

NACIONES UNIDAS

CONSEJO
ECONOMICO
Y SOCIAL



LIMITADO
E/CEPAL/PROY.1/12
Agosto de 1979
ORIGINAL: ESPAÑOL

CEPAL

Comisión Económica para América Latina

SEGURIDAD SOCIAL Y POBREZA CRITICA EN AMERICA LATINA

Carmelo Mesa-Lago, Consultor

Este estudio fue preparado en virtud del Proyecto que ejecuta la CEPAL sobre Pobreza Crítica en América Latina (RLA/77/018). Las opiniones expresadas en él son de la exclusiva responsabilidad del autor.

79-10-2440-50

Indice

| | <u>Página</u> |
|--|---------------|
| INTRODUCCION | 1 |
| I. LA CONTRIBUCION DE LA SEGURIDAD SOCIAL A LA LUCHA CONTRA LA POBREZA | 2 |
| 1. <u>La protección de los necesitados</u> | 3 |
| 2. <u>La redistribución del ingreso</u> | 9 |
| 3. <u>La contribución al desarrollo</u> | 20 |
| II. LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y SU IMPACTO EN LA POBREZA CRITICA | 28 |
| 1. <u>Viabilidad económica de las reformas</u> | 28 |
| 2. <u>Incorporación de la seguridad social a la planifi- cación nacional</u> | 30 |
| 3. <u>Extensión horizontal antes que vertical</u> | 30 |
| 4. <u>Prioridades en los riesgos a cubrir</u> | 31 |
| 5. <u>Unidad y uniformidad del sistema</u> | 33 |
| 6. <u>Financiamiento a través de impuestos y primas esca- lonadas</u> | 34 |
| 7. <u>Prestaciones equitativas</u> | 36 |
| 8. <u>Impacto en la pobreza crítica y obstáculos en la implantación</u> | 37 |
| NOTAS | 40 |



INTRODUCCION

El presente trabajo tiene como objeto analizar la participación actual y potencial de la seguridad social en la lucha contra la pobreza crítica en América Latina.

El término seguridad social (en vez de seguro social o previsión social) se emplea aquí en un sentido amplio, abarcando cinco programas principales: riesgos profesionales (cobertura médico-monetaria contra los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales); pensiones por vejez, invalidez y sobrevivientes (también antigüedad en algunos países); atención médico-monetaria a la enfermedad común y la maternidad; asignaciones familiares; y subsidio de desempleo (también pensión en un par de países). Además la seguridad social incluye, con frecuencia, prestaciones adicionales (vr. gr., auxilio funerario, préstamos personales y para viviendas, etc.) más la asistencia pública o social (vr. gr., hospitales públicos, hogares de ancianos, orfanatos, cupones nutricionales, etc.). Los programas referidos pueden estar unidos en un organismo o dispersos entre numerosos organismos con o sin coordinación entre sí.^{1/}

El término pobreza crítica se usa aquí en la forma definida por CEPAL, entendiéndose así al grupo de la población que no tiene satisfechas sus necesidades básicas y que cae por debajo de la "línea de pobreza", la cual varía de acuerdo con el nivel de desarrollo y el ingreso nacional per cápita de los distintos países.^{2/}

El trabajo está organizado en dos partes. La primera describe el papel casi nulo que la seguridad social ha jugado hasta ahora en reducir la pobreza crítica, centrando la discusión en los objetivos de protección al necesitado, distribución del ingreso, y contribución al desarrollo. La segunda parte hace una serie de recomendaciones para realizar los tres objetivos citados de la seguridad social, a fin de que ésta pueda contribuir a la reducción de la pobreza crítica.

I. LA CONTRIBUCION

I. LA CONTRIBUCION DE LA SEGURIDAD SOCIAL A LA LUCHA CONTRA LA POBREZA

Aunque existe un debate teórico sobre los fines de la seguridad social, a los efectos de este trabajo he escogido tres objetivos concretos: a) suplir la pérdida de ingreso del cabeza de familia y sus dependientes o atender a las necesidades básicas provocadas por una serie de riesgos sociales, eventuales o ciertos, tales como accidentes, enfermedades, desempleo, vejez, muerte, etc.; b) actuar como un instrumento de redistribución del ingreso en favor de los grupos más necesitados; y c) contribuir al ahorro colectivo, a fin de combatir la inflación y promover el desarrollo.

Pero la seguridad social es un concepto surgido a principios de la década del 40, mientras que en América Latina todavía predomina la antigua concepción del seguro social obligatorio, como derecho adquirido por grupos ocupacionales, a través de contribuciones de los asegurados, empleadores y ocasionalmente el estado, para beneficio exclusivo de dicho grupo. La cobertura, el financiamiento, las prestaciones y la función redistributiva del seguro social están determinados por la relación de empleo y, dentro de éste, frecuentemente por el tipo de ocupación. En los países pioneros la protección de seguridad social se otorgó sucesivamente a grupos ocupacionales: primero a militares, funcionarios públicos, maestros; después a empleados y obreros del transporte, energía, banca, comunicaciones y otros servicios públicos; mucho más tarde a la masa de empleados y obreros, generalmente urbanos; por último, y sólo parcialmente y en unos pocos países, a trabajadores agrícolas, pequeños granjeros y empresarios, trabajadores por cuenta propia y servidores domésticos. Excepto por el subsidio al desempleo (existente sólo en cuatro países y limitado a ciertas ocupaciones) y la atención médica a dependientes en algunos países, el que carece de empleo no está cubierto por la seguridad social. En general, los primeros grupos cubiertos tenían un ingreso relativamente mucho más alto que los últimos grupos cubiertos y los no cubiertos (con excepción del grupo de ingreso más alto que no necesita de la seguridad social).

/La cobertura

La cobertura de los riesgos también ha evolucionado gradualmente en la mayoría de los países según muestra el cuadro 1. El primer riesgo en cubrirse fue el de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; nótese que en 1932 ya el 75% de los países tenían este tipo de programa en vigor. El segundo riesgo fue el de la enfermedad no profesional y la maternidad, pero como el anterior se conectó con el empleo; por ejemplo, la atención a la maternidad se concedió sólo a las empleadas y obreras. Casi al mismo tiempo se introdujeron las pensiones de vejez e invalidez y un poco más tarde las de sobrevivientes, todas ellas también conectadas con la relación trabajo. Los últimos programas en aparecer, fueron las asignaciones familiares y el subsidio de desempleo y ambos están en vigor en sólo unos pocos países de la región, también ligados con el empleo. En general, los países más desarrollados, fueron los pioneros en la introducción de estos programas (Chile, Uruguay, Perú, Brasil, Cuba, Argentina) mientras que los países menos desarrollados han sido los últimos (Guatemala, Honduras, Haití).

1. La protección de los necesitados

Con muy pocas excepciones, los que se encuentran debajo de la línea de pobreza crítica en América Latina, no están protegidos por la seguridad social, debido a que o bien son desempleados o subempleados o trabajadores eventuales o empleados por un familiar sin recibir paga (y por tanto no tienen una relación de empleo estable a tiempo completo) o bien desempeñan ocupaciones u oficios que no están cubiertos en la mayoría de los países, como trabajadores agrícolas, servidores domésticos, trabajadores por cuenta propia. El cuadro 2 muestra los diversos grados de protección de la PEA en todos los países de la región excluyendo al Caribe de habla inglesa. La cobertura se refiere en la mayoría de los casos al programa de enfermedad y maternidad y en otros al de vejez-invalidez-sobrevivientes; generalmente el grado de cobertura del primero es mayor que la del segundo. La cobertura de la PEA en la mayoría de los países es igual o mayor que la de la población total (Costa Rica y

Cuadro 1

EVOLUCION HISTORICA DE LOS PROGRAMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN
AMERICA LATINA: 1932-1977

(Número de países^{a/} con programas en vigor)

| Programas | 1932 | 1942 | 1952 | 1962 | 1972 | 1977 |
|--------------------------------|------|------|------|------|------|------------------|
| Riesgos profesionales (RP) | 15 | 17 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| Enfermedad-maternidad (E-M) | 1 | 7 | 13 | 17 | 17 | 20 ^{b/} |
| Vejez-invalides-muerte (V-I-M) | 2 | 7 | 12 | 14 | 17 | 20 |
| Asignaciones familiares (AF) | 0 | 0 | 1 | 5 | 6 | 7 |
| Desempleo (D) | 0 | 0 | 1 | 3 | 4 | 4 |

Fuentes: Basado en Alfredo Mallet, "Evolución y perspectivas de la seguridad social en América Latina", Seguridad social, 21:77-78 (sep-dic. 1972), pp. 258-261; y U.S. Social Security Administration, Social Security Programs Throughout the World, 1977, (Washington, D.C.: Government Printing Office, 1978).

a/ Excluye a los países del Caribe de habla inglesa.

b/ Argentina y Uruguay carecen de un seguro o programa nacional de salud pero otorgan atención médica a ciertos grupos de asegurados.

