual población asegurada, mientras que con el nivel primario sería aproximadamente igual. Aún la segunda alternativa sería imposible de implantar sin un subsidio estatal muy alto, pues la población no cubierta tiene un ingreso mucho más bajo que la cubierta y es mucho más difícil de identificar, afiliar y controlar su pago. Por otra parte, el estudio citado también estimó que, con los gastos per capita de un programa más frugal del ministerio de salud, sería posible alcanzar la universalización con una fracción del costo de la cobertura primaria bajo el IPSS.

En resumen, uno de los problemas más serios del seguro social en la mayoría de los países de ALC, es cómo expandir la cobertura poblacional y reducir sus desigualdades a pesar de los obstáculos estructurales, económicos y políticos que dichas tareas enfrentan, particularmente durante la crisis actual. El estudio sobre Perú confirma que el modelo actual no es apropiado para esa tarea y que es necesario recurrir a modelos alternativos que sean viables financieramente. De ahí la importancia de evaluar los pocos modelos en operación (en Brasil, México, Ecuador, el Caribe no latino, etc.).

A los efectos de mejorar y hacer más equitativa la cobertura poblacional es necesario, por un lado, extender la cobertura, con la meta de alcanzar la universalidad, usando modelos no convencionales de financiamiento y prestaciones, con el fin de incorporar a los sectores rural e informal, en aquellos países en que existen barreras estructurales a la extensión; y por otro lado, reducir las desigualdades de cobertura, no justificables, entre grupos ocupacionales, ramas económicas y unidades geográficas.

### III. EL DEFICIT DE LOS SISTEMAS DE SEGURO/SEGURIDAD SOCIAL Y LOS PROBLEMAS DEL FINANCIAMIENTO

La mayoría de los Sistemas de Seguro/Seguridad Social en ALC enfrenta desequilibrios actuariales, al tiempo que existen desequilibrios financieros o contables al menos en la mitad de ellos, especialmente en la última década.

El Cuadro 6 muestra el superávit o déficit contable anual de la seguridad social, como porcentaje del PIB en 21 países de ALC, en 1970-1983. En el referido cálculo se ha excluido la contribución o aporte del Estado como tal, ya que el mismo implica un subsidio o transferencia. En 1970 y 1975 aproximadamente la mitad de los países arrojaban un déficit; la situación mejoró en 1981-1982 en que más de dos tercios de los países generaron superavit; pero en 1983 se produjo un deterioro notable pues 43% de los países sufrieron un déficit.

Los países del grupo alto son los que sufrían el déficit contable mayor en 1983: Cuba -6.4%, Chile -5.7%, Uruguay -4.3%, Argentina -2.3% y Brasil -0.4% (-1.8% en 1989) más aún, ese déficit ha sido persistente a través del período.

En los países del grupo intermedio, cuatro generaron superavit en 1983, fluctuando entre 0.1% y 2.5% del PIB; el país con superavit más alto fue Panamá (2.4%), en el resto osciló entre 0.1%

Cuadro 5

GASTOS DEL SEGURO SOCIAL COMO PORCENTAJE DEL PIB EN 1980 Y  
EXTRAPOLADOS EN BASE A LA COBERTURA UNIVERSAL EN ALC

	Gastos de seguro social como % del PIB (1980 a/)	% de la pob. total cubierta (1980)	Extrapolación del % del gasto de S.S. sobre PIB con 100% de cobertura
Argentina	11.9	78.9	15.1
Bahamas	0.7	85.3 b/	0.8
Barbados	1.0	79.8 b/	1.2
Bolivia	2.9	25.4	11.4
Brasil	5.2	96.3	5.4
Colombia	2.8	15.2	18.4
Costa Rica	7.5	81.5	9.2
Cuba	8.6	100.0 c/	8.6
Chile	11.0	67.3	16.3
Ecuador	3.7	9.4	39.4
El Salvador	1.3	6.2	21.0
Guatemala	1.6	14.2	11.3
Honduras	0.9	7.3	12.3
Jamaica	0.4	80.9 b/	0.5
México	2.9	53.4	5.4
Nicaragua	2.3	9.1	25.3
Panamá	6.1	49.9	12.2
Paraguay	1.2	18.2	6.6
Perú	2.6	16.6	15.7
Rep. Dominicana	0.7	5.9 d/	11.9
Uruguay	8.1	68.5	11.8
Venezuela	1.3	45.2	2.9

a/ La mayoría de las cifras ha sido calculadas por el autor y se refiere a la cobertura del seguro social, por lo que difieren de las cifras sobre cobertura de seguridad social en otros cuadros.

b/ PEA cubierta por prestaciones monetarias; la población total está legalmente cubierta en salud por el Ministerio de Salud.

c/ Cobertura legal.

d/ 1985.

Fuente: Carmelo Mesa Lago, (1990), *op.cit.*

y 1.3%. Dos países tuvieron déficit: Colombia -0.1% y Perú -0.2%. Pero información desagregada y más reciente nos da un panorama más negativo: (i) prácticamente en todos estos países el programa de enfermedad-maternidad adolece de déficit persistente que es financiado con transferencias del programa de pensiones; (ii) en los países que hay instituciones o programas especiales del sector público estos son deficitarios y son subsidiados bien por el Estado o el instituto general; (iii) al menos dos países confrontan una crisis de liquidez y varios tienen un déficit actuarial o no han conducido un balance actuarial por un período largo.

En cuanto a los países del grupo bajo, de acuerdo con información del Cuadro, en 1983, todos (menos Trinidad y Tobago) generaron un superavit, que fluctuó entre 0.2% y 2.5%. Los mayores excedentes fueron los de dos países del Caribe no latino: Barbados 2.5% y Bahamas 1.4%. No se disponía de información sobre el equilibrio financiero-actuarial de los países latinoamericanos en este grupo pero sí de tres países del Caribe no latino: Bahamas, Barbados y Jamaica. Esta información confirma que estos países están en mejor situación que el resto de los países de América Latina sobre los que tenemos información, en parte porque no tienen programas de enfermedad-maternidad y sus programas de pensiones son recientes (se proyecta su equilibrio para un período que fluctúa entre 1994 y 2002); pero los balances actuariales están basados en premisas algo optimistas.

Las causas que explican la situación financiera de los sistemas de seguridad social pueden ordenarse según afecten a los ingresos o a los gastos de los mismos. En este capítulo se considerarán aquellas vinculadas a los ingresos, mientras que las relacionadas con el gasto se tratarán en el relativo a las prestaciones. Entre las causas vinculadas a los ingresos se examinarán los regímenes de financiamiento, la carga de la seguridad social, la evasión y la mora, la deuda del Estado y la eficiencia de la inversión.

### 1. La carga de la Seguridad Social

El financiamiento del seguro social en ALC se hace principalmente por contribuciones sobre la nómina salarial. Usualmente, la ley (en algunos países regulaciones del instituto gestor) determina los porcentajes que deben ser pagados por el asegurado y el empleador y, en algunos casos por el Estado (como tal, además de su contribución como empleador). El Estado también aporta mediante impuestos específicos o cubriendo parte o todo el déficit del sistema o concediendo otros subsidios. En la minoría de países donde el trabajador por cuenta propia es cubierto, éste debe pagar un porcentaje (sobre su ingreso o un mínimo fijo) equivalente a la suma de los porcentajes asignados a los asegurados asalariados más sus empleadores. El Cuadro 7 presenta los diversos porcentajes de contribución. En un buen número de países los pensionados también contribuyen con un porcentaje de su pensión. Otra fuente de financiamiento es la renta de la inversión de los fondos de reserva, mayormente del programa de pensiones.

En general, a más antigüedad del sistema de seguro/seguridad social en ALC, mayor el porcentaje de contribución sobre la nómina salarial y vice-versa. Así en 1987-1988, en los países del grupo alto, dicho porcentaje fluctúa de 25% a 57%; la única excepción es Cuba donde el empleador (lo que es decir el Estado) paga el 10%, pero el Estado financia directamente alrededor de la mitad del costo. Estos porcentajes son similares a los de los países europeos y Japón. En los países del grupo intermedio, el porcentaje total fluctúa del 18% al 28%; en este grupo, Paraguay tiene el porcentaje más elevado, al nivel del grupo alto. Estos porcentajes son más altos que los de los Estados Unidos y Canadá; el porcentaje de Paraguay es parecido al del Reino Unido. En los países latinoamericanos del grupo bajo, el porcentaje total oscila entre 12% y 18% (porcentajes parecidos

Cuadro 6

SUPERAVIT O DEFICIT DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL COMO PORCENTAJE  
DEL PIB EN ALC: 1970-1983 a/

	1970	1975	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Argentina	n.d.	0.7	0.3	-0.0	-0.4	-3.0	-2.2	-2.3
Bahamas	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.6	2.1	1.3	1.4
Barbados	-0.2 <u>b/</u>	-3.4	0.4	0.5	0.5	0.3	2.0	2.5
Bolivia	0.2 <u>c/</u>	0.3	0.0	0.2	-0.0	0.7	0.6	0.1
Brasil	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-0.3	-0.0	-0.4
Colombia	0.2	-0.0	-0.2	-0.1	-0.0	-0.2	-0.6	-0.2
Costa Rica	0.7	1.6	1.4	1.2	1.0	0.8	0.8	2.5
Cuba	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-6.2	-6.4	-6.4
Chile	-4.1 <u>b/</u>	-1.0	-1.7	-2.0	-2.0	-2.3	-7.7	-5.7
Ecuador	n.d.	0.6 <u>d/</u>	1.8	2.1	1.7	1.3	1.5	1.3
El Salvador	-0.0	-0.3	0.6	0.6	0.4	0.6	0.8	0.8
Guatemala	0.1	-0.0	0.4	0.5	0.4	0.4	0.3	0.3
Honduras	-1.2	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0.3	0.1	0.2
Jamaica	-0.7	-1.7	0.3	0.3	0.3	0.7	1.0	0.6
México	-0.4	-0.3 <u>d/</u>	n.d.	n.d.	0.4	0.4	0.5	0.1
Nicaragua	0.1	-0.0	0.0	0.5	0.9	0.7	0.6	0.8
Panamá	0.1 <u>c/</u>	1.2	1.0	1.7	1.9	2.7	3.1	2.4
Perú	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0.4	0.0	-0.1
T. y Tobago	0.8	0.4	0.3	n.d.	0.2	0.0	0.0	-0.5
Uruguay	n.d.	-1.2	-0.5	-0.3	-0.8	-3.7	-5.8	-4.3
Venezuela	-0.7	0.3	0.4	0.2	0.3	0.2	0.2	0.0

a/ Excluye la contribución del Estado como tal. b/ 1971. c/ 1972. d/ 1974.

Fuente: Carmelo Mesa Lago, (1990), op.cit.

a los de Estados Unidos y Canadá), y en los países del Caribe no latino entre 5% y 12%. Una comparación entre los porcentajes totales de contribución latinoamericanos en 1980 y en 1987-1988 demuestra que dicho porcentaje se ha incrementado en la mitad de los países, ha permanecido igual en seis y ha declinado en cuatro. Estos últimos incluyen a Chile que, después de la reforma de 1981, gradualmente eliminó la contribución del empleador (aunque el subsidio estatal se ha incrementado notablemente), y Bolivia que se aboca a un desequilibrio financiero debido al corte substancial de la contribución del empleador.

Los porcentajes del ingreso y egreso de seguro/seguridad social sobre el PIB en ALC son los más altos del Tercer Mundo. El Cuadro 8 muestra el porcentaje gasto/PIB en 30 países, basados fundamentalmente en cifras de la OIT. Una comparación entre 1965 (o el primer año disponible) y 1983 muestra que el porcentaje se incrementó en 17 países y bajó en 12, sin embargo, en cinco países el porcentaje alcanzó su punto más alto entre 1975 y 1982 y después bajó. Debe tenerse en cuenta que otros estimados resultan en porcentajes más altos que la serie de la OIT y que cambios en la metodología en dicha serie (vr. gr., en las cuentas nacionales antes y después de 1975, y en la exclusión de ciertos servicios de salud después de 1978) pudieran ser responsables de la caída en los porcentajes. Información adicional para cinco países entre 1984 a 1986, muestra incrementos en cuatro países y caída en uno: Colombia 7% en 1984; Costa Rica 9% en 1985; Chile 13.1% en 1986; Ecuador 4.3% en 1984 y Uruguay 11.2% en 1986. En resumen, el porcentaje gasto/PIB ha aumentado en la mayoría de los países, especialmente si se toma una perspectiva a largo plazo, aunque es necesario investigar este aspecto con más profundidad.

Los países del grupo alto, que tienen los programas más antiguos, el mayor porcentaje de cobertura poblacional y las prestaciones más generosas, son los que tienen los porcentajes gasto/PIB más altos en 1983 (Cuadro 8): Chile (14.3%), Uruguay (10.8%), Cuba (11.5%) y Argentina (7.3%). Los tres primeros tenían porcentajes similares a los de países industrializados como Japón (12%), Australia (12.4%), Estados Unidos y la URSS (13.8%), aunque inferiores a los porcentajes de casi todos los países de Europa Occidental. Los porcentajes ingreso/PIB de los países pioneros son igualmente altos: Chile (16.7%), Cuba (11.5%), Uruguay (8.8%), Argentina (7.5%). Por el contrario, los países tardíos latinoamericanos o del grupo bajo, que son los que tienen los programas más recientes, la cobertura poblacional más baja y, usualmente, los beneficios más restringidos, son los que muestran los porcentajes gasto/PIB más bajos (entre 1% y 2%). Las cifras de la OIT sobre los países del Caribe no latino, los coloca al nivel de los países latinoamericanos del grupo bajo (con la excepción de Barbados y Suriname) debido a la novedad de sus programas y a los beneficios magros en muchos de ellos.