Cuadro 2

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA CUBIERTA POR LA SEGURIDAD SOCIAL EN
AMERICA LATINA, 1960, 1970 Y 1975

(En porcentajes)

| País | 1960 | 1970 | 1975 |
|----------------------|---------|---------|---------|
| Argentina | 55.2 | 68.0 | |
| Bolivia | 8.8a/ | 9.0 | 17.3b/ |
| Brasil | 23.1 | 27.0 | 92.6 |
| Colombia | 8.0 | 18.1 | |
| Costa Rica | 25.3 | 38.2 | 53.7 |
| Cuba | 62.6 | 100.0c/ | 100.0c/ |
| Chile | 67.1 | 69.5 | |
| Ecuador | 11.0 | 15.8d/ | |
| El Salvador | 4.4 | 8.4 | |
| Guatemala | 20.6 | 27.0 | 31.1 |
| Haití | 1.3a/ | 1.0d/ | |
| Honduras | 3.7 | 4.2 | |
| México | 12.0 | 24.7 | 36.8 |
| Nicaragua | 5.9 | 14.8 | |
| Panamá | 20.6 | 34.3 | |
| Paraguay | 8.0 | 10.7 | |
| Perú | 24.8a/ | 35.6d/ | |
| República Dominicana | 14.6 | 9.4d/ | |
| Uruguay | 109.0e/ | 95.4 | |
| Venezuela | 11.9 | 24.4 | |
| América Latina | 21.1 | 29.5 | |

Fuentes: Argentina, Chile, México, Perú y Uruguay de Carmelo Mesa-Lago, Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality (Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1978), pp. 41, 90, 134, 180 y 231; Bolivia de IBSS, Memoria de la Seguridad Social Boliviana 1973-1977 (La Paz 1978), pp. 51-52 y Ministerio del Trabajo y Desarrollo Laboral, Estadística Laboral, 1971-1976 (La Paz 1977), pp. 1, 30. México 1975 de Rose Spalding, "Social Security Policy Making: The Formation and Evolution of the IMSS," Ph.D. Dissertation, University of North Carolina, 1978; Brasil de James M. Malloy, The Politics of Social Security in Brazil (Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1979), Cuadro 1 y apéndice 1; Colombia de Hernando Gómez Buendía, "La protección desigual: Previsión y seguridad social en Colombia," Coyuntura Económica, 5:3 (1975), cuadro V-1; Costa Rica de Mark B. Rosenberg, "The Politics of Health Care in Costa Rica: Social Security Policy Making 1941-1975," Ph.D. Dissertation University of Pittsburgh, 1976, cuadro 1; Cuba de Cuban Economic Research Project, Social Security in Cuba (University of Miami, 1964), p. 87 y Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, La seguridad social en Cuba (La Habana: 1977), pp. 27, 34-36; Guatemala de Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Detalle Anual de Labores, 1977 (Guatemala: Editorial Martí, 1978), p. 2; el resto de CEPAL, Economic survey of Latin America, 1973 (New York: United Nations, 1975), p. 677, and Statistical Abstract of Latin America, 1977 (Los Angeles: UCLA, 1977), p. 121.

a/ 1961.

b/ 1976.

c/ Menos del 100% pues excluye al servicio doméstico.

d/ 1969.

e/ Sobrecobertura debida a protección múltiple.

/Chile son

Chile son excepciones importantes). En 1970 Cuba casi cubría al 100% de la PEA (excluyendo al pequeño número de personas en el servicio doméstico), seguida por Uruguay con un 95%, y Chile y Argentina con porcentajes cercanos al 70%. La cobertura caía después por debajo del 40% de la PEA: del 35 al 39% en Costa Rica, Perú y Panamá; del 25 al 30% en Brasil, Guatemala, México y Venezuela; del 10 al 20% en Ecuador, Colombia, Nicaragua y Paraguay; del 8 al 9% en República Dominicana, Bolivia y El Salvador; y del 1 al 5% en Honduras y Haití. En general parece que a mayor desarrollo económico-social, más antigüedad de los programas de seguridad social y más extendida su cobertura.

En 1976, CEPAL calculó que un 35% de la población de América Latina estaba por debajo de la línea de pobreza crítica y en 1970 más de un 70% de la PEA no estaba cubierta por la seguridad social (posiblemente un 64% en 1976), así pues, se puede concluir que, en general, los más pobres o más necesitados no estaban cubiertos. Aunque los países con mayor grado de cobertura de seguridad social eran también los que tenían la proporción menor de pobres (vr. gr., Argentina con 68% de cobertura tenía 3% de pobres, Chile con 70% de cobertura tenía entre 15 y 25% de pobres), 3/ el porcentaje de la PEA no cubierta excedía (excepto en el caso de Cuba) al porcentaje de los pobres aún en los países más avanzados. Claro está que puede argumentarse con razón que si la seguridad social no existiera, la proporción de pobres sería mucho mayor, pues los viejos, inválidos, enfermos, desempleados, viudas y huérfanos hoy mantenidos por el sistema, habrían caído por debajo de la línea de pobreza si no fuera por las prestaciones médico-monetarias otorgadas por la seguridad social. Pero en términos de reducir la pobreza crítica actual, la seguridad social ha hecho poco o nada en la gran mayoría de los países de la región.

Información adicional sobre varios países que desagrega el sector cubierto en la década de 1960 por tipo de trabajador, actividad económica y regiones, ratifica la conclusión anterior. En Argentina, Chile, México y Perú, el grado de cobertura entre los trabajadores asalariados

/fluctuaba entre

fluctuaba entre 44 y 90%, el de los trabajadores por cuenta propia iba de 0.8 al 23%; en la mayoría de los países los pequeños empresarios no estaban cubiertos (salvo en Argentina el 16%); y ningún país cubría a los trabajadores sin paga para un familiar. Las actividades económicas mejor remuneradas eran también las que disfrutaban un grado de cobertura mayor y viceversa según puede verse en el cuadro 3 que compara Colombia, Costa Rica, Chile y México: electricidad, gas y agua del 70 al 224%; manufactura 50 al 83%; pero agricultura del 1.4 al 55% (la cobertura más alta en Chile, entre los cuatro, el país con mayor extensión de la seguridad social). Nótese que la gran minería cuando tiene un papel crucial en el desarrollo (vr. gr., cobre en Chile, petróleo en México) sube su cobertura al 100% o la sobrepasa. En el sector de servicios, la mezcla de los personales con otros como los de gobierno reduce los porcentajes de cobertura, pero véase que cuando se desagrega el gobierno (vr. gr., en México) la cobertura del mismo es total. Aunque no hay cifras comparables para todos los países de América Latina, encuestas sobre pobreza extrema en algunos países indican que la mayoría de los pobres se localizan en la agricultura (especialmente minifundistas, pequeños propietarios y en contratos de usufructo), así como en los servicios personales (servidores domésticos, vendedores independientes) y artesanado.^{4/} Por último, la cobertura geográfica indicaba que los estados o provincias más desarrollados (industrializados, sindicalizados, urbanos con ingresos más altos) tenían una cobertura hasta 30 veces mayor que los estados/provincias menos desarrollados (rurales, agrícolas, poco sindicalizados, con ingresos más bajos). El rango extremo de cobertura fluctuaba entre 2 y 65% en Perú, 4 y 63% en México, 6 y 63% en Argentina, y 18 y 80% en Chile. En tres de estos países, los estados/provincias donde se concentraba la masa india eran los que tenían la cobertura más baja.^{5/}

El cuadro 2 sugiere que, con la excepción de Cuba y en menor grado Argentina, Costa Rica, Panamá y Venezuela, la cobertura de la PEA se amplió muy poco entre 1960 y 1970; pero en la primera mitad de

Cuadro 3

GRADO DE COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL POR ACTIVIDAD
ECONOMICA EN ALGUNOS PAISES DE AMERICA LATINA

(En porcentajes)

| Actividad económica | Colombia (1971) | Costa Rica (1973) | Chile (1966) | México (1969) |
|-----------------------------|--------------------|----------------------|-----------------|------------------|
| Agricultura, caza y pesca | 3.1 | 23.1 | 54.8 | 1.4 |
| Minería | 9.1 | 72.4 | 143.4 a/ | 7.4 b/ |
| Manufactura | 50.5 | 82.5 | 81.2 | 58.4 |
| Construcción | 21.6 | 51.4 | 101.3 | 8.4 |
| Electricidad, gas y agua | 70.0 | 131.0 a/ | 223.5 a/ | 113.2 a/ |
| Transporte y comunicaciones | 25.3 | 54.0 | 65.4 | 67.7 |
| Comercio | 27.4 | 59.0 | 65.0 | 44.2 |
| Servicios | 15.7 | 74.4 d/ | 67.0 | 15.7 c/ |
| TOTAL | 18.5 | 49.5 | 73.3 | 23.7 |

Fuentes: Colombia de Gómez Buendía, "La protección desigual: Previsión y seguridad social en Colombia", cuadro V-10; Costa Rica de Dianne Wilner Green, "Some Effects of Social Security Programs on the Distribution of Income in Costa Rica", Ph.D. Dissertation, Universidad de Pittsburgh, 1977, cuadro 6; Chile y México de C. Mesa-Lago, Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality, cuadros 2-5 y 6-5.

- a/ Sobrecobertura debida a protección múltiple.
- b/ Petróleo y gas 83.5%.
- c/ Gobierno 103.4%.
- d/ Finanzas 89.4%.

la década actual algunos países (Brasil, Costa Rica, México) han extendido más rápidamente la cobertura. En la región como un todo, la cobertura creció en un poco más de 8 puntos porcentuales en la década pasada, de forma que a ese ritmo se necesitarían 85 años para cubrir a toda la PEA (y posiblemente un siglo para cubrir a toda la población) y, por tanto, proteger a los más necesitados. Pero el cuadro 1 demuestra, sin embargo, que la cobertura de los riesgos no profesionales (especialmente EM y VIM) se ha ampliado de manera impresionante en los últimos 35 años. Lo que ha ocurrido es que la seguridad social se ha extendido verticalmente en vez de horizontalmente, o sea, se han agregado prestaciones (o cubierto riesgos) en favor del sector protegido en vez de extenderse la cobertura de la población. Así se ha sacrificado el principio de universalidad y no se ha cumplido el objetivo de atención a los más necesitados. Por lo contrario, el sector asalariado, urbano, moderno, perteneciente al estrato de ingreso medio, ha acumulado beneficio sobre beneficio. El costo de la seguridad social, como se verá más adelante, ha aumentado considerablemente, pero no precisamente para proteger a los más necesitados.

2. La redistribución del ingreso

En América Latina ha ocurrido un fenómeno peculiar que yo he calificado como "estratificación de la seguridad social".^{6/} Debido a la forma gradual y por grupos ocupacionales en que evolucionó el sistema, en muchos países hay una multiplicidad de organismos (cajas, institutos, fondos) que cubren hasta 50 tipos de ocupaciones diferentes; los casos extremos que persisten son Chile y Uruguay; otros han desaparecido o se han reducido por un proceso de unificación, vr. gr., Cuba (hasta la década del 60) y Argentina, Brasil y Perú (hasta la década del 70). Cada organismo asegurador es (era) independiente, con su propio contingente de asegurados, legislación, fuentes de ingreso, derechos y prestaciones. Generalmente los grupos más poderosos (militares, funcionarios públicos, la aristocracia laboral) ejercieron presión para obtener los mejores sistemas, de forma que la seguridad social

/se convirtió

se convirtió en una pirámide en que los estratos superiores gozaban de sistemas superiores a los inferiores, y la base amplia de la pirámide estaba compuesta por los no asegurados. Cuanto más poderoso un grupo de presión, antes recibía cobertura en el tiempo, mayor el grado de tal cobertura, menor el costo de financiamiento y más generosos los beneficios.

Si cada grupo hubiese financiado por sí mismo su sistema de protección, la pirámide de seguridad social se hubiera limitado a reproducir la pirámide del ingreso. Pero los grupos más poderosos consiguieron mayores aportes del estado y los empleadores que los grupos con menor poder. Por ejemplo, los militares lograron en algunos países que el estado financiara prácticamente todo el sistema, los empleados públicos que el estado se hiciera cargo de los déficits crecientes, y algunos profesionales o sindicatos poderosos consiguieron que se crearan impuestos especiales (sobre la producción o servicios ligados o no a su actividad) que engrosaron sus fondos. El cuadro 4 demuestra que, en 1974, en nueve de quince países el estado contribuía más de una tercera parte de los ingresos de seguridad social, y en seis contribuía más de la mitad; más aún en Venezuela, el estado contribuía el 65% de los ingresos pero sólo el 25% de la PEA estaba cubierta y en Nicaragua contribuía el 52% para un 15% cubierto.

La contribución de los empleadores excedía, en la mitad de los países, una tercera parte de los ingresos, mientras que la contribución de los asegurados sólo en un país (Brasil) llegaba a una tercera parte de los ingresos y en seis países fluctuaba entre 10 y 15%. En algunos países la contribución del asegurado es progresiva pues se incrementa con el ingreso, pero en otros países es regresiva pues existen topes de contribución que reducen substancialmente el aporte del grupo de ingresos altos. En la mayoría de los países la contribución del empleador es regresiva porque se incrementa con el ingreso y además se carga al costo del producto o servicio y, por tanto, se transfiere al consumidor.^{7/} La contribución del estado también es regresiva pues se nutre de los impuestos - en gran medida sobre el consumo - que

Cuadro 4
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS INGRESOS DE SEGURIDAD SOCIAL, SEGUN
PROCEDENCIA EN AMERICA LATINA, 1974

| País | Cotizaciones | | Contribución del Estado ^{a/} | Renta de inversiones | Otros |
|-------------------|--------------------|--------------------|--|-------------------------|-------|
| | Asegurado | Empleador | | | |
| Barbados | 15.9 | 18.6 | 53.7 | 11.8 | 0.0 |
| Bolivia | 17.9 | 42.8 | 32.2 | 1.5 | 5.6 |
| Brasil | 36.9 | 53.9 | 5.0 | 0.1 | 3.6 |
| Costa Rica | 25.2 | 45.2 | 21.7 | 6.5 | 1.4 |
| Cuba | 0.0 | 0.0 ^{b/} | 100.0 ^{b/} | 0.0 | 0.0 |
| Chile | 15.4 | 48.7 | 32.3 | 1.0 | 2.6 |
| Ecuador | 30.2 | 32.2 | 20.4 | 16.3 | 0.9 |
| El Salvador | 10.8 | 39.3 | 46.9 | 2.6 | 0.4 |
| Guatemala | 23.4 | 35.2 | 39.2 | 1.3 | 1.0 |
| Guyana | 20.6 | 27.7 | 39.4 | 12.3 | 0.0 |
| Jamaica | 11.0 | 20.8 | 59.0 | 9.2 | 0.0 |
| México | 24.0 ^{c/} | 50.3 ^{c/} | 19.7 | 2.5 | 3.5 |
| Nicaragua | 12.9 | 31.6 | 52.4 | 2.8 | 0.3 |
| Panamá | 21.2 | 45.2 | 25.2 | 6.6 | 1.8 |
| Trinidad y Tabago | 12.3 | 29.5 | 54.3 | 3.9 | 0.0 |
| Venezuela | 11.1 | 22.2 | 65.4 | 1.2 | 0.1 |

Fuente: Oficina Internacional del Trabajo, El costo de la seguridad social 1972-1974 (Ginebra: OIT, 1979), pp. 43-47, 79-80, excepto Cuba de CETSS, La seguridad social en Cuba, p. 57; y Brasil de Malloy, The Politics of Social Security in Brazil, apéndice.

- ^{a/} Incluye un pequeño porcentaje (alrededor de 1%) de impuestos especiales en Bolivia, Chile y Panamá; y en el caso de Nicaragua de un 27.9%.
- ^{b/} Las empresas (casi todas estatales) pagan un 10% de la nómina salarial y el estado subvenciona cualquier déficit del sistema.
- ^{c/} En el original, las cotizaciones aparecen agregadas y fueron desagregadas por el autor basado en información adicional.

/usualmente son

usualmente son regresivos en la región. Así pues el grueso del financiamiento de los sistemas de seguridad social proviene del estado y los empleadores, lo que es decir, que no lo paga el asegurado sino el consumidor. Las cifras del cuadro 4 indican que el asegurado pagaba como promedio una cuarta parte de lo que contribuía el estado y los empleadores indicando que el sistema de financiamiento es regresivo. En El Salvador el 86% de los ingresos proviene del estado y el empleador, mientras que el asegurado contribuye menos de un 11% y sólo un 8% de la PEA está cubierta, o sea, que a través del mecanismo de impuestos y precios, un 92% de la población no cubierta sostiene casi por completo el sistema que protege al 8% de la población cubierta. Parece obvio, pues, que incluso los que se encuentran por debajo de la línea de pobreza crítica y no protegidos por la seguridad social, contribuyen en muchos países a financiar la protección de grupos de ingresos superiores.

A medida que el porcentaje de la población cubierta se incrementa, el efecto de transferencia regresivo explicado anteriormente debía reducirse. Esto es cierto en aquellos países en que hay un sistema unificado de seguridad social, pero no necesariamente en aquéllos donde subsiste un sistema estratificado. En estos últimos es común, que la contribución del estado más la del empleador, sea mayor en los organismos que cubren a los grupos con los mejores sistemas, con lo cual, dentro del sector cubierto, se produce una transferencia regresiva.

El efecto regresivo de la seguridad social se agrava con el pago de las prestaciones, especialmente en los sistemas estratificados, porque generalmente los grupos más privilegiados tienen derecho a un número mayor de beneficios, sus condiciones de adquisición son más flexibles, y el monto de las prestaciones más alto, así que ellos reciben más de lo que aportan, al contrario de los grupos menos privilegiados. Esto no se refiere sólo al valor monetario de las prestaciones; la calidad de los servicios médicos, por ejemplo, es muy superior en los grupos privilegiados algunos de los cuales (vr. gr., los militares) a veces no pagan contribución alguna o sólo una suma simbólica.

/Aunque los

Aunque los aspectos discutidos arriba han sido aceptados, desde hace casi dos décadas, por un gran número de expertos y organismos regionales e internacionales,^{8/} existen muy pocos estudios profundos que traten de medir el impacto de la seguridad social en la distribución del ingreso. Tratando de salvar dicho vacío yo comparé el ingreso personal promedio per cápita con el ingreso promedio de seguridad social y la pensión promedio per cápita por grupos ocupacionales cubiertos (vr. gr., militares, funcionarios públicos, empleados, obreros) en Argentina, Chile, México, Perú y Uruguay en la década del 60. El resultado fue que, en cuatro de los cinco países, había relaciones extremas diferenciales en los ingresos y egresos de la seguridad social, mayores que en el ingreso nacional, confirmándose así el carácter regresivo de la seguridad social en la distribución del ingreso. Mi comparación de la disponibilidad de servicios médico-hospitalarios por grupos ocupacionales y regiones geográficas demostró también que los grupos de más alto ingreso y las regiones más desarrolladas gozaban de los mejores servicios, mientras que los grupos de más bajo ingreso y las regiones menos desarrolladas sufrían los peores servicios.^{9/} A continuación paso a resumir los resultados de estudios pioneros sobre el tema en Argentina, Brasil, Costa Rica y Chile.