Las oscilaciones en el porcentaje gasto/PIB de los países pioneros son usualmente resultado de ajustes de las pensiones (que toman el grueso de los gastos) al costo de vida o a regímenes de transición que han permitido retirarse a un número considerable de asegurados bajo condiciones generosas, como en Uruguay en 1980-1981, lo que provocó un record histórico de 15.4% en 1982. Las reducciones en 1980-1983, en el porcentaje de los países latinoamericanos del grupo bajo y algunos del grupo intermedio, se deben a reducciones del gasto en el programa de enfermedad, el cual toma el grueso de sus gastos.

No es posible decidir a priori cual es la carga financieramente tolerable, económicamente adecuada (en relación a asignaciones alternativas) y socialmente equitativa. Algunos países (Argentina, Chile, Costa Rica, Uruguay) soportan una carga más pesada que otros (México,

CONTRIBUCIONES AL SEGURO SOCIAL EN ALC. 1987-1988  
(en porcentajes del salario o ingreso)

Países	Asegurados				Empleado	%	Impues- CubreOtros tos déficit.	b/ Total	Contrib. Total	Ordena- miento
	Asalariado	Cta.Propia	Estado	g/ miento						
Argentina	14	18		33g/	7.8-10.6	I	54.8-57.6	17.5	1	
Bahamas	1.7-3.4	6.8-8.8		7.1-5.4		I	8.8	12.3	23	
Barbados	4.65-6.55	8		4.9-6.8		I	9.55-13.35	6-18	21	
Bolivia	5			15	1		21	14	10	
Brasil	8.5-10	19.2		18.2-20.7		I	26.7-30.7	17.5	4	
Colombia	4.5-6.17	15-20		14.5-17.8		I	19-24	12.3	9	
Costa Rica	9.0	12.25-19.5		23.66	0.75	I	33.41	6-18	3	
Cuba	0	10		10		I	10	17.5	22	
Chile	20.57-28.53f/	19.4-27.4		0.85		I	21.42-29.38f/	12.3	6	
Ecuador	9.35-11.35	14-16		9.85-8.85	0.50	I	19.2-20.2	17.5	11	
El Salvador	3.23-5.5	8.75		7.57-8.25		I	10.8-13.75	17.5	18	
Guatemala	4.5			10	3	I		17.5	13	
Guyana	4.8	10.5		7.2		I		12.3	19	
Haití	2-6			4-12		I		6-18	20	
Honduras	3.5			7	3.5			14	16	
Jamaica	2.5g/	5g/		2.5g/		I		5g/	25	
México	3.75	13.57		13.44	0.75			17.94	12	
Nicaragua	4			11	0.5	I		15.5	14	
Panamá	7.75-9.25	18-22		12.45-12.75	1.2	I	20.9-23.2	17.5	8	
Paraguay	9.5			16.5	1.5			27.5	5	
Perú	6	18		16				22	7	
R. Dominic.	2.5			9.5	2.5	I		14.5	15	
T. Y Tobago	2.8	5.6		5.6g/		I		8.4	24	
Uruguay	13-16			21-29		I	34-45		2	
Venezuela	4			7-9	1.5	I	12.5-14.5		17	

g/ Contribución del Estado como tal, no como empleador. b/ Cubre en distintos países: el costo de servicios de salud y/o pensiones asistenciales, parte del costo de los servicios de salud o pensiones, la diferencia en el costo de la pensión mínima garantizada, los gastos administrativos, parte del costo de extensión de la cobertura poblacional. c/ Excluye la contribución del asegurado por cuenta propia y la del Estado que no es un porcentaje salarial. Se incluye en varios países no solo el instituto gestor general sino, además, otras instituciones principales. d/ De mayor a menor; cuando hay un rango o dos cotizaciones se ha tomado la media para hacer el ordenamiento. e/ Excluye la prima de riesgos profesionales. f/ La suma más baja en el sistema nuevo y la más alta en el antiguo. g/ Contribución variable de acuerdo al salario; además hay una contribución de suma fija.

Fuente: Carmelo Mesa Lago, (1990), *op.cit.*

## Cuadro 8

GASTOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL COMO PORCENTAJE DEL PIB  
EN ALC: 1965-1983

Países	1965	1975	1980	1983
Antigua y Barbuda	n.d	n.d	0.9	1.0
Argentina	n.d	6.8	9.3	7.3
Bahamas	n.d	n.d	0.5	1.1
Barbados	n.d	4.9	2.2	3.7
Belice	n.d	n.d	1.1 <sub>c/</sub>	1.6
Bolivia	3.6 <sub>a/</sub>	3.1	2.9	2.1
Brasil	4.3	5.7	4.8	5.6
Colombia	1.1	3.1	2.8	2.2
Costa Rica	2.3	5.1	7.1	6.3
Cuba	8.3	9.7	11.7	11.5
Chile	12.1	11.0	10.7	14.3
Dominica	n.d	n.d	0.8	1.0
Ecuador	3.2	3.0	2.9	3.7
El Salvador	2.2	3.3	1.7	1.8
Grenada	n.d	n.d	1.7	2.0
Guatemala	2.0	2.0	1.2	1.0
Guyana	4.3	1.9	1.3	1.8
Honduras	1.0	n.d	0.8	0.9
Jamaica	2.7	3.2	1.4	1.7
México	2.6	3.1	2.7	2.8
Nicaragua	2.1	2.8	2.3	1.1
Panamá	6.0	7.5	5.9	7.7
Paraguay	n.d	n.d	1.2	n.d
Perú	2.5	3.1	2.2	2.1
Rep. Dominicana	2.7	2.4	0.7	n.d
Sta. Lucía	n.d	n.d	0.5	0.6
Suriname	n.d	1.7 <sub>b/</sub>	2.1	4.6
Trinidad y Tobago	2.8	2.4	0.7	2.4
Uruguay	9.6	10.7	7.6	10.8
Venezuela	3.1	3.9	1.3	1.5

a/ 1961. b/ 1978. c/ 1981.

Fuente: Carmelo Mesa Lago, (1990), *op. cit.*

Venezuela); parecería entonces razonable suponer que al menos estos últimos podrían aumentarla, pero dicha decisión debe ser tomada en el marco de una estrategia de conjunto.

### Recuadro 3

#### CONTRIBUYENTES Y BENEFICIARIOS DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL

En los países de América Latina el asegurado suele no financiar más de un tercio de los costos de su protección y esta situación es inequitativa en los países que tienen muy baja cobertura poblacional. (Véase cuadros 2 y 9). Por ejemplo, en Honduras la cobertura de la población en 1983 era de 10% y el asegurado contribuía con 26% del ingreso mientras que el empleador y el Estado conjuntamente aportaban 55%, lo que sugiere un efecto regresivo en la distribución del ingreso: el 90% de la población no asegurada (incluyendo el grupo de más bajo ingreso) podría financiar el grueso de las prestaciones de los asegurados vía transferencias de precios e impuestos. Aunque para corroborar este punto se hace necesario un análisis de la incidencia de las contribuciones de seguro social, el mismo cuestiona la presunción de que existe un "derecho" a las prestaciones porque el

asegurado "ha pagado" por ellas y que, por tanto, debe haber una correspondencia estrecha entre la contribución y la prestación. Más aún, en varios países todos los aportes al seguro/seguridad social son insuficientes para financiar los gastos del sistema requiriéndose subsidios estatales. La referida presunción ha justificado el trato discriminado entre los usuarios del seguro social y la asistencia social y ha aumentado la barrera contra la extensión de la cobertura poblacional en los países que tienen una fuerza laboral asalariada pequeña. Al cuestionarse esa presunción se abre la posibilidad de sustituir el financiamiento basado en la contribución salarial por otro tipo de impuesto que facilite la universalización de la cobertura y corrija otros posibles efectos económicos negativos de la contribución salarial sobre el empleo y/o la distribución.

## 2. Evasión y Mora Patronal

El empleador debe descontar del salario la contribución del asegurado y transferirla puntualmente, con la suya propia, al seguro social. Pero la evasión (no registro en el sistema) y mora (atraso en el pago) son problemas graves en ALC. A mediados de la década de 1980 se estimaban, de manera gruesa, las siguientes proporciones en diversos países: Argentina 23% de evasión; Bahamas 19% combinando evasión y mora (52% para ambas, entre cuentapropistas); Barbados 44% de mora (96% de evasión y mora entre cuentapropistas); Brasil 60% combinando evasión y mora; Chile 30% de mora; Jamaica 44% de mora (95% para ambas, entre cuentapropistas); Perú 33% evasión; y Uruguay 27% de evasión y se recibía un ingreso 48% inferior al debido. Las sumas adeudadas son substanciales, por ejemplo, en 1985, en Colombia (con un estimado oficial de sólo 8% al 12% de mora) la empresa privada debía al seguro social US \$135 millones. La inflación suele erosionar el valor real de dichas deudas; en 1985 la deuda en Perú equivalía a US \$46 millones pero se había reducido a US \$7 millones a fines de 1988.

Las causas de la alta evasión y mora son múltiples. El sistema de registro de empleadores y asegurados, así como el procesamiento de pagos, son muy deficientes en muchos países; el número de empresas pequeñas, difíciles de detectar y controlar, es muy grande; la escasez de inspectores calificados y los bajos salarios que se pagan a estos, incentivan arreglos fraudulentos con los deudores; si no existe una conexión estrecha entre contribución y prestación, se incrementa el incentivo de los asegurados para conspirar con el empleador a fin de evadir el pago; y las altísimas tasas de inflación

combinadas con una tasa de interés y multa bajas por la deuda son acicates para que los empleadores demoren el pago porque pueden lucrar depositando las contribuciones en bancos comerciales ganando un interés mucho más alto.

Algunas medidas para aliviar estos problemas son la computarización del registro, proceso de pago, cuenta individual y lista actualizada de deudores; la introducción de una identificación única, no sólo para el seguro social sino, además, para impuestos y votación electoral; la simplificación del papeleo para aliviar la carga de las pequeñas empresas; el reforzamiento del cuerpo de inspectores y abogados y el pago de salarios adecuados a los mismos (o de bonos por detección y procesamiento exitosos); el encarcelamiento de los deudores con adecuada publicidad para que sirva de escarmiento; y la fijación de tasas de interés y multa superiores a la inflación y al interés bancario.

### 3. La Deuda del Estado

En un número creciente de países en ALC, el Estado se ha convertido en el principal deudor del seguro social porque no paga su contribución como empleador o como tercera parte, y/o retiene el ingreso de impuestos destinados al seguro social, y/o no cumple con su obligación de reembolsar al seguro social los gastos de atención de salud de los indigentes, los empleados públicos o los militares.

En algunos países, el Estado ha firmado convenios con el seguro social para pagar la deuda. Pero tanto los adeudos como la tasa de interés no se han indexado a la inflación por lo que la amortización se hace con moneda devaluada y la tasa de interés real es negativa; como resultado, la deuda real se ha reducido dramáticamente. La crisis económica ha agravado la situación debido a las múltiples y urgentes demandas sobre el Estado, en especial, el servicio de la deuda externa, más la escalada en la inflación.

Una forma de intentar la reducción del valor real de la deuda estatal en Perú ha sido la concertación de convenios del gobierno con países extranjeros para la provisión de equipos hospitalarios o suministro de medicinas al seguro social; así se mantiene el valor real de la deuda y el gobierno se hace responsable del pago del convenio con el extranjero. En otros países el seguro social ha aceptado reducir las obligaciones legales futuras del Estado a cambio de un convenio adecuado de pago de las deudas atrasadas. Pero, en general, el Estado se ha mostrado remiso en renegociar los plazos e interés de convenios de pago pasados, para ajustarlos a la inflación.

### 4. Ineficiencia de la Inversión

Como muestra el Cuadro 9, en 1983 el porcentaje del ingreso del seguro social generado por el producto de la inversión en ALC promedió 15%, pero fue más bajo del 5% en ocho países y sobrepasó el 20% en siete. El promedio de ALC fue relativamente más alto que el de los países industrializados pero más bajo que el del resto de los países en desarrollo de Africa y Asia. Las razones de las diferencias entre regiones y países se deben a la madurez del programa de pensiones (que genera el grueso de las reservas), la tendencia de los programas más viejos a substituir el régimen de capitalización total o parcial por el de reparto lo cual reduce el tamaño de las reservas y su producto, y la eficiencia en la inversión de las reservas.

Los fondos de pensiones en países bajos de ALC usan regímenes de capitalización parcial, generan un porcentaje alto del producto de inversión sobre el ingreso total y muestran una tendencia creciente en dicho porcentaje. Los países intermedios usan capitalización parcial y tienen un

porcentaje más bajo que los países tardíos y dicho porcentaje básicamente muestra una tendencia declinante. Por último, los países pioneros usan el régimen de reparto y carecen de fondos de reserva substanciales por lo que sus porcentajes son nulos o muy pequeños. Chile es una excepción pues el sistema nuevo de pensiones introducido en 1981 usa capitalización total y su porcentaje es similar al de los países tardíos y muestra una tendencia creciente.