En la Argentina el primer cálculo sobre el impacto distributivo de la seguridad social lo llevó a cabo CEPAL en 1961 pero se limitó a las pensiones en 1950-1960 y sólo comparó el estrato de ingresos superior (10%) con el resto, aglomerado en un estrato "inferior" (90%). El efecto redistributivo neto del sistema aparecía como progresivo: un 1.7% se transfería del estrato superior al inferior. Pero era de esperar que sólo una pequeña proporción del estrato superior se beneficiase con la seguridad social y hubiera sido más apropiado desagregar el efecto redistributivo dentro del 90% inferior para investigar la transferencia entre el 30% más pobre (no cubierto entonces) y el sector intermedio con la mejor protección.^{10/} Un estudio reciente conducido por Héctor Diéguez y Alberto Petrecolla, que comparan las prestaciones

médias, entre grupos y subgrupos cubiertos en el período 1952-1972, demuestra que existe una asociación inversa casi perfecta entre los ordenamientos de la prestación media y la solvencia financiera de los diversos sistemas de seguridad social. Por ejemplo, las fuerzas armadas se colocaban en primer lugar por tener la prestación más alta pero arrojaban el déficit financiero más agudo; por el contrario, los trabajadores de la industria y el comercio tenían la prestación más baja y el superávit financiero mayor.^{11/} Esto sugiere que a través de 23 años, las fuerzas armadas lograron mantener la prestación más alta, no a base de su contribución personal, sino de subsidios estatales que cubrieron el déficit.

En Brasil, Fernando Rezende considera que en el sector urbano la contribución del asegurado es regresiva (en parte porque existen topes) y otro tanto sucede con la del empleador porque se transfiere a los consumidores. Sin embargo, la seguridad social del sector rural se financia con un impuesto sobre la nómina de las empresas urbanas y otro sobre el valor de la producción agrícola, por lo que Rezende estima que se produce una transferencia del sector urbano al rural. No obstante debe tenerse en cuenta, que los pobres del sector urbano serán los más afectados por este sistema de financiamiento y que algún impacto negativo habrá en los precios de artículos que compra el sector rural. Rezende ha estimado, además, que en el sector urbano cubierto por el INPS, las prestaciones tienen un impacto progresivo, especialmente las de salud, como puede verse en el cuadro 5; así el grupo más pobre (con menos de una unidad de salario mínimo legal) contribuye proporcionalmente más que el grupo de mayor ingreso, pero recibe prestaciones que casi duplican su contribución, mientras que el grupo más alto recibe de una cuarta a una quinta parte de lo que contribuye.^{12/} Para poder tener una visión global del impacto de la seguridad social en el Brasil, sin embargo, es necesario incluir a sectores excluidos en los cálculos de Rezende, como los militares, los funcionarios públicos, los trabajadores rurales y el sector no cubierto así como determinar la incidencia neta del sistema.

Cuadro 5

IMPACTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA DISTRIBUCION DEL INGRESO
EN BRASIL (1973), COSTA RICA (1973) Y CHILE (1969)

(En porcentajes)

BRASIL^{a/}

| Unidades de salario mínimo legal | Contribuciones | Prestaciones | |
|----------------------------------|----------------|--------------|-----------|
| | | Salud | Pensiones |
| Menos de 1 | 17.2 | 32.4 | 36.0 |
| 1 - 1.9 | 14.2 | 22.2 | 17.1 |
| 2 - 2.9 | 21.1 | 22.5 | 12.5 |
| 3 - 3.9 | 12.9 | 9.5 | 9.6 |
| 4 - 8.9 | 23.1 | 10.1 | 22.5 |
| 9 y más | 11.5 | 3.3 | 2.3 |
| | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

COSTA RICA

| Porcentaje de individuos en cada estrato | Ingresos personales | |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| | Antes de la seguridad social | Después de la seguridad social |
| 40 | 14.8 | 14.8 |
| 40 | 37.9 | 38.4 |
| 10 | 13.8 | 13.8 |
| 10 | 33.5 | 33.0 |
| 100 | 100.0 | 100.0 |

CHILE

| Porcentaje de familias en cada estrato | Ingresos familiares | |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| | Antes de la seguridad social | Después de la seguridad social |
| 29.8 | 7.6 | 8.2 |
| 31.6 | 20.1 | 20.6 |
| 17.6 | 18.9 | 18.9 |
| 11.9 | 19.9 | 19.2 |
| 7.1 | 21.0 | 20.5 |
| 2.0 | 12.5 | 12.0 |
| 100.0 | 100.0 | 99.4 ^{b/} |

Fuentes: Brasil de Fernando Rezende, "Redistribution of Income Through Social Security: The Case of Brazil", 31st Congress of the International Institute of Public Finance, 1974, cuadro 1. Costa Rica de Dianne Wilner Green, "Some Effects of Social Security Programs on the Distribution of Income in Costa Rica", cuadro 18 (revisado), Chile de Alejandro Foxley, Eduardo Aninat y José Pablo Arellano, Efectos de la Seguridad Social sobre la Distribución del Ingreso (Santiago: Estudios CIEPLAN, no. 8, 1977), cuadro 10.

a/ Sólo el INPS; excluye a funcionarios públicos, militares, trabajadores rurales y otros grupos.

b/ Aparentemente hay un error en la distribución original, pues la suma no da 100%.

/En Costa

En Costa Rica, Dianne W. Green ha calculado que el impacto de la seguridad social (fundamentalmente el programa de enfermedad-maternidad) era casi neutro o ligeramente progresivo en 1973, cuando aún las contribuciones tenían un carácter regresivo (con topes) y la mitad de la población no estaba cubierta. Aunque el estudio de Green (ver cuadro 5) se basa en un buen número de presunciones gruesas no comprobadas, sus resultados indican que, mediante la seguridad social, el estrato más pobre no mejoró su ingreso y sólo se produjo una transferencia de medio punto porcentual del decil de ingreso superior al 40% de ingreso medio. La autora estima que a fines de la década actual el efecto redistribuidor de la seguridad social se acentuará por la cobertura casi total de la población, la eliminación de los topes en las contribuciones, más la fijación de un mínimo a las pensiones y el cálculo de éstas en proporción regresiva al salario. Por otra parte, el programa de asignaciones familiares, introducido en 1974, es financiado en parte por un impuesto a las ventas de bienes de consumo y esto tiene probablemente un impacto regresivo, aunque desde el lado de las prestaciones el programa debe ser progresivo pues las asignaciones son fijas y se conceden a familias de escasos recursos que no califican bajo otros programas.

Chile es, sin duda, el país con más estudios sobre este tema y la mayoría concluye que la seguridad social tiene un efecto regresivo en la distribución del ingreso por transferencias de los no asegurados a los asegurados y, dentro de estos últimos, por transferencias de grupos de ingreso más bajo a los de ingreso superior. En 1959, 1965 y 1971 reportes sucesivos de la Comisión Prat, la Superintendencia de Seguridad Social y ODEPLAN advirtieron que los no asegurados pagaban un porcentaje creciente de la seguridad social de los asegurados: 41%, 44% y 50%. En 1965, un estudio sobre transferencias entre grupos asegurados, calculó que en términos absolutos el grupo obrero (de ingreso más bajo) recibía una transferencia neta algo superior a la de los otros grupos (con ingreso más alto), pero en términos per cápita los obreros recibían

una mitad de lo que obtenían los empleados y un quinto de lo que extraían los funcionarios públicos y las fuerzas armadas. En 1967 un análisis similar, pero limitado a las pensiones, mostró resultados más regresivos aún, pues en términos absolutos los obreros recibían una mitad de lo obtenido por los empleados y un catorceavo de lo capturado por los funcionarios públicos y los militares, mientras que las diferencias eran aún más abismales en términos per cápita.^{13/} Un estudio más reciente, realizado por un equipo de CIEPLAN, indica que la seguridad social tiene un efecto regresivo en el financiamiento, progresivo en las prestaciones, y casi neutro o ligeramente progresivo en su incidencia neta sobre la distribución del ingreso (ver cuadro 5): hay una transferencia de ingreso equivalente a un punto porcentual que pasa del decil con ingreso más alto a la mitad de ingreso más bajo, mientras que el grupo intermedio permanece igual. Pero este estudio excluye tanto al sector no protegido como a las fuerzas armadas y a otros organismos de la aristocracia laboral, y es de suponer que la incorporación de estos grupos en el cálculo deba acentuar el efecto neto regresivo del sistema. El único estudio chileno - también realizado por CIEPLAN - que arroja una transferencia progresiva notable se refiere al sector de salud: en 1969 la prestación promedio recibida por el estrato de ingreso inferior era 1.6 veces mayor que la del estrato superior.^{14/}

El análisis precedente sugiere que el impacto de las prestaciones de salud en la distribución del ingreso es más progresivo que el impacto de las pensiones. Dos razones explican dicha diferencia. En primer lugar, las prestaciones médico-hospitalarias son básicamente iguales, o sea, no son proporcionales al ingreso, aunque en los sistemas estratificados haya diferencias en cuanto a disponibilidad, atención y calidad de los servicios; por lo contrario, en la mayoría de los países, las pensiones se calculan proporcionalmente al ingreso y, por tanto, reproducen sus desigualdades. En segundo lugar, los grupos más pobres sufren una incidencia mayor de enfermedades (debido a bajos índices

nutricionales, de higiene, etc.) y, como la medicina privada les está vedada por su alto costo, los pobres utilizan con más frecuencia los servicios de salud que los grupos de ingresos más altos; estos últimos aunque estén protegidos prefieren normalmente utilizar médicos y clínicas privadas (para evitar las demoras) y sólo acuden a los servicios de seguridad social en casos extremos.^{15/} Las asignaciones familiares tienen también un impacto más progresivo que las pensiones, pues se conceden en muchos casos a familias de ingresos bajos y casi siempre son fijas (vr. gr., una suma igual por hijo, cónyuge inválido, etc.) no proporcionales al salario. Además las familias más pobres generalmente son más numerosas que las de ingresos medios. Por último, los programas de asistencia social se dirigen a los sectores más pobres de la población, por lo que tienen probablemente el impacto más progresivo en la distribución del ingreso. Así que la distribución de los egresos de la seguridad social por programas, es un indicador grueso de su progresividad en la distribución del ingreso: a mayor proporción en gastos de asistencia social, salud y asignaciones familiares, y menor en pensiones, mayor progresividad y viceversa. El cuadro 6 pudiera utilizarse para aplicar esta regla aunque desgraciadamente adolece de varios defectos: no todos los países reportan sus gastos en asistencia pública; los países con programas de pensiones viejos obviamente dedican un porcentaje más alto a estos programas que los nuevos; y el gasto en los sistemas de funcionarios públicos y militares se introduce como una categoría aparte, sin discriminar entre sus programas - salud, pensiones, etc. - así que cuando el porcentaje es alto (vr. gr., en Chile, México, El Salvador) distorsiona la distribución de egresos por programas. El cuadro sugiere que los países del Caribe de habla inglesa, Venezuela, Costa Rica y otros países centroamericanos (todos con programas relativamente nuevos) dedican entre el 66 y el 92% de sus egresos a la atención de la salud; mientras que los países de América del Sur (Uruguay, Brasil, Ecuador, Chile) con programas más viejos, tienen los porcentajes más altos de pensiones

Cuadro 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS EGRESOS DE SEGURIDAD SOCIAL POR PRESTACIONES EN AMERICA LATINA, 1974

| País | Servicios Públicos de Salud | Seguros Sociales | | | | Total | Funcionarios Públicos y Militares | Asignaciones Familiares | Asistencia Pública |
|-------------------|-----------------------------------|---------------------------|-----------|--------------------------|-----------|-------|---|----------------------------|-----------------------|
| | | Enfermedad- Maternidad | Pensiones | Riesgos Profesionales | Desempleo | | | | |
| Barbados | 86.9 | 5.4 | 6.9 | 0.8 | 13.1 | | | | |
| Bolivia | 34.5 | 36.8 | 15.6 | 5.5 | 57.9 | | 7.6 | | |
| Brasil | 1.7 | 35.0 | 44.8 | 0.7 | 80.5 | 11.9 | 5.9 | | |
| Costa Rica | 21.9 | 60.1 | 10.4 | 7.6 | 78.1 | | | | |
| Cuba a/ | | | 75.4 | 3.0 | | | | 21.6 | |
| Chile | 4.8 | 17.1 | 18.0 | 1.4 | 36.8 | 38.7 | 19.7 | | |
| Ecuador | 32.2 | 19.7 | 41.2 | 0.5 | 67.8 | | | | |
| El Salvador | 46.8 | 25.5 | 2.0 | 0.5 | 28.0 | 22.9 | | 2.3 | |
| Guatemala | 43.9 | 21.6 | | 20.6 | 42.2 | 13.9 | | | |
| Guyana | 82.1 | 5.4 | 1.9 | 8.3 | 15.6 | 2.3 | | | |
| Jamaica | 68.4 | | 6.7 | 0.6 | 7.3 | 14.9 | | | |
| México | 8.8 | 46.1 | 12.4 | 6.5 | 65.0 | 24.4 | | 1.8 | |
| Nicaragua | 7.7 | 40.2 | 6.8 | 2.8 | 49.8 | | | 42.5 | |
| Panamá | 18.5 | 38.6 | 23.4 | 7.3 | 69.3 | 12.2 | | | |
| Trinidad y Tabago | 70.2 | 2.8 | 10.5 | 1.2 | 14.5 | 11.9 | | 3.4 | |
| Uruguay b/ | | 4.5 | 69.9 | 3.2 | 83.3 | | 16.7 | | |
| Venezuela | 70.5 | 21.6 | 7.9 | c/ | 29.5 | | | | |

Fuentes: OIT, El costo de la seguridad social 1972-1974, pp. 71-72, 96-99; excepto Cuba de La seguridad social en Cuba, p. 50.

a/ No se incluyen los gastos médico-hospitalarios de enfermedad-maternidad.

b/ Sólo seguros sociales y asignaciones familiares.

c/ Bajo enfermedad-maternidad.

y asignaciones familiares. Según envejecen los sistemas y una proporción mayor del gasto se dedica a pensiones, el aspecto regresivo de la seguridad social puede acentuarse.

Las cifras y el análisis anterior demuestran que la función distributiva de la seguridad social en favor de los grupos más necesitados raramente se cumple en América Latina y que, por lo contrario, en la mayoría de los países dicha función es nula o regresiva. No sólo el grupo de pobreza crítica está desprovisto de protección (excepto por los programas de asistencia social y salud pública) sino que además, contribuye a través de impuestos y precios a la protección del sector cubierto. Dentro de este último, especialmente bajo los sistemas estratificados, los grupos más pobres generalmente reciben un aporte neto de seguridad social inferior al que extraen los grupos de ingresos más altos. Así pues, otro principio cardinal de la seguridad social, el de la solidaridad, no rige tampoco en la mayor parte de América Latina, al menos entre grupos de ingresos diversos aunque sí entre generaciones.

3. La contribución al desarrollo

Los programas de seguridad social a corto plazo (enfermedad, maternidad, asignaciones familiares, desempleo) generalmente utilizan el sistema de reparto con una pequeña reserva técnica. Por lo contrario, los programas a largo plazo (pensiones de vejez, invalidez y sobrevivientes) en muchos países de América Latina han utilizado el método de prima media uniforme y han acumulado reservas cuantiosas con el objetivo de invertir las y financiar las prestaciones futuras de los asegurados. Tanto en países desarrollados como en algunos en desarrollo, las reservas de seguridad social han jugado un papel importante en reducir la inflación y, como intermediarios financieros, en la colocación de sus reservas en el mercado de capitales, contribuyendo así al crecimiento económico. Un estudio reciente de P. Some y K.A. Saito calcula la tasa de ahorro bruto de la seguridad social en 57%

/en el

en el Reino Unido, 38% en los Estados Unidos y 26% en la RFA, pero también entre 37 y 49% en algunos países asiáticos como Sri Lanka y Singapur.^{16/} Los fondos de pensiones en los Estados Unidos son el intermediario financiero de más rápido crecimiento en las últimas dos décadas.

Por lo contrario, en América Latina, las reservas de la seguridad social usualmente se han dilapidado o, en el mejor de los casos, no han rendido los frutos esperados, por causa de: el impacto pernicioso de la inflación secular, el desarrollo pobre de los mercados de capital, y el rendimiento bajísimo de las inversiones. La inflación ha desvalorizado las reservas debido a que se hubiera requerido hacer inversiones más complejas y a largo plazo, con tasas de rentabilidad más altas, y esto no ha ocurrido. Además, la inflación ha proporcionado un incentivo a los empleadores para retener sus contribuciones y las de sus empleados a fin de obtener capital gratis o barato, ya que demorando el pago reducen su valor real.^{17/} En casi toda la región, los organismos de seguridad social no están diseñados para jugar el papel de intermediarios financieros, su personal no tiene experiencia en inversiones, no han desarrollado un plan de inversiones ni han coordinado éstas con los planes nacionales. El cuadro 4 sugiere que con unas pocas excepciones (Ecuador, Guyana, Barbados con las inversiones representando del 10 al 16% de los ingresos) la rentabilidad de las inversiones en América Latina es muy baja, probablemente inferior a la obtenida por bancos y otras entidades financieras: del 4 al 9% de los ingresos en Jamaica, Panamá, Costa Rica y Trinidad-Tobago; del 2 al 3% en Nicaragua, Salvador y México; y del 1 al 1.9% en Bolivia, Guatemala, Venezuela y Chile. Las reservas, en la mayoría de los países de la región, se han "invertido" en: a) bonos y otras obligaciones estatales, a menudo no negociables, que en la práctica han sido empréstitos forzosos para salvar necesidades del momento (generalmente cubrir déficit presupuestarios) de forma que los organismos se han empapelado con "valores sin valor"; b) préstamos a corto

y a largo plazo, generalmente a los asegurados, privilegio de una minoría que ayudada por la inflación (y la falta de ajuste de los préstamos) ha obtenido capital prácticamente gratis, de forma que en muchos casos esta inversión ha resultado en pérdidas; c) construcción y equipamiento de hospitales, laudatorios de un punto de vista social pero no rentables; d) construcción de viviendas, muchas veces para los propios asegurados, con un rendimiento muy bajo o nulo, debido a la frecuente congelación de alquileres, la ineficiencia en el cobro, y la amortización con moneda depreciada; y e) en unos pocos casos, inversiones en la agricultura, industria, comercio (vr. gr., economatos para beneficio de los asegurados) y servicios (vr. gr., cines, teatros) también con rentabilidad muy baja. 18/