En general, la inversión de las reservas del seguro social no ha sido hecha de manera eficiente en ALC. En casi toda la región los organismos de seguro social no están diseñados para actuar como intermediarios financieros, su personal no tiene experiencia en inversiones y no han desarrollado un plan de inversiones. Además hay un deficiente desarrollo del mercado de capitales y la inflación ha desvalorizado las reservas.

En América Latina las reservas normalmente se han invertido en: (a) bonos y otras obligaciones estatales, a menudo no negociables, y raramente indexadas a la inflación, que en la práctica han sido préstamos forzados para cubrir déficit presupuestarios, por lo que los organismos se han empapelado con "valores sin valor"; (b) préstamos personales e hipotecarios, generalmente a los asegurados, que ayudados por la inflación (y la falta de ajuste de los préstamos) han obtenido capital prácticamente gratis y descapitalizado el fondo; (c) préstamos al programa de enfermedad-maternidad para cubrir sus déficit, plausibles desde el punto de vista social pero no rentables; (d) construcción de edificios administrativos y viviendas, muchas veces para los propios asegurados, con un rendimiento muy bajo o nulo, debido a la congelación de alquileres, la ineficiencia en el cobro y la amortización con moneda depreciada; y (e) en unos pocos casos, inversión en el comercio (economatos para beneficio de los asegurados) y servicios (cines, teatros, deportes) también con rentabilidad muy baja o negativa. La inversión en depósitos bancarios a plazo fijo es probablemente la más rentable en ALC, pero no es muy importante, y la inversión en acciones de empresas es rara.

En el Caribe no latino, el grueso de las reservas se ha invertido en bonos y obligaciones estatales. Sin embargo en algunos países estos valores tienen un rendimiento más alto que en América Latina y otra parte de las reservas está en depósitos bancarios con alto rendimiento. Pero en algunos países, el Ministerio de Hacienda, en vez del instituto de seguro social, es quien controla la inversión y, en un país, ha retenido parte del producto de la inversión.

Para mejorar el desempeño de la inversión es necesario eliminar o reducir la intromisión del gobierno; reducir al mínimo necesario los fondos en efectivo, en circulación y en activos fijos; diversificar la cartera; invertir en los instrumentos con los rendimientos más altos y a largo plazo; e indexar los intereses con la inflación.

## 5. Los Regímenes de Financiamiento

El objetivo de todos los regímenes de financiamiento es equilibrar los ingresos con los egresos del sistema, pero en períodos diferentes que van desde un año al infinito, requiriendo mayores reservas según más largo el período de equilibrio. Hay tres regímenes de financiamiento: capitalización completa (prima media uniforme), capitalización parcial (prima media escalonada) y reparto (de capitales, de cobertura o simple).

Cuadro 9

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL INGRESO DE LOS SEGUROS SOCIALES MAS  
ASIGNACIONES FAMILIARES a/ POR FUENTE EN ALC: 1983**

Países	Asegurado	Empleador	Estado e impuestos	Inversión	Otros	Ingreso % del PIB
Antigua y Barbuda	29.3	48.8	0.0	19.2	2.8	3.3
Argentina	34.5	27.2	36.0	2.0	0.3	7.5
Bahamas	23.2	38.0	5.2	33.6	0.1	2.8
Barbados	36.2	37.5	0.0	22.3	4.1	6.2
Belice	11.6	69.1	0.0	14.3	5.0	2.1
Bolivia	25.5	34.8	24.2	12.4	3.1	2.7
Brasil	15.6	74.0	8.2	0.0	2.2	5.4
Colombia	26.6	62.8	0.0	10.2	0.4	1.8
Costa Rica	28.4	47.0	18.6	5.3	0.8	9.2
Cuba	0.0	44.3	55.7	0.0	0.0	11.5
Chile	31.1	2.1	48.9	15.9	2.0	16.7
Dominica	27.3	45.6	0.0	26.2	0.8	3.4
Ecuador	38.6	38.1	1.3	22.1	0.0	3.6
El Salvador	23.7	55.8	0.0	20.0	0.6	1.8
Granada	48.2	48.3	0.0	3.3	0.2	1.6
Guatemala	29.5	51.0	3.6	13.2	2.7	1.4
Guyana	20.6	30.9	0.0	48.5	0.1	8.5
Honduras	25.9	47.9	7.2	16.8	2.2	1.3
Jamaica	24.3	29.7	7.4	38.5	0.1	2.4
México	19.7	62.0	12.3	5.2	0.8	2.0
Nicaragua	22.8	59.9	3.2	12.9	1.2	2.1
Panamá	28.8	44.6	3.3	13.3	10.0	9.9
Perú	29.4	59.0	0.0	10.3	1.3	2.0
Santa Lucía	43.5	43.5	0.0	13.0	0.0	1.8
Suriname	23.9	9.7	66.4	0.0	0.0	1.4
Trinidad y Tobago	18.1	36.2	27.2	18.5	0.0	2.5
Uruguay	23.5	23.3	49.2	1.6	2.3	8.8
Venezuela	28.6	39.3	13.7	18.3	0.1	1.8
Región	26.5	43.1	14.0	14.9	1.5	4.5

a/ Asignaciones familiares sólo en Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Suriname y Uruguay.  
Fuente: Carmelo Mesa Lago, (1990), op.cit.

El régimen de capitalización completa persigue mantener el equilibrio por tiempo indefinido (o por un período de varias décadas) mediante una prima fija que se calcula actuarialmente sobre la base de las estimaciones de las obligaciones futuras (que tienen en cuenta variables demográficas económicas, etc.). Una ventaja de este método es que la prima es fija y por ello los contribuyentes saben de antemano cual será la carga y no hay transferencia entre generaciones. Pero este método requiere que no se aumenten las prestaciones sin ajustar inmediatamente los ingresos, que se paguen total y puntualmente los ingresos programados, que se inviertan los fondos de reserva con eficiencia, y que se realicen balances actuariales periódicos.

En el régimen de prima media escalonada con reservas incompletas, el equilibrio se mantiene por períodos más cortos por ejemplo, una década), estableciendo una prima fija dentro de cada período, pero normalmente aumentando la prima en períodos sucesivos. Este método tiene la ventaja de necesitar reservas menores y, por tanto, reduce la presión para invertir reservas muy grandes de manera eficiente. Pero el método difiere los costos, con lo que se produce una redistribución entre las generaciones y es condición esencial del mismo que se hagan balances actuariales frecuentes y que, de acuerdo con los mismos, se ajuste la prima para cada período.

En el régimen de reparto, el equilibrio se calcula usualmente en una base anual o hay sólo una reserva para fluctuaciones y contingencias imprevistas. Las reservas requeridas son pequeñas y la inversión es nula o de escasa importancia. Pero este método exige incrementos más frecuentes en las contribuciones y envuelve una transferencia mayor de la carga para las generaciones futuras que en el régimen de capitalización parcial.

Los programas de riesgo a corto plazo (enfermedad-maternidad, asignaciones familiares y desempleo) generalmente usan el régimen de reparto, mientras que los programas a largo plazo (pensiones de vejez, invalidez, muerte y riesgos profesionales) pueden usar uno de los tres métodos explicados.

En ALC los programas a largo plazo gradualmente han cambiado sus regímenes financieros de capitalización completa a parcial y, en los países pioneros, han terminado con regímenes de reparto. El Cuadro 10 identifica los regímenes usados en varios países de ALC a fines de la década de 1980.

Inicialmente, muchos países de América Latina adoptaron capitalización completa pero no respetaron sus requisitos esenciales: (i) el poder legislativo añadió prestaciones nuevas y liberalizó las condiciones de adquisición sin incrementar las contribuciones; (ii) la evasión y mora, la deuda estatal y el desempeño negativo de la inversión redujeron el ingreso a menos de lo proyectado; (iii) aumentos imprevistos de la esperanza de vida resultaron en un período más largo de disfrute de la pensión por lo que modificaron los cálculos actuariales y las edades de retiro no fueron incrementadas de forma adecuada (en Costa Rica y Panamá la edad de retiro anticipado fue reducida mientras que la esperanza de vida creció notablemente); y (iv) la inflación obligó a aumentar el valor real de las pensiones de manera imprevista.

Como resultado de dichas violaciones, prácticamente todos los países de América Latina cambiaron, legalmente o de facto, de capitalización completa a parcial (principalmente a prima media escalonada). A fines de la década de 1980 probablemente sólo un país (Chile en su programa de pensiones establecido en 1981) tenía capitalización completa. Más aún varios países del Caribe no latino, probablemente tomando en cuenta la experiencia latinoamericana, comenzaron sus programas

de pensiones, a mediados de la década de 1960 o en la de 1970, usando capitalización parcial. Pero la rigidez legal (en varios países la contribución se fija por la ley) y la oposición sindical y empresarial han sido barreras fuertes contra el aumento de la prima. En la práctica varios países han fijado sólo la prima inicial y ni han efectuado los balances actuariales, ni determinado la duración del período, ni ajustado la prima.

Subsiguientemente, los países pioneros cambiaron de capitalización parcial a reparto: Argentina, Brasil, Chile (en el programa antiguo), Cuba y Uruguay. Además, los fondos de pensiones de empleados públicos y militares también usan reparto en varios países. Las causas de este nuevo cambio fueron la continuación o agravación de las violaciones antes explicadas, combinada con algunos cambios demográficos. Por ejemplo, la tasa de crecimiento de la población cayó más de lo anticipado en los cálculos actuariales (debido al control de la natalidad y a la emigración en varios países) y aceleró el envejecimiento de la población; a su vez, la universalización de la cobertura redujo el ingreso de nuevos asegurados, por todo lo cual la razón pasivo/activo aumentó con rapidez.

El cambio al régimen de reparto en los países pioneros fue sólo otra postergación temporal del "ajuste de cuentas". Como se ha dicho, el método de reparto requiere aumentos frecuentes de contribuciones, una tarea aún más difícil que bajo el método de prima media escalonada en que los períodos de equilibrio son más largos. Más aún, si los programas de pensiones fueron incapaces de lograr el equilibrio cuando la razón pasivo/activo era más baja, mucho menos lo serán cuando dicha razón se ha incrementado notablemente.

Agotada la sustitución de un método financiero por otro, finalmente los países pioneros se vieron forzados a confrontar la crisis. En casi todos el Estado acudió al rescate de los programas de pensiones mediante subsidios que aumentaron en 1975-1983. Pero la crisis económica de esta década y el aumento de la carga han forzado al Estado en varios países a suspender o reducir los subsidios o dejar que las pensiones se devalúen.

Chile se enfrentó al problema en 1981 con la creación del nuevo programa de pensiones privado con capitalización completa pero el programa de pensiones antiguo continúa con el régimen de reparto y sufre déficit enormes y crecientes. Argentina está estudiando una reforma, una de cuyas alternativas es la introducción de un programa complementario de pensiones con capitalización completa. En Cuba, el subsidio estatal aumentó de 24% al 54% de los gastos en 1974-1983 a pesar de la erosión del valor de las pensiones.

Según el régimen financiero ha cambiado sucesivamente de capitalización completa a parcial y de ésta a reparto, las reservas han declinado o desaparecido. Más aún, los países que aún tienen reservas substanciales (porque sus programas de pensiones aún están en el período de capitalización y ni han universalizado la cobertura ni han madurado), pueden eventualmente enfrentarse al mismo destino que los pioneros si no cambian sus políticas. Por lo contrario, la reintroducción del régimen de capitalización completa en parte del sistema chileno y la consideración de pensiones complementarias, también con capitalización completa, en Argentina, Colombia, Costa Rica y Uruguay son tendencias opuestas. Este sistema de pensiones complementarias es común en Europa Occidental y Norteamérica pero en la mayor parte a través de negociación colectiva privada y no por ley.

Estas tendencias opuestas -crisis y regímenes de reparto crecientes por una parte, e introducción de programas nuevos o complementarios con capitalización completa por otra- probablemente continuarán en la última década del siglo XX.

De una manera general y a los efectos de aumentar los ingresos, reducir el desequilibrio actuarial y financiero, y promover un mejor balance en la asignación de recursos entre el seguro social y el ministerio de salud se recomienda: (i) incrementar las contribuciones (especialmente de los asegurados) en aquellos países que no tienen ya una contribución salarial muy alta; (ii) computarizar el registro, los cobros, la cuenta individual y la lista actualizada de deudores; (iii) introducir una identificación única de contribuyentes (tanto asegurados como empleadores) y sus dependientes, no sólo para la seguridad social sino también a efectos tributarios, electorales, etc.; (iv) simplificar el trámite de registro y pago de contribuciones para aliviar la carga de las pequeñas empresas; (v) reforzar la inspección y ejecución de cobros, fijar tasas de interés y multa superiores a la inflación y el interés bancario, y encarcelar a los deudores cuando proceda; (vi) negociar con el Estado el pago de sus adeudos con base a bonos indexables a la inflación, convenios de pago con equipo importado y otros medios para evitar la devaluación de la deuda, así como fijar un aporte estatal futuro que sea económicamente viable; (vii) mejorar la eficiencia de la inversión eliminando/reduciendo la intromisión del gobierno, reduciendo al mínimo los fondos en efectivo, en circulación y activos fijos, diversificando la cartera, invirtiendo en los instrumentos con rendimientos más altos y a largo plazo, e indexando los intereses con la inflación; (viii) reasignar los recursos de salud de forma más balanceada entre el seguro social y el ministerio de salud, teniendo en cuenta las poblaciones cubiertas por ambos; y (ix) realizar balances actuariales periódicos, determinar los períodos de equilibrio en los regímenes de prima media escalonada y fijar e implantar las contribuciones adecuadas, y no introducir nuevas prestaciones o mejorar las existentes son proveer los ingresos necesarios.

#### IV. PRESTACIONES

Las prestaciones del seguro/seguridad social en ALC son las más avanzadas en el Tercer Mundo y dos de sus programas (enfermedad-maternidad y asignaciones familiares) no existen en los Estados Unidos. Sin embargo, a menudo se ha argumentado que la generosidad de las prestaciones en ALC ha tenido un impacto negativo en el proceso de ahorro-inversión así como en el crecimiento y desarrollo, sin satisfacer las necesidades básicas de una parte substancial de su población y reforzando desigualdades existentes. La crisis ha amenazado los avances de ALC en este campo, provocando una erosión en la cantidad y calidad de las prestaciones en muchos países.

El grueso de los gastos del sistema de seguridad social en ALC (78% a 97%) se dedica a prestaciones. Información de la OIT sobre la distribución de los gastos del seguro social y asignación familiar por programa, indica que los países pioneros dedican la mayoría del gasto a pensiones mientras que los países con aparición tardía asignan el grueso del gasto al programa de enfermedad-maternidad (véase Cuadro 11). El Caribe no latino es aparentemente una excepción pues, según el cuadro, dedican la mayoría del gasto a pensiones, pero esto es resultado de excluir los gastos de salud del sector público y de que el seguro social sólo paga prestaciones monetarias por enfermedad-maternidad. (Si se utiliza el gasto total de seguridad social, los países del Caribe no latino muestran la mayoría del gasto en salud hasta 1977 pero no después debido a la exclusión de los gastos de salud pública en la serie de la OIT a partir de 1978). Basado en el Cuadro 11, una comparación de la distribución porcentual del gasto de prestaciones en América Latina, entre 1965 y 1983, permite identificar una tendencia creciente en el porcentaje de pensiones (promedio regional de 24% versus

Cuadro 10

**REGIMENES FINANCIEROS DE LOS PROGRAMAS DE PENSIONES DEL SEGURO SOCIAL EN PAISES SELECCIONADOS DE ALC: FINES DE 1980s**

Países	Prima media uniforme	Prima escalonada	Reparto de capitales constitutiv.	Reparto
Argentina				I
Bahamas		I		
Barbados		I		
Brasil				I
Chile (viejo)				I
Chile (nuevo)	I			
Colombia (ISS)		I		
Func. públicos				I
Costa Rica (CCSS)		I a/		
Func. públicos				I
Cuba				I
Ecuador		I a/		
Guatemala		I		
Jamaica		I		
México (IMSS)		I a/		
Panamá			I	
Perú		I		
Uruguay				I

a/ Prima media uniforme en teoría o por ley pero escalonada en la práctica.

Fuente: Carmelo Mesa Lago, (1990), *op.cit.*

51%) y una tendencia declinante en el porcentaje de enfermedad-maternidad (57% versus 49%). Esto se debe a factores demográficos y a la edad del programa de pensiones.

### 1. Generosidad de las Prestaciones y de las Condiciones de Adquisición

Los países pioneros tienden a cubrir todos los riesgos sociales y a otorgar prestaciones en mayor número y más generosas. Argentina, Brasil, Chile y Uruguay son los únicos países que cubren todos los riesgos, incluyendo el desempleo y las asignaciones familiares. Un estudio de cinco países (Argentina, Chile, México, Perú y Uruguay) con información de principios de la década de 1970 demostró que a mayor antigüedad del sistema de seguro/seguridad social, mayor era el número de las prestaciones otorgadas. Los sistemas antiguos han concedido prestaciones excepcionales y costosas así como condiciones de adquisición más liberales que en los países de los grupos intermedio y bajo.

Una vez que estas prestaciones y condiciones se fijan por ley es muy difícil reducirlas y hacerlas más estrictas. De hecho se ha observado el fenómeno contrario, o sea, liberalización de las prestaciones y condiciones iniciales debido a presión política.

#### a) Pensiones

El Cuadro 12 resume las condiciones de adquisición (edad y tiempo de servicio) para el retiro por vejez normal y anticipado en algunos países (y los años de servicio para el retiro por antigüedad) así como la esperanza de vida al tiempo del retiro. Los países son ordenados de forma que a más bajo número de orden, más estrictas las condiciones y menos años de vida como pensionado. Nótese que en varios países existen regímenes especiales (generalmente para ciertos empleados públicos) con condiciones más liberales y años de vida pensionado más altos que el régimen general; estos incluyen la pensión por antigüedad (en Brasil, Costa Rica, Uruguay) en que el asegurado puede retirarse con 20 ó 30 años de servicios y cualquier edad (o sea puede hacerlo tan joven como 35 ó 45 años). La diferencia entre los regímenes generales y especiales en un mismo país es enorme, por ejemplo, Costa Rica se ordena en 5º lugar de acuerdo con el régimen general de retiro normal (65 años para ambos sexos) pero en 17º lugar con el retiro anticipado (57 años para hombres y 55 para mujeres) y en el 28º y 29º lugar con los regímenes especiales. Brasil se ordena 10º con base al régimen general pero 30º con el retiro por antigüedad, y Uruguay se ordena respectivamente 15º y 31º. Los regímenes especiales de estos tres países gozan de las condiciones más liberales de la región.

Cuando se tienen en cuenta los regímenes especiales, la esperanza de vida promedio como pensionado es más alta entre los países pioneros, vr. gr., 25.6 y 28.6 años en Costa Rica, 25.4 y 28.3 años en Uruguay, y 24.1 y 26.9 en Brasil; aún con el régimen general Cuba también entra en este grupo con 18.9 y 24.6 años; sin embargo, Argentina y Chile, con regímenes unificados y uniformes tienen esperanzas de vida como pensionado mucho más bajas. El promedio de vida como pensionado en los regímenes especiales es entre 8 y 13 años más que en el régimen general, llegando casi al doble en Costa Rica; más aún en Uruguay, el pensionado por antigüedad vive más años promedio como pasivo que como activo.

En los países pioneros la edad de retiro fue establecida a principios de siglo cuando la esperanza de vida era más baja y ha sido políticamente muy difícil aumentar dicha edad de retiro según ha subido la esperanza de vida. De hecho en Costa Rica, en las décadas de 1970 y 1980, se introdujo en el régimen general el retiro anticipado con edades que se fueron reduciendo mientras

Cuadro 11  
DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL GASTO EN PRESTACIONES DE LOS SEGUROS  
SOCIALES Y ASIGNACIONES FAMILIARES EN ALC: 1965-1983

		Enfermedad maternidad	Pensiones	Riesgos profes.	Asign. familiares	Desempleo	Total
Argentina	1975	14.5	58.3	0.0	27.2	0.0	100.0
	1983	27.1	58.6	0.0	14.3	0.0	100.0
Bahamas	1980	27.4 a/	72.5	0.1	0.0	0.0	100.0
	1983	18.2 a/	81.1	0.7	0.0	0.0	100.0
Barbados	1971	65.4 a/	25.2	9.4	0.0	0.0	100.0
	1983	12.9 a/	82.5	1.4	0.0	3.2	100.0
Bolivia	1961	55.4	13.7	0.0	30.9	0.0	100.0
	1983	40.9	44.7	9.9	3.8	0.7	100.0
Brasil	1970	47.2	40.2	3.4	9.2	0.0	100.0
	1983	33.7	62.3	0.6	3.3	0.0	100.0
Colombia	1965	63.3	0.0	1.2	35.4	0.0	100.0
	1983	62.9	28.8	8.3	0.0	0.0	100.0
Costa Rica	1965	77.8	4.7	17.5	0.0	0.0	100.0
	1983	68.6	26.9	4.5	0.0	0.0	100.0
Cuba	1980	13.0 a/	85.2	1.8	0.0	0.0	100.0
Chile	1965	16.6	36.2	0.0	45.9	1.3	100.0
	1983	15.4	68.4	2.6	10.0	3.6	100.0
Ecuador	1965	18.9	63.3	0.0	0.0	17.8	100.0
	1983	16.9	75.8	1.6	0.0	5.7	100.0
El Salvador	1965	91.2	0.0	8.8	0.0	0.0	100.0
	1983	75.8	17.8	6.4	0.0	0.0	100.0
Guatemala	1970	50.3	0.0	49.7	0.0	0.0	100.0
	1983	42.6	16.4	41.0	0.0	0.0	100.0
Honduras	1965	96.3	0.0	3.2	0.0	0.0	100.0
	1983	91.3	8.7	0.0	0.0	0.0	100.0
Jamaica	1975	0.0 a/	92.0	8.0	0.0	0.0	100.0
	1983	0.1 a/	94.3	5.6	0.0	0.0	100.0
México	1965	73.3	16.7	10.0	0.0	0.0	100.0
	1983	67.0	22.5	10.1	0.4	0.0	100.0
Nicaragua	1965	89.4	4.7	5.9	0.0	0.0	100.0
	1983	27.9	63.7	8.4	0.0	0.0	100.0
Panamá	1965	60.4	39.6	0.0	0.0	0.0	100.0
	1983	54.5	41.9	3.3	0.0	0.4	100.0
Perú	1981	60.0	32.1	7.9	0.0	0.0	100.0
	1983	58.7	34.1	7.2	0.0	0.0	100.0
Rep. Dominicana	1977	72.0	25.3	2.7	0.0	0.0	100.0
	1982	73.1	25.7	1.2	0.0	0.0	100.0
T. y Tobago	1975	21.4 a/	71.4	7.2	0.0	0.0	100.0
	1983	7.3 a/	89.4	3.3	0.0	0.0	100.0
Uruguay	1975	3.6	73.6	1.9	16.9	4.0	100.0
	1983	8.8	76.1	0.0	10.7	4.5	100.0
Venezuela	1965	79.9	0.0	20.1	0.0	0.0	100.0
	1975	65.8	34.2	0.0	0.0	0.0	100.0

a/ Sólo prestaciones monetarias; la atención médico-hospitalaria no se da por el seguro social.  
Fuente: Carmelo Mesa Lago, (1990), *op.cit.*

aumentaba la esperanza de vida; en Uruguay, en las décadas de 1950 y 1960, se redujo la edad de retiro para grupos privilegiados; y en Panamá, en 1975, se introdujo el retiro anticipado para grupos privilegiados. Además, en 13 de los 23 países del Cuadro 12, la edad de retiro de la mujer es cinco años más baja que la del hombre, a pesar de que aquélla vive un promedio de dos a cuatro años más.

Los países tardíos tienen las edades de retiro más altas y, debido a que su esperanza de vida es la más baja de los tres grupos, tienen los promedios de vida pensionada inferiores, (13.4 y 13.8 años en Honduras y 13.6 y 14 en Guatemala). Cuando se comparan los países extremos en los grupos alto y bajo (Costa Rica y Honduras) la diferencia entre el promedio de vida pensionada es de dos a uno.

El Cuadro 13 compara los años que se utilizan para promediar el salario base de la pensión y las tasas mínimas y máximas que se le aplican; como en el cuadro anterior, los números más bajos del ordenamiento indican condiciones más estrictas y viceversa. Por cuanto el salario tiende a aumentar con los años de trabajo, mientras menos años de servicio y más cercanos al momento del retiro se usan para calcular el salario base, más alto serán éste y la pensión; esto es aún más importante en países con altas tasas de inflación. Con excepción de dos países que usan 10 años de servicios, la mayoría usa los últimos (o mejores) 3 a 5 años de servicio, pero en los regímenes especiales de Costa Rica se usa un año o el último mes y en Bahamas también el último mes. En cinco países el pensionado puede recibir una pensión equivalente al 100% del salario promedio (y esto parece ser el caso en otros cuatro) y en cuatro países entre el 90% y el 95%; en los regímenes especiales de Costa Rica dicho 100% se aplica al salario del último año o del último mes; de ahí que la pensión es prácticamente igual al salario. Las condiciones más generosas se observan en Costa Rica, Brasil y Argentina, mientras que las más estrictas son las de Honduras y la República Dominicana.

La combinación de las condiciones anteriores constituye un fuerte incentivo para el retiro precoz, pues ya sea a través de la pensión de antigüedad o anticipada el asegurado puede retirarse al máximo de su actividad productiva, cobrar una pensión igual o aproximada a su salario y desempeñar otro trabajo ya sea legalmente o en el sector informal. Aún la edad normal de retiro es tan baja en muchos países que resulta en un incentivo similar.

#### b) Enfermedad-Maternidad

Las prestaciones y condiciones de adquisición del programa de enfermedad-maternidad, especialmente en los países latinoamericanos, son también generosas. De acuerdo con el Cuadro 14, en ocho países no se exige ni período de espera ni contribución para recibir el subsidio de enfermedad (y en dos países tampoco se requiere para el subsidio de maternidad), basta tan sólo estar asegurado y tener empleo; en otros seis países sólo se requiere de cuatro a seis semanas para recibir el subsidio. Más aún, en tres países se paga un subsidio de enfermedad equivalente al 100% del salario y en otros dos países hasta 90% del salario (en once países el subsidio de maternidad equivale al 100% del salario). En los países del Caribe no latino el período de espera tiende a ser mayor y los subsidios promedian 60% del salario y en dos de ellos no existe esta prestación. Por último, en la mayoría de los países latinoamericanos (y en casi todos los países caribeños pero bajo el sistema nacional de salud) no hay período de espera para recibir las prestaciones médico-hospitalarias.