La situación financiera de los organismos de seguridad social se ha deteriorado por otras razones. En muchos países el estado no ha cumplido con sus obligaciones contributivas especialmente con los grupos más numerosos y de ingresos más bajos; por otra parte el estado usualmente no ha dejado de cubrir los déficits de la seguridad social de las fuerzas armadas y ciertos funcionarios públicos, mientras que los impuestos especiales asignados a ciertos grupos privilegiados han continuado generando ingreso. En los países latinoamericanos más industrializados, urbanizados, sindicalizados y políticamente conscientes, donde (no por azar) los sistemas de seguridad social surgieron primero y están más avanzados aunque estratificados, ha ocurrido una "masificación del privilegio". A medida que los asegurados en los organismos menos privilegiados han aumentado y usado su poder de presión, las prestaciones y condiciones generosas de adquisición de derechos antes exclusivas de los grupos privilegiados, se han ido generalizando a toda la población cubierta. Pero las prestaciones y condiciones generosas que son financieramente viables (aunque equitativamente injustificables) entre los grupos privilegiados (con un pequeño número de asegurados y fuerte subsidio de empleadores y estado) no lo son entre los grupos menos privilegiados (que cubren a grandes

masas de asegurados, con ingresos bajos, y condiciones financieras precarias) provocándose así la quiebra de los organismos mayores.^{19/} Por último, los costos de administración de la seguridad social en muchos países de América Latina son muy altos, debido al exceso de personal, su ineficiencia, los salarios altos y prestaciones privilegiadas que reciben los empleados (usualmente superiores a los de los asegurados que ellos sirven), y el lujo de los edificios y predilección por equipos ultramodernos (casi siempre subutilizados). En 1974, los gastos de administración como porcentaje de los ingresos eran los siguientes: del 14 al 16% en Guyana, El Salvador y Panamá; del 10 al 12% en Jamaica, México, Nicaragua, Brasil, y Costa Rica; del 7 al 9% en Bolivia, Ecuador y Chile; y del 2 al 6% en Venezuela, Guatemala, Trinidad-Tobago y Barbados.^{20/} En tres de estos países (Brasil, Chile, El Salvador) los gastos administrativos eran de 6 a 10 veces mayores que los ingresos por renta de inversiones; y en la mayoría de los países el costo de la burocracia excedía al costo de dos programas combinados (vr. gr., asignaciones familiares más riesgos profesionales, pensiones más desempleo). Debe tenerse en cuenta, además, como ha señalado la OIT, que en algunos países se han utilizado artificios para disimular algunos gastos, imputándolos a otras cuentas.^{21/}

Algunos especialistas argumentan que la seguridad social contribuye a la creación de empleos debido a la expansión que promueve en la infraestructura asistencial, la construcción de hospitales, viviendas, etc.^{22/} Por lo contrario, otros expertos mantienen que el impacto global de los sistemas de seguridad social financiados por contribuciones sobre la nómina salarial, es negativo sobre el empleo. De acuerdo con esta tesis, la seguridad social aumenta el costo relativo del factor trabajo mientras que la política proteccionista (vr. gr., exenciones aduanales a la importación de equipo industrial) reduce el costo relativo del factor capital, así pues las empresas tienen un estímulo fuerte para usar técnicas de producción intensivas de capital. (Nótese que esta tesis contradice la de transferencia de la cotización

/del empleador

del empleador a los consumidores, de ahí que el efecto de redistribución regresiva y el de disminución del empleo no podrían ocurrir simultáneamente). La alegada distorsión artificial del costo de los factores es altamente contraproducente pues la protección de un grupo (casi siempre pequeño) se hace a costa de aumentar el desempleo, la pobreza y la desigualdad en el ingreso. La referida distorsión desata una reacción en cadena: se absorbe menos mano de obra en el sector cubierto por la seguridad social, menos trabajadores abandonan el sector no cubierto (tradicional) debido a la baja absorción del cubierto, el excedente creciente de mano de obra en el sector no cubierto tiene un efecto depresivo sobre los salarios, se expanden las diferencias salariales entre los dos sectores, y al existir menos capital disponible en el sector no cubierto, baja también su productividad y crecimiento económico en relación con el cubierto.23/

El costo de la seguridad social aumenta gradualmente en América Latina debido a su extensión vertical y horizontal, la maduración del programa de pensiones, la masificación del privilegio, el incremento del costo administrativo y el de los servicios de salud. El cuadro 7 demuestra que entre 1965 y 1974 el costo de la seguridad social (medido por sus egresos en relación con el PIB) creció en trece países y sólo bajó en cuatro (Chile, Guyana, Trinidad-Tobago y Venezuela) en estos últimos - con una excepción - debido al boom económico energético que expandió con más rapidez el PIB que el costo de seguridad social. El crecimiento más impresionante se registró en El Salvador: de 2 al 9% en una década. El costo más alto fue el de Uruguay con 14%, pero en 1971 Chile estableció un record para todo el continente con 17%. El ordenamiento del resto de los países fue: del 4 al 7% en Panamá, Cuba, Argentina, Brasil y Costa Rica; del 3 al 3.9% en Perú, Ecuador, México, Jamaica, Bolivia y Barbados; y del 2 al 2.9% en Guatemala, Guyana, Trinidad-Tobago, Nicaragua y Venezuela.

Cuadro 7

COSTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA: 1965 y 1974
(Ingresos, Egresos y Prestaciones en Porcentajes del PIB)

| Países | Ingresos | | Egresos | | Prestaciones | |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------|------|
| | 1965 | 1974 | 1965 | 1974 | 1965 | 1974 |
| Argentina | 3.8 | 4.3 <u>d/</u> | 3.2 | 4.2 <u>d/</u> | | |
| Barbados | 6.4 <u>e/</u> | 6.1 | 3.7 <u>e/</u> | 3.9 | 3.5 <u>e/</u> | 3.8 |
| Bolivia | 4.3 <u>a/</u> | 3.7 | 3.4 <u>a/</u> | 3.7 | 2.9 <u>a/</u> | 3.3 |
| Brasil | 5.4 | 5.8 | 5.1 | 5.3 | 4.0 | 4.7 |
| Costa Rica | 3.8 | 6.2 | 2.3 | 4.6 | 1.9 | 4.0 |
| Cuba <u>f/</u> | 3.6 | 4.1 | 3.6 | 4.1 | 3.6 | 4.1 |
| Chile <u>g/</u> | 14.1 | 11.8 | 12.2 | 9.0 | 10.0 | 8.0 |
| Ecuador | 4.1 | 4.5 | 2.9 | 3.0 | 2.5 | 2.8 |
| El Salvador | 2.4 | 11.8 | 2.2 | 9.0 | 2.1 | 8.0 |
| Guatemala | 2.0 | 2.2 | 2.0 | 2.1 | 1.8 | 2.0 |
| Guyana | 4.3 | 4.1 | 4.3 | 2.3 | 4.2 | 2.0 |
| Jamaica | 2.9 | 4.6 | 2.7 | 3.3 | 2.5 | 2.8 |
| México | 2.8 | 3.9 | 2.6 | 3.4 | 2.2 | 2.9 |
| Nicaragua | 2.6 | 3.4 | 2.1 | 2.6 | 1.9 | 2.3 |
| Panamá | 7.3 | 8.1 | 6.0 | 6.9 | 5.6 | 5.8 |
| Trinidad y T. | 3.0 | 3.6 | 2.8 | 2.5 | 2.8 | 2.4 |
| Uruguay | 10.1 | 9.6 <u>c/</u> | 14.5 | 14.2 <u>c/</u> | 8.7 | |
| Venezuela | 3.0 | 3.7 | 3.1 | 2.9 | 3.0 | 2.7 |

a/ 1963; b/ 1966; c/ 1969; d/ 1970; e/ 1971;

f/ En porcentajes del "producto social global"; los ingresos y egresos son exactos.

g/ En 1971 los porcentajes llegaron a los máximos de 19.4, 17.2 y 15.6 por ciento.

Fuentes: OIT, El costo de la seguridad social 1972-1974, pp. 56-57; excepto Argentina y Uruguay de C. Mesa-Lago, Social Security in Latin America, cuadro 7-15; Cuba de CETTS, La seguridad social en Cuba, pp. 33, 50, y JUCEPLAN, Boletín Estadístico de Cuba 1968 (La Habana, 1970), p. 18, y Anuario Estadístico de Cuba 1976 (La Habana, 1979) p. 45.

La carga del costo de la seguridad social puede analizarse también observando el tamaño y el crecimiento de la "relación de sostenimiento" (el número de trabajadores en activo por cada uno pasivo) entre 1960 y 1970 en varios países: en Uruguay bajó del 3.9 al 2.3; en Chile del 6.3 al 3.7; en Argentina del 5.4 al 4.2; en México del 23.4 al 15.2; y en Perú del 64.1 al 37.7. ^{24/} Los países con sistemas más antiguos, generosos y que cubren una mayor parte de la población, tienen una relación de sostenimiento más alta que los países con sistemas más modernos, menos generosos y que cubren una parte reducida de la población; pero en todos estos países la relación de sostenimiento descendió notablemente en la década pasada. El caso de Uruguay es realmente trágico: en 1970 había dos trabajadores activos sosteniendo uno en pasividad! La pirámide poblacional envejecida del Uruguay (así como la de Argentina) contribuyen a empeorar la tasa de sostenimiento pero el factor más importante es la liberalidad excesiva en la concesión de pensiones a personas relativamente jóvenes.