Cuadro 12

## COMPARACION DE EDADES DE RETIRO LEGALES Y LOS PROMEDIOS DE VIDA DEL RETIRADO EN ALC: 1980-1985

Países	Años de edad		Años servicios	Ordenamiento a/	Esperanza de vida promedio al tiempo retiro		Ordenamiento b/
	Hombre	Mujer			Hombre	Mujer	
Argentina	60	55	15	18	16.2	24.2	17
Bahamas	65	65	3	5	n.d.	n.d.	n.d.
Barbados	65	65	3	5	n.d.	n.d.	n.d.
Bolivia	55	50	15	26	17.2	22.2	18
Brasil	65	60	10	10	14.2	18.3	7
R.especiales	c/	c/	30	29	24.1	26.9	23
Colombia	60	55	10	22	15.6	21.4	13
Costa Rica	65	65	10	3	14.0	16.0	4
R.especiales	57	55	34	17	19.1	24.2	21
	50	50	30	28	25.6	28.6	26
	c/	c/	30	29	25.6 d/	28.6 d/	26
Cuba	60	55	25	16	18.9	24.6	22
	65	65	35	1	13.2	15.9	2
Chile	65	60	15/10	9	13.2	19.4	6
Ecuador	55	55	30	23	20.2	21.2	19
El Salvador	65	60	14	8	14.2	19.9	9
Guatemala	65	65	15	2	13.6	14.0	3
Haití	55	55	20	24	17.4	17.9	13
Honduras	65	60	15	7	13.4	13.8	1
Jamaica	65	60	3	11	n.d.	n.d.	n.d.
México	65	65	10	3	14.4	15.7	5
Nicaragua	60	60	15	12	15.8	16.2	8
	60	65	15	18	18.1	19.6	15
Panamá	55	50	15	27	21.9	27.8	23
	60	60	15	12	16.2	17.9	9
Paraguay	55	55	20	24	19.9	21.7	20
Perú	60	55	15/13	21	15.2	20.7	10
Rep.Dominicana	60	60	15	12	16.3	18.2	11
Uruguay	60	55	30	15	16.2	24.1	15
R.especiales	c/	c/	20	31	25.4	28.3	25
Venezuela	60	55	15	18	16.9	23.5	18

a/ Ordenados combinando mayor edad y más años de servicios requeridos, o sea, mientras más bajo el número más estrictas las condiciones y vice-versa. b/ Ordenados por menos años promedio de retiro = (hombre + mujer) / 2; o sea, mientras más bajo el número menos años y vice-versa. c/ Cualquiera. Magisterio, registro público. d/ Se asume que la edad de retiro es 50 años pero técnicamente puede ser menos, por ejemplo si la entrada al mercado laboral es a los 15 años, el asegurado puede retirarse a los 45 años, aumentando cinco años su promedio de años de retiro. En el caso de Uruguay puede retirarse a los 35 años, aumentando en 15 su promedio de años de retiro. Fuente: Carmelo Mesa Lago, (1990), *op.cit.*

Las condiciones anteriores constituyen un incentivo para fingir enfermedad y cobrar el subsidio y de hecho se reporta este problema en varios países, lo que aumenta significativamente los costos. En los países donde sólo se exige estar asegurado o el pago de unas pocas semanas de contribución, los evasores frecuentemente tienen acceso a tratamientos costosos mediante el simple registro o el pago de una pequeña suma, aunque dejen de cotizar después.

Debe también recordarse que en prácticamente todos los países de América latina, los dependientes del asegurado (cónyuge e hijos menores, pero a veces también los padres y hermanos) tienen derecho a las prestaciones médico-hospitalarias. Algunos países otorgan (u otorgaban hasta hace poco tiempo) prestaciones muy costosas así como el costo de viaje y tratamiento en el extranjero cuando no existe dicho tratamiento en el país.

Por último, en varios países los asegurados y sus dependientes disfrutaban de las llamadas "prestaciones sociales" tales como préstamos personales e hipotecarios, planes de viviendas a bajo costo, economatos que venden mercancía a precios subsidiados, y actividades deportivas y recreativas también subsidiadas. Estos servicios son muy onerosos y usualmente no generan utilidades sino pérdidas.

## 2. Desigualdades en las Prestaciones

En el análisis de las desigualdades en las prestaciones debemos distinguir dos situaciones: a) la estratificación típica de los países pioneros (donde casi toda la población está asegurada pero con diferencias notables en las prestaciones que reciben varios grupos) y b) la inequidad existente en los países menos desarrollados, donde sólo una minoría de la población está asegurada y a menudo recibe beneficios generosos, mientras que la mayoría no está cubierta por el seguro social y sólo tiene acceso a los servicios inferiores de la salud pública y asistencia social.

La estratificación del seguro social (al menos hasta que en algunos países se unificaron y uniformaron sus sistemas) condujo a desigualdades considerables porque los grupos más poderosos recibieron (y en algunos casos aún reciben) más y mejores prestaciones que los menos poderosos. El estudio mencionado de cinco países latinoamericanos (tres pioneros -Argentina y Uruguay- y dos intermedios- México y Perú) midió en la década de 1970, las diferencias legales entre los grupos ocupacionales cubiertos, basado en seis aspectos: condiciones de adquisición; salario base usado para calcular la prestación; monto de la prestación; ajuste de las pensiones al costo de vida; autorización para recibir varias pensiones o combinar la pensión con trabajo remunerado; y tiempo requerido para solicitar, procesar y recibir una pensión. Además se comparó la disponibilidad de servicios de salud (camas de hospital y médicos por 10,000 asegurados) y su calidad entre los diversos grupos. Los resultados del estudio permitieron ordenar a los grupos, según la excelencia del conjunto de sus prestaciones, como sigue: fuerzas armadas; empleados públicos; "aristocracia laboral"; empleados de cuello blanco; y v) obreros.

En cuanto a pensiones, el Cuadro 15, basado en cifras de la década en curso, compara tres países pioneros (Costa Rica, Chile y Uruguay) y tres intermedios (Bolivia, Colombia y México) calculando la razón basada en la pensión promedio del régimen general (igual a 1:00) con la pensión promedio de varios grupos ocupacionales: fuerzas armadas 2.5 a 8 veces; policía 1.6 a 6.9; empleados públicos 1.2 a 3.8; bancarios 3.4 a 5.8; peón rural 0.8 y personal doméstico 0.7.

Cuadro 13

## COMPARACION DEL CALCULO DE PENSIONES DE VEJEZ EN ALC: 1985

Países	Sueldo base (promedio)	Tasa básica %	Tasa Máxima %	Ordenamiento a/
Argentina	3 años mejores de los últimos 5 años	70	82	20
Bahamas	último mes	40	60	15
Barbados	3 años mejores en los últimos 15	50	60	8
Bolivia	1 ó 2 últimos años	30	100	16
Brasil	3 últimos años	70	95	22
Colombia	3 últimos años	45	b/	21
Costa Rica	4 años mejores en los últimos 5 años	55	90	16
R. esp.	último mes c/	66	100	24
	último año d/	66	100	23
Cuba	5 años mejores en los últimos 10 años	50	90	12
Chile	5 últimos años	50	70	3
Ecuador	5 años mejores	44	100	9
El Salvador	3 últimos años	40	90	11
Guatemala	5 últimos años	40	b/	10
Haití	10 últimos años	33	b/	6
Honduras	5 últimos años	40	80	1
México	5 últimos años	35-40	80	4
Nicaragua	3 últimos años	40-45	80	12
Panamá	3, 4 ó 5 mejores años en los últimos 15	60	100	19
Paraguay	3 últimos años	42	100	18
Perú	3, 4 ó 5 mejores años en los últimos 5	50	80	4
R. Dominic.	4 últimos años	40	70	2
Uruguay	3 últimos años	60-70	75	12
Venezuela	5 ó 10 últimos años (más suma fija)	30	b/	6

a/ Ordenados en base a la combinación más estricta de las tres reglas del cálculo. b/ La ley no establece un máximo y a los efectos del ordenamiento se asumió que es 100 por ciento o más. c/ Hacienda, magisterio y registro público. d/ Judicial, comunicaciones.

Fuente: Carmelo Mesa Lago, (1990), *op.cit.*

Cuadro 14  
CONDICIONES LEGALES DE LAS PRESTACIONES DEL SEGURO SOCIAL DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD EN ALC: 1985

Países	Prestaciones Monetarias						Prestaciones Médico-hospitalarias	
	Enfermedad			Maternidad			Semanas cotiz.	Durac. sem.
	Semanas cotiz.	% salario	Durac. (sem.)	Semanas cotiz.	% salario	Durac. (sem.)		
<u>América Latina</u>								
Argentina	a/	100	26	42	100	12	a/	
Bolivia	9	75	26	17	75	12	4 <sup>E</sup> , 17 <sup>M</sup>	26
Brasil	52	70-90	g/	a/	100	12	13	
Colombia	4	50-66.6	26-52	12	100	8	4	26-52
Costa Rica	4	50	26	26	50	8	4 <sup>E</sup> , 26 <sup>M</sup>	52
Cuba	a/	50-90		11	100	18	b/	
Chile d/	26	100		26	100	12	a/	
Ecuador	26	66-75	26	26	75	8	26	
El Salvador	8e/	75	52	12	75	12	8e/	26-52
Guatemala	a/	66	26	a/	100	11	a/	
Honduras	5	50-66	26-52	11	66	12	a/	
México	6	60	52-78	30	100	12	a/	52-104
Nicaragua	8	60	26-52	16	60	12	a/	
Panamá	26	70	26-52	39	100	14	a/	26
Paraguay	6	50	26-52	6	50	9	a/	26-52
Perú	13	100	49	39	100	13	13	52
Rep. Dominicana	6	50	26	30	50	12	1 <sup>E</sup> , 15 <sup>M</sup>	26
Uruguay	13	70	52-104	a/	100	12		
Venezuela	a/	50-66.6	52	a/	66.6	12	a/	52
<u>Caribe no Latino</u>								
Antigua y Barbuda	26	60		26	60	13	b/	
Bahamas	40	60	26	50	60	13	b/	
Barbados	13	66.6	26	30	100	12	b/	
Belice	50	60	11	50	60	12		
Bermuda	h/	h/	h/	h/	h/	h/	c/	
Dominica	13	60	26	26	60	12	b/	
Granada	a/	60	26	30	60	12	b/	
Guayana	50	60	26	15	60	13	b/	
Jamaica	h/	h/	h/	f/	f/	f/	b/	
San Cristóbal	26	60	26	39	60	13	b/	
Santa Lucía	a/	60	26	30	60	13	b/	
Trinidad y Tobago	10	66.6	52	10	60	13	b/	

E = Enfermedad

M = Maternidad

a/ Sólo se requiere estar asegurado o tener trabajo en ese momento. b/ No suministrados por el seguro social sino por el sistema nacional de salud o sector público. Usualmente el único requisito es la residencia (a veces la ciudadanía). c/ Residentes con un período de espera de 39 semanas. d/ Sistema antiguo. En el nuevo sistema se permite que el asegurado elija libremente al proveedor; las condiciones y prestaciones varían significativamente. e/ Para desempleados. No se exigen condiciones para los que están empleados. f/ Sólo para el servicio doméstico. g/ Por todo el tiempo que sea necesario. h/ No existe este beneficio.

Fuente: Carmelo Mesa Lago, (1990), *op.cit.*

En cuanto a enfermedad-maternidad, el Cuadro 16 compara, en la década en curso, las desigualdades de los servicios de salud entre cuatro tipos de instituciones que cubren a otros tantos grupos de la población en cuatro países del grupo intermedio (Colombia, Ecuador, México y Perú): los servicios del sector privado son los mejores en dos países y los segundos en otro; los servicios de las fuerzas armadas son de tres a cuatro veces mejores que los del ministerio de salud; y los servicios del seguro social son también mejores que los del ministerio, el cual tiene los peores servicios. Con excepción del sector privado, el asegurado sólo pagaba parte de los servicios recibidos, por lo que los grupos de bajo ingreso (cubiertos por los peores servicios) probablemente contribuían a los servicios superiores de las fuerzas armadas y el seguro social.

Las desigualdades en prestaciones de salud no existen sólo entre grupos ocupacionales sino también entre regiones geográficas. Estudios individuales de diez países latinoamericanos (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, México, Panamá, Perú y Uruguay) basado en cifras de 1979-1984, han medido las diferencias extremas en camas de hospital y médicos por población atendida, entre la región (estado, provincia, departamento) con los mejores servicios y la región con los peores servicios. (Véase Cuadro 3). Las desigualdades en dichos servicios están correlacionadas positivamente con el grado de cobertura poblacional e indican que las regiones más pobres, rurales, remotas y con la mayor concentración de población indígena tienen los peores servicios, mientras que las regiones más desarrolladas, de más alto ingreso y urbanas tienen los mejores servicios. Las diferencias más notables se encontraron en Perú para médicos (una razón de 63 a 1) y México para camas de hospital (8 a 1). Parte de esas desigualdades se justifican por la concentración lógica de servicios hospitalarios de tercer nivel en las zonas urbanas, pero aquellas son demasiado grandes y en gran medida responden a factores políticos y económicos.

Una estratificación alta de los servicios de salud (con un gran número de proveedores cubriendo a diversos grupos de la población) parece generar desigualdades notables en dichos servicios y en los niveles de salud. Por lo contrario, los sistemas de salud integrados o con alta coordinación tienden a reducir dichas desigualdades. Varios de los países del Caribe no latino han logrado niveles de salud excepcionalmente altos, aunque no tienen economías desarrolladas. (Véase Cuadro 17). Parte de la explicación puede estar en el pequeño tamaño de estos países, pero sus sistemas nacionales de salud parecen haber jugado un papel importante en ese resultado.

Por último existe una desigualdad etárea. La mayoría del gasto de las prestaciones en los países pioneros va a la población retirada, una parte de la cual en la práctica continúa trabajando. El grueso del gasto de salud va a la población en edad productiva, la cual tiene una incidencia de enfermedad menor que la población materno-infantil. En Perú, en 1985, el 30% de la población en edad productiva estaba cubierta por el seguro social pero sólo el 1.4% de la población menor de 14 años estaba cubierta y, en Colombia, las proporciones eran respectivamente 15% y 3.6%; en Brasil el 4.3% de la población retirada recibe el 31% del gasto de prestaciones. Estos tres países tienen tasas de mortalidad infantil que son respectivamente la tercera, la octava y la séptima más altas entre 24 países de la región (Cuadro 17). No existe información sobre países menos desarrollados pero es probable que confronten una situación similar o peor. En todos estos países la tasa de mortalidad infantil es de las más altas de la región y esto incide en la baja esperanza de vida al nacer. Una mejor distribución etárea de los gastos del seguro social (por ejemplo eliminando las privilegiadas pensiones por antigüedad o anticipados y traspasando estos recursos a una mejor atención de salud materno-infantil) podría reducir la mortalidad infantil y aumentar la esperanza de vida.

### 3. Los Efectos de la Estructura de Prestaciones

Las prestaciones generosas y desiguales en ALC han tenido un efecto de demostración negativo, contribuido a la escalada en el costo del seguro/seguridad social, impedido la universalización de la cobertura, provocado el desequilibrio actuarial y financiero y, eventualmente, conducido a la erosión en el valor real de las pensiones y el deterioro en la calidad de la atención de la salud. Además, las prestaciones privilegiadas, solo financiadas en parte por los asegurados también han tenido un impacto regresivo en la distribución del ingreso.

En los países pioneros, los programas privilegiados que cubrían a los grupos de presión más poderosos fueron fáciles de financiar al principio mediante subsidios (directamente del presupuesto, impuestos especiales y/o alza de precios), porque el tamaño de estos grupos era relativamente pequeño y el Estado era capaz de efectuar la transferencia de unos grupos a otros. Sin embargo, estos programas sirvieron de modelo a imitar más tarde por grupos mayores pero menos privilegiados. Como ya se ha apuntado, el sindicalismo creciente combinado con la intervención estatal y las concesiones electorales de los partidos políticos, jugaron un papel clave en la "masificación del privilegio". Pero lo que fue financieramente viable (aunque injustificado desde un punto de vista de equidad) para una minoría de asegurados no pudo serlo para la gran masa de los asegurados.

Ya hemos visto que, en la mayoría de los países de ALC, el gasto de seguridad social como porcentaje del PIB creció entre 1965 y 1983. La generosidad de las prestaciones ha sido una de las causas principales en el incremento de dichos gastos: edades de retiro congeladas o declinantes al tiempo que la esperanza de vida ha crecido, retiros por antigüedad o anticipado, edades de retiro más bajas para las mujeres que para los hombres, cálculo del salario base con un período corto y reciente de la vida laboral, porcentaje muy alto de reemplazo salarial en pensiones y subsidios de enfermedad y maternidad, y ajuste de las pensiones por encima del nivel de inflación. Otras causas han sido el énfasis en la medicina curativa intensiva de capital, sobre la menos costosa y efectiva medicina preventiva y de atención primaria, y el aumento de la esperanza de vida de los retirados que gastan un porcentaje creciente de los recursos. En los países pertenecientes a los grupos bajo e intermedio, el enorme costo de la extensión vertical de prestaciones generosas para una minoría de asegurados hace imposible la extensión horizontal (universalización) de prestaciones básicas (vr. gr., pensiones mínimas y atención de salud primaria) para la mayoría de la población.

A medida que el programa de pensiones ha madurado en ALC, primero en los países pioneros y gradualmente en los intermedios, el porcentaje del gasto de dicho programa sobre los gastos de seguro social ha crecido y en 1983 se aproximaba (como promedio regional) a la mitad de dichos gastos y, en los países pioneros al 70%. Más aún, en un par de países intermedios ha ocurrido un fenómeno de "madurez precoz" debido al prolongado estancamiento de la cobertura poblacional (en Ecuador el porcentaje del gasto de pensiones llegó a 76% en 1983). Con más recursos asignados a pensiones, queda menos disponible para enfermedad-maternidad. Esta situación se ha agravado por la práctica tradicional de invertir sumas considerables de los fondos de pensiones en la construcción de hospitales y su equipo e, incluso, en subsidiar gastos corrientes del programa de enfermedad-maternidad. Ya se ha visto que esta inversión no es rentable y ha contribuido a descapitalizar el fondo de pensiones. Esto último, combinado con la maduración del programa de pensiones ha provocado, en varios países, el desequilibrio financiero o bancarrota de ambos programas. La crisis económica de la década en curso, ha precipitado un fenómeno similar en países de los grupos intermedios y bajo, como Colombia, Ecuador, Panamá, Perú y República Dominicana; y otros países se abocan a la crisis en el corto o mediano plazo como Bolivia, Costa Rica, Jamaica y México.

Cuadro 15

DESIGUALDADES ENTRE PENSIONES PROMEDIO DE VARIOS GRUPOS DE  
ASEGURADOS EN PAISES SELECCIONADOS DE AMERICA LATINA: 1980-1987 a/

	Bolivia (1987)	Colombia (1982)	C.Rica (1986)	Chile (1980)	México (1980)	Uruguay (1982)
General	1.0	1.0	1.0	1.0 <u>b/</u>	1.0 <u>c/</u>	1.0 <u>d/</u>
Fuerzas Armadas		2.5		8.0	5.5 <u>e/</u>	4.9
Policía		1.6		6.9		4.1
Empleados púb.	1.2	1.7		3.2	3.8	2.0
Magisterio	1.3		3.4			2.0
Hacienda, judic.			5.8			
Bancario		3.4		5.7		3.8
Petróleo	2.2					
Rural						0.8
Doméstico						0.7

a/ Razón entre el sistema general (1.0) y los otros.

b/ SSS (fondo de obreros) el mayor de Chile en esa época.

c/ IMSS (fondo general del sector privado) el mayor de México.

d/ DIPAICO (fondo de industria y comercio) el mayor de Uruguay.

e/ Proporción de 1971.

Fuente: Carmelo Mesa Lago, (1990), op.cit.

Cuadro 16

DESIGUALDADES EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE INSTITUCIONES PROTECTORAS EN  
PAISES SELECCIONADOS DE AMERICA LATINA: ENTRE 1980 Y 1984

Sectores o grupos	Ecuador(1981)		México(1980)		Perú(1982)	
	Camas/hospitales a/	Camas/hosp.a/ b/	Médicos a/	Médicos b/	Camas/hosp.a/	Médicos a/
Seguro Social	1.4	1.2-1.4	2.1	11.8-24.9	1.6	11.1
Ministerio Salud	1.2	1.1	1.5	6.7	1.8	5.1
Fuerzas Armadas	n.d.	4.1	5.1	23.8	2.3	20.4
Privadas	5.6	n.d.	6.1	n.d.	1.1	70.8

a/ Camas de hospital por 1.000 personas cubiertas en cada institución y médicos por 10.000 cubiertos.  
b/ IMSS, ISSSTE, petróleo.

Fuente: Carmelo Mesa Lago, (1990), op.cit.

Cuadro 17

## SERVICIOS Y NIVELES DE SALUD EN ALC: 1980-1985

Países	Camas hosp. x 1.000 hab. (1980-1985)	Médicos x 10.000 hab. (1980-1985)	Mortalidad infantil (1985)	Esperanza de vida (1985)
Argentina	5.4	25.7	34	70
Bahamas	4.3	10.0	27 c/	69
Barbados	8.7	8.5	17 c/	72 c/
Bolivia	1.8	5.1	117	53
Brasil	4.2	7.8	67	65
Colombia	1.7	5.8	55	65
Costa Rica	3.3	10.0	18	74
Cuba	4.6	20.8	17	74
Chile	3.5	9.7	20	69
Ecuador	1.7	8.8	54 c/	63
El Salvador	1.2	3.2	65	64
Guatemala	1.6	4.1	65	60
Haití	0.9 a/	1.2	123	54
Honduras	1.3	4.0	76	62
Jamaica	2.8	3.4	27 c/	71
México	1.2	9.0	39 c/	67
Nicaragua	1.6	6.7	69	59
Panamá	3.2	10.3	25	72
Paraguay	1.0	6.2	43	66
Perú	1.7	8.7	95	60 c/
Rep. Dominicana	2.6 b/	4.1	70	64
T. y Tobago	4.5 b/	7.4	22	69
Uruguay	6.0	19.9	30 c/	72
Venezuela	2.7	12.0	37	70

a/ Sólo en el Ministerio de Salud. b/ 1975. c/ 1984.

Fuente: Carmelo Mesa Lago, (1990), *op.cit.*

Enfrentados al desequilibrio, unos pocos países han logrado eliminar o restringir las generosas prestaciones y condiciones de adquisición a través de planes de emergencia o reformas más profundas. Pero en muchos países, factores políticos han impedido esta acción y/o bien el Estado ha debido incrementar sus subsidios (algo cada vez más difícil en el medio de la crisis) o ha habido que dejar que las pensiones se devalúen y la calidad de la atención de salud se deteriore. Intentos recientes de eliminar pensiones privilegiadas y/o hacer más estrictas las generosas condiciones de adquisición han fracasado.

A los efectos de reducir el costo de las prestaciones y aumentar su equidad se recomienda:

- i) eliminar el retiro por edad anticipada y por antigüedad o, al menos, incrementar los años de servicio requeridos, fijar una edad mínima e aumentar el porcentaje de reemplazo salarial de acuerdo con los años de servicio prestados; ii) aumentar la edad de retiro ajustándola a la esperanza de vida del país o, al menos, incrementar el porcentaje de reemplazo salarial de acuerdo con la edad de retiro para incentivar el retiro a edad más avanzada que la normal; iii) igualar las edades de retiro del hombre y la mujer aumentando la de la última en lugar de reducir la del primero; iv) vincular más estrechamente la pensión a los ingresos de toda la vida del asegurado, aumentando los años de salario que se usan como base; v) reducir el porcentaje de reemplazo del salario (o incrementarlo de acuerdo con los años de edad/servicio para desincentivar el retiro precoz); vi) considerar un sistema de pensiones básicas, con un mínimo y un máximo razonables combinado con pensiones complementarias que sean esencialmente financiadas por el asegurado, con régimen de capitalización completa y estricta correspondencia entre el aporte y la pensión; vii) ajustar las prestaciones monetarias con base a los salarios en vez del costo de vida; si aquellas se indexaran con la inflación debería entonces indexarse el ingreso base de contribución; viii) limitar el número de familiares dependientes elegibles para pensiones de sobrevivientes; ix) uniformar las condiciones de adquisición y cálculo de las prestaciones, especialmente pensiones, eliminando las condiciones desiguales y privilegiadas de algunos grupos así como los subsidios estatales a éstas; x) reducir el porcentaje del salario que se paga como subsidio por enfermedad y fijar un período mínimo de espera para evitar la simulación de enfermedad; xi) eliminar las prestaciones de enfermedad excesivamente generosas, así como los viajes y tratamientos en el extranjero; xii) efectuar una distribución más balanceada de los recursos y los servicios de salud entre grupos de la población, regiones geográficas y grupos; xiii) dar prioridad a la atención primaria de salud sobre la curativa; xiv) eliminar o reducir al mínimo las llamadas "prestaciones sociales"; y xv) usar los recursos así liberados por la reducción de gastos para extender la cobertura, proveer prestaciones básicas a los grupos de bajo ingreso, y proveer un balance más equitativo en las prestaciones.

## V. REDUCCIÓN DE LOS COSTOS ADMINISTRATIVOS

Como en muchos otros aspectos del seguro/seguridad social en ALC, las estadísticas sobre los costos administrativos son usualmente deficientes y difíciles de comparar entre países. Las escasas cifras disponibles, sin embargo, indican que los costos en ALC son mucho más altos que en los países desarrollados de Norteamérica, Europa y Asia, donde fluctúan entre 2% y 4% del gasto total.

De acuerdo con el Cuadro 18, en 1983-1986, los porcentajes del gasto administrativo sobre el gasto total fluctuaban entre 3.4 en Argentina y 32.4 en Trinidad-Tobago.