Aún cuando el costo de la seguridad social se haga insostenible y el sistema entre en bancarrota, es difícil eliminar prestaciones o hacer más rígidas las condiciones legales para adquirir derechos. La inflación se convierte así en uno de los instrumentos para ajustar el sistema excesivamente generoso con la realidad económica. En los sistemas estratificados las desigualdades se expanden pues pronto se establece una diferencia entre prestaciones monetarias "nominales" y "reales": los grupos poderosos con un número de asegurados pequeños consiguen el reajuste automático de las prestaciones con el costo de vida, mientras que los grupos más numerosos y con menos poder se van quedando a la zaga. Aunque estos últimos puedan tener sus prestaciones reconocidas en la ley, lo que perciben en términos reales prácticamente anula el derecho. Otro mecanismo de adecuación de un sistema no viable es la demora burocrática: el trámite de concesión de pensiones se alarga a veces por dos o tres años, para reducir el déficit especialmente en los organismos más pobres. Con respecto a las prestaciones de salud, ^{25/} /la adecuación

la adecuación se lleva a efecto con una reducción de la calidad de los servicios (más pacientes por médico) o el uso de la cola para racionar la demanda de los servicios médicos. De nuevo, los organismos que cubren a grupos más pequeños escapan estas restricciones mientras que los más numerosos son los más afectados por ellas.25/

El análisis anterior indica que en la mayor parte de la región, las reservas de la seguridad social no han jugado un papel importante en el proceso de ahorro-inversión-desarrollo que pudiera haber mejorado la situación de los más pobres. La estructura de la inversión de hecho ha favorecido a grupos cubiertos, por ejemplo, reduciendo el costo real de préstamos y viviendas; mientras que la dilapidación de las inversiones ha violado los principios de seguridad y rentabilidad poniendo en peligro la estabilidad financiera de los sistemas. Los aportes contributivos basados en la nómina salarial han reducido la absorción de mano de obra desempleada y deprimido los salarios del sector no cubierto, por tanto, afectando negativamente a los más pobres. La masificación del privilegio ha tendido a una igualación nominal de prestaciones y derechos dentro del sector cubierto pero su enorme costo ha resultado en la bancarrota de los sistemas más pobres y la introducción de mecanismos de ajuste con la realidad económica que han afectado principalmente al estrato cubierto menos privilegiado. El aumento enorme del costo de la seguridad social y el empeoramiento impresionante de la tasa de sostenimiento en los países con sistemas más antiguos, extendidos y generosos, ha restado recursos substanciales para el desarrollo sin resolver las desigualdades extremas y la pobreza crítica, más aún, convirtiéndose en un factor clave en el estancamiento económico de algunos países de la región.

II. LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y SU IMPACTO EN LA POBREZA CRITICA

Ante todo es importante señalar que casi todas las recomendaciones de esta sección provienen de organismos internacionales o regionales (vr. gr., la OIT, la AISS, el CISS, la CEPAL, la OEA, etc.) y un buen número de ellas ya tienen una década o más. Por ejemplo, la mayoría de estas recomendaciones se adoptaron en 1966 en el Programa de Ottawa de Seguridad Social para las Américas.^{26/} Obviamente dichas recomendaciones parten de ciertos principios (o sea, envuelven juicios de valor) pero los mismos están relacionados con la naturaleza y objetivos originales de la seguridad social: universalidad, solidaridad, equidad, etc. De partida, pues, es necesario recalcar la necesidad de transformar la antigua concepción del seguro social a la más moderna de seguridad social. Debe rechazarse como falso el argumento de los que se oponen a este cambio aduciendo que ellos tienen derecho a las prestaciones porque han pagado de antemano por ellas; como se ha demostrado en la primera parte de este trabajo, más de las dos terceras parte del financiamiento proviene de la población como un todo, a través de las contribuciones de empleadores y estado.

1. Viabilidad económica de las reformas

Aníbal Pinto ha distinguido entre una transformación ideal a largo plazo de la seguridad social, y una más realista a corto plazo que

tenga en cuenta las limitaciones político-económicas existentes.^{27/}

Y Diéguez ha recomendado que no se tome como dogma la posición de que todo avance en la seguridad social es beneficioso de por sí; el mismo debe decidirse teniendo en cuenta la capacidad económica del país, las alternativas en el uso de los recursos (vr. gr., empleo, educación, vivienda) a fin de conseguir un equilibrio óptimo entre crecimiento económico y consumo social (incluyendo a la seguridad social): "Un rezago de la seguridad social, es una falla en el crecimiento equitativo

y un desperdicio de los elementos proclives al desarrollo de la misma. Contrapuestamente, una expansión desmedida y descontrolada de la seguridad social en condiciones de débil crecimiento - peor aún en caso de estancamiento - puede llegar a constituirse en un problema irresoluble, por cuanto todo avance de la seguridad social es luego políticamente difícil de desandar".^{28/} Incluso Cuba, que tiene el programa más radical y avanzado de seguridad social en el continente, se vió obligada en la segunda mitad de la década del 60 a reducir el ritmo en la concesión de pensiones debido a que no podía afrontar la pérdida de los trabajadores, y el organismo estatal a cargo de la seguridad social ha declarado que ésta "ha de encontrarse en relación y armonía con los programas nacionales de desarrollo económico; en caso contrario puede constituir un obstáculo a este desarrollo".^{29/} Por último, dentro del contexto de pobreza crítica, debemos también tener en cuenta, como han hecho Molina y Piñera, la diferencia entre objetivos estáticos - reducir la pobreza en un período determinado - y dinámicos - reducir o eliminar la pobreza permanentemente.^{30/}

Ya se ha visto que en aquellos países en que la seguridad social fue más allá de lo viable financieramente, se ha pagado un precio alto en términos de crecimiento, poniendo en peligro la estabilidad misma del sistema, y generando mecanismos perniciosos de ajuste para adecuar las prestaciones a la realidad económica. Hay también dilemas ético-prácticos difíciles de resolver, por ejemplo, por razones de equidad es claro que debe extenderse la protección de la salud a toda la población, incluyendo a los que están por debajo de la línea de pobreza crítica, sin embargo, las condiciones paupérrimas en términos nutricionales e higiénicos de este grupo los hace más proclives a las enfermedades, así pues, en vez de atacar la causa del problema sólo estaríamos atendiendo una de sus manifestaciones. Otro problema es si debe extenderse la seguridad social a las regiones menos desarrolladas o invertir esos fondos en programas específicos que mejoren el empleo y la distribución del ingreso en dichas regiones; o puesto en forma más directa, dada la escasez de recursos en la región ¿debe darse prioridad al empleo o a la asistencia social?

2. Incorporación de la seguridad social a la Planificación Nacional

En vista de la necesidad de coordinación entre la seguridad social y el crecimiento económico, así como de los dilemas entre objetivos planteados, y teniendo en cuenta el alto costo de la seguridad social en varios países de la región, es sorprendente que ésta - a diferencia de la educación y la salud - sólo haya sido incluida en los planes de dos o tres países. Una de las razones aducidas es que los planificadores sólo se han interesado en las reservas de la seguridad social como potencial de inversión y en muchos países dichas reservas son pobres o inexistentes. Otra explicación es que sólo parte de los ingresos de la seguridad social proviene directamente de los recursos públicos que los planificadores deben tratar de distribuir.^{31/}

Pero el impacto de la seguridad social va más allá del aporte fiscal y el potencial de inversión, ya que afecta al costo de los factores, los precios, la inflación, la productividad, el empleo e incluso la competencia en el mercado internacional. Pero quizás lo más importante es que los planificadores son los que están en mejor posición para analizar los conflictos citados, diseñar prioridades y proponer a la dirigencia política planes alternativos, que incluyan a la seguridad social. Mas aún, si los países adoptan algunas de las recomendaciones de este trabajo (por ejemplo, la substitución de la contribución como porcentaje del salario por el impuesto sobre ingresos) el impacto en el sistema tributario será importante y la seguridad social se convertirá en responsabilidad directa del estado como lo es la educación.

3. Extensión horizontal antes que vertical

Para corregir la desigualdad creciente entre un pequeño grupo protegido, que acumula más y más prestaciones, y la mayoría de la población no cubierta incluyendo el sector de pobreza crítica, debiera establecerse como la prioridad más importante la extensión de la seguridad social

a toda la población aunque sometida a un ordenamiento en cuanto a riesgos a proteger. La extensión de la cobertura vendrá determinada por la capacidad económica del país dado, pero cualesquiera sean los recursos disponibles éstos deben emplearse primero en la extensión horizontal y luego en la vertical del sistema.

Lo anterior implica la extensión de la seguridad social al sector rural y a las regiones menos desarrolladas, así como a los trabajadores independientes, servicio doméstico y otros grupos de bajo ingreso. Es interesante apuntar que la extensión de la seguridad social al campo y regiones subdesarrolladas parece haber tenido efectos positivos en algunos países con sistemas bien diversos (vr. gr., Brasil y Cuba) en reducir la concentración de servicios médico-hospitalarios en la capital y ciudades importantes, así como en disminuir la migración rural-urbana. La incorporación de los grupos no cubiertos, requiere cambios importantes, tanto en el régimen de financiamiento como en el de prestaciones, que serán discutidas más adelante.

4. Prioridades en los riesgos a cubrir

El primer riesgo a cubrir sería el de enfermedad y toda la población debería ser protegida independientemente de si tiene una relación laboral o no. Debe notarse que países con diversos grados de desarrollo y regímenes político-económicos han conseguido este objetivo, como Costa Rica, Cuba y Chile; mientras que países con más recursos y un ingreso per cápita superior como Argentina, Uruguay y Venezuela, no lo han puesto en práctica. El programa nacional de enfermedad-maternidad beneficiaría notablemente a la población bajo el nivel de pobreza crítica y tendría un impacto progresivo sobre la distribución del ingreso. Uno de los problemas que confronta este programa (a diferencia del de pensiones) es la complejidad y alto costo de instalación, particularmente en países con una gran masa rural y comunicaciones pobres, por lo que en estos casos será necesario establecer un plan de extensión gradual pero a plazo fijo (como en Costa Rica). La

/incorporación de

incorporación de los grupos marginales urbanos presenta dificultades menos graves. Otro problema es que resulta difícil o imposible - debido a su alto costo - llevar a cabo la extensión con el mismo nivel de equipamiento técnico y la calidad de servicio de que disfrutaban actualmente los grupos privilegiados cubiertos, de forma que la extensión hacia el campo y las regiones menos desarrolladas deberá hacerse a un nivel inferior pero satisfactorio. Una segunda prioridad sería la del programa de asignaciones familiares, con un valor fijo (relacionado con el salario mínimo o vital) y limitado a las familias de escasos recursos. Este programa funcionaría como un suplemento del ingreso especialmente entre los grupos más pobres y tendría también un impacto progresivo en la distribución del ingreso. La asignación pudiera darse en dinero o en cupones de alimentos básicos; la segunda alternativa es probablemente superior por las ventajas que conlleva en cuanto a asegurar que el cabeza de familia empleará la asignación de acuerdo con sus objetivos y su potencial en elevar el nivel nutricional del sector más pobre.