En los países donde el seguro social se introdujo recientemente (vr. gr., en el Caribe no latino), el alto porcentaje del gasto administrativo se explica en parte por la necesidad de personal, equipo y planta física mínimos para operar el sistema, combinado con bajos gastos iniciales en

prestaciones (especialmente pensiones). Según se incrementan los últimos el porcentaje de gastos administrativos se reduce. Sin embargo, el Cuadro 18 demuestra que hay gran variedad en los porcentajes de los cuatro países caribeños, lo que no puede ser explicado sólo por el tiempo que el programa ha estado en operación, sino también por la frugalidad o prodigalidad administrativas. En los países que hay pluralidad de instituciones y/o baja cobertura poblacional el porcentaje tiende a ser más alto (como en República Dominicana, Ecuador, Honduras, Bolivia y Colombia) que en los países con universalidad de cobertura que se iniciaron relativamente unificados o han tenido procesos posteriores de unificación y uniformización (Argentina, Brasil, Costa Rica, Uruguay y Panamá). Generalmente, los gastos administrativos de las instituciones privilegiadas son más altos que en la general, así en Bolivia, el programa para el petróleo gasta seis veces más por asegurado que la CNSS. En algunos países la ley fija un porcentaje para el costo administrativo pero esto, en vez de constreñir dicho costo se convierte en un incentivo para gastar más de lo indispensable.

Las economías de escala pueden reducir costos y esto podría explicar los gastos más bajos en los países industrializados (y en los países de ALC con los programas mayores y unificados). Sin embargo, Dinamarca, Irlanda y Noruega (así como Costa Rica) son países pequeños pero tienen gastos administrativos más bajos que en ALC. Los principales problemas administrativos y causas de sus altos costos son los siguientes:

#### 1. Personal Excesivo y con Remuneración Relativamente Alta

El grueso de los costos administrativos es por personal y la importancia de éste se mide en 15 países de ALC en la segunda columna del Cuadro 18, mediante la razón del número de empleados por 1,000 asegurados. Estas cifras no se estiman ni por las instituciones de seguro social ni por los organismos internacionales. En algunos países las razones están subestimadas porque las cifras de personal excluyen a los empleados temporales que pueden constituir una parte substancial del número total de empleados. Además, debido a que la cobertura poblacional está a veces sobrestimada, la razón resulta subestimada. 5/

Las mayores burocracias de la República Dominicana, El Salvador y Ecuador son comprobadas por razones de 13.2 a 20.5 que corresponden con sus altos gastos de administración. Pero nótese que Costa Rica y Panamá tienen razones de 13 y 11.7 respectivamente y porcentajes de gastos administrativos relativamente bajos.

Los altos salarios y beneficios marginales del personal toman entre una mitad y tres cuartas partes del gasto administrativo en varios países de ALC. A menudo, los empleados del seguro social son los mejor remunerados en el sector público (sus salarios con frecuencia se ajustan a la inflación) y disfrutan de condiciones laborales muy superiores a las de los asegurados.

Además, en muchos países las instituciones de seguro social se han convertido en una fuente importante de empleo para aliviar el alto desempleo abierto.

Cuadro 18

INDICADORES DE LA EFICIENCIA ADMINISTRATIVA DEL SEGURO SOCIAL a/  
EN ALC: 1983-1987

Países <u>b/</u>	% de gastos administ. sobre gasto total (1983-1986)	Empleados por 1.000 asegurados (1980-1987)
Argentina	3.4	n.d.
Bahamas	21.8	3.8
Barbados	5.0	2.4
Bolivia	14.5	6.7
Brasil	6.8	n.d.
Colombia	11.6	7.4
Costa Rica	5.0	13.0
Chile	8.2	n.d.
Ecuador	22.5	13.2
El Salvador	13.7	13.5
Guatemala	11.8	7.4
Honduras	17.8	n.d.
Jamaica	12.8	0.6
México	12.8-17.3 <u>c/</u>	8.9-10.4 <u>c/</u>
Nicaragua	28.0	4.5
Panamá	7.7	11.7
Perú	11.4	7.0/10.5 <u>e/</u>
Rep. Dominicana	22.0 <u>f/</u>	20.5
Trinidad y Tobago	32.4 <u>d/</u>	n.d.
Uruguay	5.4	n.d.
Venezuela	17.6	4.1

a/ Incluye asignaciones familiares o programas de empleados públicos en siete países. b/ No hay cifras para Cuba, Haití y Paraguay. En la gran mayoría cubre el seguro social sólo, en otros se añaden las asignaciones familiares y/o pensiones no contributivas. c/ En las dos instituciones mayores (IMSS e ISSSTE). d/ 8.7% si se consideran todos los programas incluso la asistencia social. e/ La más baja es la cifra oficial y la más alta la corregida por sobreestimación de cobertura poblacional en 1988. f/ 41% en 1988.

Fuente: Carmelo Mesa Lago, (1990), op.cit.

## 2. Multiplicidad de Instituciones Gestoras y Complejidad Legislativa.

Parte del alto costo administrativo se debe a la multiplicidad de instituciones gestoras. Los sistemas de los países pioneros evolucionaron de manera fragmentada, creando un mosaico de numerosos fondos o cajas a cargo de múltiples programas y cubriendo a grupos ocupacionales diversos. En Argentina, Brasil, Chile, Cuba y Uruguay llegaron a funcionar hasta 50 ó 60 instituciones. Cada una tenía su propia legislación, fuentes de ingreso, prestaciones y condiciones de adquisición; las diferencias entre las instituciones eran notables y el sistema carecía de coordinación general. Estos sistemas estratificados provocaban efectos nocivos: confusión jurídica, complejidad administrativa, altos costos operativos, dificultad para establecer un registro único que permitiera un control adecuado de la evasión, obstáculos para que el asegurado pudiera combinar los tiempos de servicio y las contribuciones aportadas a instituciones diferentes, y desigualdades irritantes.

En los países donde el seguro/seguridad social se introdujo más tarde, la estratificación fue menor ya que usualmente el instituto general incorporó a la mayoría de los programas y los grupos asegurados. En los tres decenios últimos la mayoría de los sistemas estratificados (Argentina, Brasil, Chile, Cuba, Perú, Uruguay) han sido objeto de procesos de unificación y uniformación total o parcial. La estratificación aún subsiste en varios países mientras que en otros el proceso de unificación no se ha completado; así, hay aún cientos de "obras sociales" en Argentina.

Los países latinoamericanos heredaron la tradición ibérica de la legislación casuística con excesiva regulación del detalle y, por tanto, necesidad de modificaciones repetidas. Esto combinado con la multiplicidad y fragmentación institucional, ha creado un laberinto jurídico que aún la codificación de la seguridad social a veces no ha resuelto. Peor aún, sistemas unificados y uniformes de reciente creación, ya han desarrollado un conjunto abundante y complejo de normas legales. Por último, la concesión de prestaciones (especialmente pensiones) en América Latina se enfoca casi siempre como un litigio jurídico en que el asegurado tiene que probar su derecho, mediante documentación, testigos, etc., lo que complica, alarga y hace más costoso el trámite (esto se debe en parte a la falta de información institucional y de mecanismos como la cuenta individual).

## 3. Deficiencias Informáticas y Contables

Existen numerosos ejemplos de vacíos y deficiencias en la información, sobre cobertura poblacional, evasión y mora patronal, deuda estatal, rendimiento real de la inversión, gastos administrativos, etc. Por otra parte, algunas de las estadísticas compiladas y publicadas anualmente por las instituciones de seguro social parecen no tener propósito específico ni clara utilidad. Varias reuniones técnicas regionales e internacionales sobre estadísticas de seguridad social se han efectuado en los dos últimos decenios pero, a pesar de algunas mejoras, aún subsisten problemas serios en este campo. Más aún, la crisis económica en curso ha perjudicado la elaboración y publicación de estadísticas; por ejemplo, algunos países han suspendido o demorado la publicación de los anuarios o memorias, mientras que otros han reducido la información.

Existe una tendencia en ALC hacia el uso creciente de la computación en la administración del seguro social ya sea a través de equipo propio o contratado. La computación es usualmente vista como una panacea para problemas diversos como la evasión, la mora y la agilización del procedimiento para otorgar prestaciones. Aunque esta tendencia es positiva la misma no está exenta de ciertos problemas; la falta de personal calificado y de "software" a menudo resulta en una

subutilización del equipo. Además, la computación no es suficiente, por sí misma, para resolver problemas que requieren de acción subsiguiente, por ejemplo, la información puesta al día sobre la mora patronal, tiene que ser seguida por la ejecución dinámica del cobro a los morosos.

Para mejorar la administración del seguro/seguridad social y reducir sus gastos se recomienda: (i) refinar y normalizar las estadísticas de gastos administrativos y de personal; (ii) realizar programas de reducción de personal; (iii) o reducir las condiciones laborales privilegiadas de los empleados; (iv) unificar y uniformar los sistemas afectados por multiplicidad; (v) integrar o coordinar efectivamente los servicios médico-hospitalarios del ministerio de salud y el seguro social; (vi) agilizar el trámite de otorgación de prestaciones (especialmente pensiones) mediante la simplificación jurídica y la creación de la cuenta individual; (vii) evaluar la recopilación y diseminación estadística eliminando la innecesaria y dando prioridad a la generación de las cifras más útiles; (ix) combinar la computación con la acción ejecutora y entrenar el personal de computación para maximizar su uso; (x) integrar las estadísticas financieras que se generan en diversos departamentos, elaborar los presupuestos por funciones, establecer la conexión entre ingreso y gasto por programa y producir series sobre rendimiento real de la inversión en general y por instrumentos; (xi) procurar una asignación más racional de recursos entre la medicina preventiva y la curativa, así como entre los niveles primario, secundario y terciario de atención; (xii) evaluar y reducir (cuando sea posible) los promedios de estancia, y estudiar las causas de la baja utilización hospitalaria tomando las medidas correspondientes; y (xiii) supervisar los contratos de servicio con instituciones privadas para evitar el sobreuso de pruebas de diagnóstico y cirugía y la sobremedicación.

## VI. LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

### 1. Problemas y políticas en los países del grupo alto

El modelo bismarckiano de seguro social no es apropiado para la mayoría de ALC, especialmente para los países menos desarrollados. Los países latinoamericanos más desarrollados han alcanzado la universalidad en la cobertura poblacional, o se acercan a esa meta, pero a un costo muy alto y, en muchos casos, sin haber logrado corregir las desigualdades en la cobertura, financiamiento y prestaciones, ni mejorar la eficiencia administrativa. Además estos países han sufrido, o sufren actualmente, graves desequilibrios actuariales y financieros y el Estado ya no es capaz de subsidiar sus déficit, particularmente bajo la prolongada y seria crisis económica. Tampoco estos países pueden posponer la crisis de la seguridad social mediante cambios en el régimen financiero pues todos (excepto Chile en el nuevo sistema y Costa Rica) usan el de reparto.

En los países del grupo alto, el objetivo principal de la reforma debe ser poner el sistema sobre una base financiera sólida. Pero como estos países ya tienen una carga muy pesada en términos del porcentaje global de contribución (entre 29% y 58%, excepto Cuba) y de los subsidios estatales (el 49% del costo total en Chile y el 56% en Cuba), para lograr el equilibrio financiero casi todos ellos tendrán que reducir sus gastos en vez de incrementar sus contribuciones, aunque deberían mejorar el control de la evasión y la mora. En el caso de Cuba es viable establecer una contribución al asegurado (que hoy no paga) mientras que en el caso de Chile pudiera considerarse una contribución modesta a los empleadores (que hoy no pagan) y a los asegurados para aliviar la carga excesiva del Estado en subsidiar el déficit del sistema antiguo, la asistencia social y otras prestaciones como asignaciones familiares y desempleo.

Las pensiones toman el porcentaje más alto de los gastos en los países del grupo alto lo que significa que, para reducir los costos, hay que introducir medidas tales como eliminar pensiones anticipadas y por antigüedad, aumentar las edades de retiro e igualarlas para ambos sexos, ajustar las pensiones al índice de salarios en vez de a la inflación, restringir el número de familiares dependientes con derecho a las pensiones de sobrevivientes, eliminar las pensiones privilegiadas, etc.. En los países con peor situación financiera, la solución estaría en establecer una pensión universal básica (quizas condicionada a una prueba de ingreso) combinada con una pensión suplementaria estrechamente relacionada con la contribución; esta última podría ser administrada por organizaciones privadas y/o públicas.

Esta situación crítica ha inducido reformas del modelo tradicional de seguro social. Las dos reformas más radicales y opuestas han sido: a) la estatización total en Cuba (en el decenio de 1960) que ha logrado la cobertura universal, unificando el sistema y eliminando la mayoría de las desigualdades (exceptuando a las fuerzas armadas que mantienen un régimen especial y a los campesinos privados que están excluidos de las prestaciones monetarias) pero enfrenta déficit crecientes que son cubiertos por el Estado lo que ha provocado la erosión del valor real de las pensiones; y b) la privatización creciente en Chile (en el decenio de 1980) que ha continuado la marcha hacia la universalidad (después de una breve interrupción) uniformando las principales condiciones de adquisición (exceptuando también las fuerzas armadas) y establecido un sistema nuevo de pensiones solvente pero al precio de un enorme incremento del déficit en el (y el subsidio estatal al) sistema antiguo.

Reformas más moderadas se introdujeron en los años 70 en Brasil y Costa Rica para extender la cobertura a los sectores rural y urbano/marginal y/o a la población indigente, ya a través de un tratamiento igual al del asegurado (en salud, pero con pensiones más bajas) o con prestaciones más restringidas. Sin embargo en Brasil, un proyecto legal para eliminar las costosísimas e inequitativas pensiones anticipadas o por antigüedad (cuyo costo se calcula aumentará el doble entre 1988 y 2000) fue derrotado. En Costa Rica, a pesar de un estudio exhaustivo de los sistemas de pensiones, concluido a principios de 1988 y el debate público subsiguiente en 1988-1989, no se ha elaborado siquiera un proyecto de ley para eliminar los costosos y privilegiados programas de pensiones independientes del sector público (cuyo costo se calcula aumentará 2.5 veces en 1988-1999).

Reformas menores aplicadas en Argentina y Uruguay no han logrado resolver los problemas fundamentales de la crisis. A principios del decenio de 1970 Uruguay comenzó el proceso hacia la unidad y uniformidad del sistema, aumentó algo las edades de retiro (de 55 y 45 a 60 y 55), y eliminó algunas prestaciones costosas pero no sentó las bases para una solución a largo plazo. Más aún, en 1979 se introdujo un período de transición que permitió el retiro anticipado con condiciones muy liberales, lo que provocó una avalancha de jubilaciones en 1980-1981 y la escalada del déficit. En 1987-1988 se aplicó otra reforma más substancial que eliminó varios de los programas privilegiados, estableció que las pensiones se ajustasen con base al índice de salarios del año precedente y fijó un tope a las pensiones. Pero el Congreso rechazó el aumento de las edades de retiro (de 60 y 55 a 65 y 60) que es fundamental para equilibrar el sistema. El 1986 la secretaría de seguridad social en Argentina elaboró un proyecto de ley para aumentar las edades de retiro y establecer bases financieras más estables, pero dicho proyecto ni siquiera llegó al Congreso. Desde mediados de 1988 la secretaría está planeando un estudio macroeconómico de tres años con el objeto de o bien mantener el sistema actual con algunas reformas o reemplazarlo con un nuevo sistema que proveería una pensión básica más una complementaria en que habría correspondencia estrecha entre primas y beneficios. Pero el proyecto tiene un período demasiado largo (desperdicia así la oportunidad del

cambio de gobierno), no es capaz de liberarse de las condiciones onerosas de adquisición actuales, basa el financiamiento en la cuestionable fijación de un 7% sobre el PIB anual, y entra en aspectos de dudosa utilidad práctica.

Varios informes técnicos preparados por expertos de prestigio internacional y patrocinados por organismos internacionales apoyan estas reformas. Pero los obstáculos para implantarlas, son esencialmente de naturaleza política: los grupos que disfrutaban de privilegio y, a veces, la población próxima a la edad de retiro se resisten al cambio y los políticos no se atreven a enfrentarse a esta oposición por temor a perder las elecciones o sus puestos. Las recientes derrotas de proyectos legales en Argentina, Brasil, Panamá y Uruguay, así como las dificultades legislativas en Costa Rica, son indicaciones claras de lo dicho. En el primer país los jubilados y pensionados están organizados en una asociación poderosa que influye en el Congreso y ha tenido éxitos en el pasado. La burocracia técnica de la seguridad social en su mayoría apoya estas reformas pero hay casos en que tratan de salvar el antiguo sistema ya sea por inercia o por miedo al cambio o porque temen perder sus puestos. Es obvia la necesidad de educar a la población, los dirigentes políticos y los burócratas sobre la necesidad de la reforma.

## 2. Problemas y políticas en los países intermedios y bajos

Los países latinoamericanos del grupo intermedio cubren menos de una mitad de su población y, hasta el decenio de 1980, parecían disfrutar de una mejor situación financiera que los pioneros. Unos pocos de ellos extendieron rápidamente la cobertura en el decenio de 1970 (Panamá, México y Venezuela) cubriendo parte del sector rural o parcialmente integrando sus servicios de salud; en los dos últimos países esta acción fue ayudada por el auge petrolero. La crisis del decenio en curso ha paralizado o reducido el ritmo de estos avances y algunos de estos países han comenzado a experimentar los desequilibrios antes reservados a los países del grupo alto.

Los países latinoamericanos menos desarrollados cubrían menos de una cuarta parte de su población y disfrutaban de solidez financiera al menos hasta fines de los 80. La extensión de la cobertura está limitada por barreras estructurales y la crisis económica; esta última ha contribuido al deterioro financiero en algunos países. En la República Dominicana, un proyecto legal elaborado a principios de decenio del 80 para extender la cobertura poblacional, fue derrotado en el Congreso bajo la presión de los médicos y, en 1987, el Instituto de Seguro Social estaba al borde del colapso. En Nicaragua se unificó el sistema de salud bajo el ministerio y se extendió la cobertura, pero la crisis político-económica del país y la superinflación han creado serios problemas financieros. Guatemala está ahora en proceso de extender la cobertura de enfermedad-maternidad a regiones menos desarrolladas. Un grave problema que confrontan estos países (así como algunos del grupo intermedio como Bolivia, Colombia y Ecuador) es que la universalización de la cobertura poblacional con el modelo actual resultaría en un costo exorbitante (entre 11% y 39% del PIB).

Los países del Caribe no latino han logrado combinar una cobertura casi universal (debido a su voluntad política, el modelo británico y las ventajas geográficas) con finanzas sólidas (al menos hasta mediados del decenio de 1980) en parte debidas a la novedad de sus sistemas pero también a una mayor eficiencia de sus inversiones y/o gastos magros en prestaciones y/o administración. Sin embargo, Jamaica se enfrenta a un desequilibrio financiero a corto plazo por causa del incremento de las pensiones y otras prestaciones monetarias en 1987 sin aumentar las contribuciones. Barbados se enfrenta al déficit del programa asistencial (subsidiado con las reservas generales) y a una seria

erosión en las reservas del programa de desempleo (que está separado del fondo general) debido a que aumentó sus prestaciones y redujo sus contribuciones al tiempo que el desempleo ascendía.

En los países intermedios y, particularmente los del grupo bajo, la meta de la reforma es la extensión de la cobertura poblacional con un régimen financiero solvente y viable a largo plazo. Las barreras estructurales a la extensión pueden ser evitadas siguiendo modelos como los de IMSS-COPLAMAR (México), FUNRURAL (Brasil), y el Seguro Social Campesino (Ecuador) pero intentando corregir sus fallas. Entre los países que ya confrontan problemas financieros en este grupo y donde alrededor de la mitad o algo más de la población ya está cubierta, una prioridad más urgente es salvar al sistema de la bancarrota. Con un par de excepciones, en estos países la mayoría del gasto está en el programa de enfermedad-maternidad y, aunque también es necesario restringir las condiciones del programa de pensiones, la principal tarea de la reforma debe ser que aquél programa sea autofinanciable. Como ya se ha dicho esto implica eliminar las prestaciones excesivamente generosas, integrar los servicios de salud, etc. Algunos de estos países aún no tienen una carga muy pesada por lo que es posible incrementar las contribuciones. Los dos países (Bolivia y Ecuador) del grupo intermedio en que la mayoría del gasto va a pensiones, deben seguir las recomendaciones indicadas para los pioneros. Los países del Caribe no latino están en la mejor situación y pueden resolver los problemas financieros mediante incrementos de sus bajas contribuciones y una mejor política de inversiones (especialmente en Jamaica).

En la gran mayoría de los países es imprescindible para que triunfe la reforma, que se ejecute un corte drástico en los gastos de administración. Sería injusto y políticamente inaceptable imponer sacrificios a los asegurados, pensionados y empleadores, mientras que dichos gastos no se reducen. De ahí que la reducción y el entrenamiento del personal, y la fijación de salarios y beneficios marginales razonables, es esencial. Esto es más fácil de recomendar que implantar, especialmente en medio de la crisis. Pero la primera prioridad del seguro/seguridad social debe ser el bienestar de los pensionados y asegurados y no el de sus empleados, que son servidores de los primeros y no lo opuesto.

Un académico especializado en la reforma del seguro social en el Cono Sur y Brasil ha planteado que los gobiernos democráticos y pluralistas, a pesar de los muchos estudios técnicos e intentos, han fracasado en esta tarea porque una transformación global de la seguridad social no es posible sin la reforma del sistema político: los grupos de presión son muy influyentes y el Estado carece de poder suficiente para restringir sus privilegios. En los decenios de 1960, 1970 y 1980, bajo gobiernos autoritario-burocráticos, las fuerzas armadas desmovilizaron a grupos políticos y sindicales reduciendo su poder. Con diversos grados de éxito, el Estado fue entonces capaz de despolitizar la seguridad social y, con ayuda de tecnócratas, proceder a unificarla, uniformarla y eliminar parte de sus privilegios (excluyendo a los de las fuerzas armadas). En Brasil el Estado tenía menos poder que en Chile y, por tanto, fue necesario un compromiso entre varios grupos. Otro estudio que compara las dos reformas más radicales en ALC, las de Chile y Cuba, llega a conclusiones similares. Estos dos países pioneros habían logrado una alta cobertura poblacional pero sus sistemas sufrían de excesiva multiplicidad, estratificación, desigualdades y dificultades financieras. Estas características resultaban de una creación temprana del sistema combinada con urbanización, activismo político y sindicalismo. Varios intentos de cambiar esa situación no tuvieron éxito hasta que dos gobiernos fuertes, de ideologías totalmente opuestas, lograron realizar las reformas.

En el decenio de 1990, con el proceso de democratización en la región, los gobiernos de ALC confrontan más que nunca antes la necesidad urgente de transformar el modelo tradicional del seguro

social. Un gran reto a la democracia en el último decenio de este siglo es construir el consenso nacional necesario, basado en la educación ciudadana, la toma de conciencia del problema y el sacrificio compartido, para lanzar con éxito esa reforma.

### Notas

1/ En una publicación reciente del Banco Mundial se considera la existencia de cuatro tipos de problemas en la seguridad social, relacionados con la equidad, el manejo y planeamiento de los sistemas, las distorsiones macroeconómicas y los aspectos microeconómicos. Después de examinar la importancia de dichos problemas en los países de América Latina se afirma que "... the ranking of issues is so strongly skewed toward equity problems that only a radically different understanding of the issues and their importance could change these ranking"... "Among other issues, those related to the efficiency and management of social security institutes (high administrative costs and actuarial imbalance) are a distant second priority" y concluye "It is somewhat surprising, given initial concerns in early Bank work about the macroeconomic implications of social security deficits, that this review leads to the conclusion that achieving greater equity is the highest priority. The concern with equity is directly linked to differential availability of health services between uninsured populations, who are usually the poorest, and social security affiliates drawn from the middle-income groups." W. McGreevy, *Social Security in Latin America. Issues and options for the World Bank Discussion Papers*, N°110, The World Bank D.C., 1990.

2/ La reorganización significa reforma, cambios; significa que los intereses creados estarían comprometidos; podría significar controversia, retraso y conflicto. Y por ende, inevitablemente esta disputa constituiría el escenario de grandes cambios en el desarrollo del sistema de salud como ha sido, incidentalmente, en varios estados industriales que han asumido, la responsabilidad a nivel nacional, de proveer los requerimientos de salud de su población. (Mark G. Field, (1980), "The Health System and the polity: A Contemporary American Dialectic", en Social Science & Medicine, Vol. 14A, N° 5, octubre).

3/ El término seguridad social se usa en este documento en sentido lato, siguiendo el concepto tradicional de la OIT, que cubre los programas siguientes: a) seguros sociales (pensiones de vejez, invalidez y muerte; atención médico-hospitalaria y prestaciones monetarias por riesgos profesionales; atención médico-hospitalaria y prestaciones monetarias por enfermedad común y maternidad; y prestaciones monetarias por desempleo); b) asignaciones familiares; c) asistencia social (tales como pensiones no-contributivas o concedidas a personas sin recursos y no elegibles para las prestaciones del seguro social); y d) sistemas nacionales de salud o programas públicos de atención a la salud. El término seguros sociales es, por tanto, más restringido que el de seguridad social y abarca los programas ya especificados. Hay, además, diferencias entre los dos conceptos. La seguridad social tiende a tener cobertura universal de riesgos y de la población, de manera integral, con financiamiento diverso incluyendo impuestos, aportes directos del fisco y contribuciones sobre la nómina salarial; el seguro social tiende a tener una cobertura más restringida de riesgos y de la población que la seguridad social, sus programas generalmente no están integrados y se financia típicamente con contribuciones tripartitas (asegurados, empleadores y Estado) sobre la nómina salarial.

4/ Los 14 países del Caribe no latino no se incluyeron en el estudio de CEPAL porque no existía entonces suficiente información sobre ellos. Debe advertirse además que el ordenamiento de los países se refiere al nivel de desarrollo de sus sistemas y no mide el desempeño de los mismos, o sea, no necesariamente indica su calidad o excelencia.

5/ Por ejemplo, en Perú, la razón de 8.1 x 1,000 en 1984 cayó bruscamente a 5.8 en 1985 pero esto se debió principalmente a un aumento de cobertura legal de más de un millón de dependientes, muy pocos de los cuales estaban realmente protegidos. En 1988, la razón (basada en cifras oficiales de cobertura poblacional) había aumentado a 7.0 pero, cuando se hicieron ajustes para eliminar a unos dos millones de supuestos asegurados que en realidad no lo estaban, la razón subió a 10.5 estableciendo un record histórico en Perú.