El programa de pensiones de vejez, invalidez y sobrevivientes tendría una prioridad inferior y debería limitarse, al principio, a aquellos que tienen una relación de empleo. El programa de protección contra riesgos profesionales debería fusionarse con el sistema de seguridad social, eliminándose su trato especial y atendándose sus manifestaciones a través de los programas de enfermedad y vejez-invalidez-muerte. El programa de desempleo no tiene sentido en la mayor parte de América Latina donde el desempleo es un fenómeno crónico, más estructural o estacional que cíclico, la tasa de desempleo es muy alta, hay una gran masa agrícola con empleo inestable y una proporción considerable de trabajadores por cuenta propia. El costo de este programa - a nivel nacional - sería insostenible y, por tanto, cualesquiera recursos disponibles en este campo deben asignarse a la promoción del empleo, no al auxilio al desempleo.

5. Unidad y uniformidad del sistema

Los sistemas estratificados de seguridad social debieran ser sustituidos por un sistema único con una sola regulación jurídica, organismo protector y administración, fuente de financiamiento y régimen de prestaciones. En los últimos quince años se ha avanzado notablemente en esta dirección con la unificación total del sistema de Cuba, y la unificación parcial, con grados diversos, de los sistemas de Argentina, Bolivia, Brasil, Perú y Uruguay. La unificación y uniformidad del sistema de seguridad social simplifica la afiliación, los records, la recaudación, y el procedimiento de concesión de prestaciones; elimina la duplicación de cobertura y la falta de continuidad entre subsistemas (debido a que a veces el tiempo de servicios acumulado en un subsistema no se transfiere a otro, con lo cual se limita la movilidad laboral); reduce los costos administrativos; elimina las desigualdades; y facilita la transferencia de fondos entre grupos (solidaridad) y la redistribución progresiva del ingreso.^{32/}

La uniformidad del sistema de seguridad social no significa que todos los asegurados contribuirán la misma suma y recibirán la misma prestación monetaria (aunque sí la misma prestación de salud) sino que la legislación será igual para todos los asegurados (con excepciones justificadas por el tipo de trabajo) en cuanto a: porcentaje de contribución (en caso de que se mantenga este método de financiamiento), prestaciones a las que se tiene derecho, condiciones para adquirir dicho derecho, y cómputo de la prestación. La uniformidad, combinada con la extensión de la cobertura, indefectiblemente requieren eliminar ciertas prestaciones y reducir condiciones excesivamente generosas de las que disfrutaban los grupos más privilegiados (por ejemplo, pensiones por antigüedad y cesantía, retiro a edades muy tempranas, préstamos para vivienda, etc.). En otras palabras, no es financieramente viable la cobertura universal más la masificación del privilegio. La reducción de los niveles debe hacerse de acuerdo con los recursos disponibles y la capacidad económica del país, siendo de desear que no

/se reduzcan

se reduzcan a la línea del grupo más bajo. La transferencia de un sistema estratificado a uno uniforme plantea el problema de los derechos adquiridos; este puede resolverse garantizando dichos derechos a aquellos que ya los disfrutaban (vr. gr., están retirados) o han iniciado su tramitación o la inicien en un periodo corto de transición. Pero no es posible garantizar los derechos de los sistemas anteriores a todos los asegurados pues ello destruiría el objetivo de la reforma, prolongaría la actual situación de desigualdad, e hipotecaría el futuro del sistema uniforme. 33/

6. Financiamiento a través de impuestos y primas escalonadas

Dentro del concepto de seguridad social y para facilitar la extensión horizontal y la redistribución progresiva del ingreso, lo ideal sería substituir el régimen actual de contribuciones proporcionales al salario por un régimen de impuesto. La extensión de la cobertura a sectores de más bajo ingreso y al sector rural y de trabajadores independientes, no puede financiarse con sus contribuciones sobre los salarios; ya se ha visto, además, la repercusión negativa sobre el empleo que causa la contribución sobre la nómina salarial; por último, la substitución de esta última por el impuesto eliminaría todo pretendido derecho basado en la contribución del asegurado. El financiamiento se haría por un impuesto progresivo sobre el ingreso (eximiendo al grupo de pobreza crítica), o un impuesto sobre la propiedad o un impuesto al valor agregado de producción o una combinación de ellos. Otra opción sería continuar con el régimen de contribuciones basadas sobre el salario pero con ciertas modificaciones: exención del sector de pobreza crítica, contribución progresiva de acuerdo con el salario, y eliminación de topes de contribución. Es posible también combinar este método con alguno de los impuestos citados más arriba que regularían el aporte estatal. Una tercera opción (practicada por Brasil) para financiar la extensión de la seguridad social al campo, sería establecer un impuesto a la producción agrícola y otro a la nómina salarial de las empresas urbanas.

/Estas reformas

Estas reformas harían más progresivo el régimen de financiamiento y este efecto se acentuaría con la progresividad de las prestaciones a discutir más adelante. Si se escogiera el sistema de impuesto en vez del de contribución sobre la nómina salarial, se produciría un efecto redistributivo mayor y se incrementaría el empleo. Kornevall, en su estudio sobre Chile y Venezuela, ha calculado que el impuesto sobre valor agregado sería neutral en cuanto al costo de los factores, no implicaría costos mayores para el asegurado, el empleador o el estado, mientras que incrementaría la producción, aumentaría el empleo (10% en Chile y 1-2% en Venezuela), y reduciría las diferencias de ingreso, productividad y contribución al crecimiento entre el sector cubierto y el no cubierto.^{34/}

Con vista al récord pobrísimo en cuanto a rentabilidad de inversiones de seguridad social en América Latina y el hecho de que en muchos países no hay ya reservas cuantiosas, es preferible el sistema de financiamiento escalonado. Es decir que los impuestos o cuotas de contribución se ajustasen cada cierto número de años según madurase el programa de pensiones y se extendiera la cobertura. Esto evitaría los problemas creados por la inflación, la tentación estatal de apropiarse de las reservas, la tentación de los administradores de invertir los fondos en programas de vivienda y préstamos, y la necesidad de tener un equipo especializado en inversiones. En aquellos países que tienen un programa de pensiones reciente, con prima uniforme y están en el período de capitalización, lo más que puede desearse es que aprendan de los errores cometidos por los países pioneros, que utilicen la experiencia del sistema bancario para incrementar la rentabilidad de la inversión, y que coordinen ésta con los planes nacionales en favor del desarrollo.

7. Prestaciones equitativas

Con un sistema de impuestos se erradicaría la pretensión falsa de que las prestaciones monetarias sean completamente proporcionales al salario; éste sería solo un elemento en el cálculo, combinado con la equidad y la capacidad económica del país. En el programa de pensiones lo ideal sería establecer prestaciones fijas, una mínima y otra máxima, y entre ambas la cuantía de la prestación sería decreciente con respecto al salario (ejemplos de este método en América Latina son Costa Rica y Cuba). Una segunda opción sería el establecimiento de un mínimo básico y de un porcentaje adicional de acuerdo a niveles previos de ingreso, con un tope máximo no fijo, sino como un porcentaje del promedio de dicho ingreso. Las asignaciones familiares serían fijadas de acuerdo con el salario mínimo o vital y serían iguales para todos. Las prestaciones monetarias serían ajustadas periódicamente de acuerdo con el incremento del costo de vida. Por último, las prestaciones médico-hospitalarias serían iguales para todos, aunque en un período de transición es de esperar que la nueva población cubierta, especialmente en zonas rurales, recibiera una calidad de prestación inferior al existente, aunque a largo plazo las diferencias sean gradualmente eliminadas.

La necesaria reducción del nivel de las prestaciones del pequeño sector cubierto se compensaría equitativamente con la extensión de la seguridad social a toda la población. El antiguo sector cubierto siempre tendría abierta la posibilidad de financiar prestaciones adicionales a través del seguro privado (como es común en los Estados Unidos) en este caso con un derecho real (pagado) no un privilegio. Podría considerarse, como incentivo, que las contribuciones a estos programas de seguro privado fueran diferidas del impuesto sobre ingresos, hasta que el asegurado se retirase con un ingreso inferior al que tenía en activo. El ligero efecto regresivo que dicha exención podría tener en la distribución del ingreso, se compensaría con el efecto saludable que tendría sobre el ahorro, la inflación, y el mercado de capitales.

8. Impacto en la pobreza crítica y obstáculos en la implantación

La reforma propuesta en la seguridad social tendría una serie de efectos positivos en la reducción de la pobreza crítica o al menos en aliviar sus manifestaciones: se otorgaría protección a la salud; se suplementaría el ingreso con asignaciones familiares; en algunos países se concederían también pensiones mínimas de vejez, invalidez y sobrevivientes; se promovería el empleo; y se efectuaría una transferencia de ingresos de los estratos altos y medios a los bajos. Pero la implantación de la reforma tendría que vencer obstáculos fuertes de tipo económico y político, los cuales explican por qué, a pesar del consenso arribado hace más de una década por expertos y organismos internacionales, pocos países han implantado estas recomendaciones.

El costo del sistema reformado puede ser un obstáculo. Las diferencias en los sistemas de seguridad social y las economías de América Latina, así como la selección diversa de las opciones propuestas en este trabajo, impiden hacer aquí un cálculo, incluso grueso, sobre dicho costo. No obstante, la clave financiera de la reforma está en compensar el costo de la extensión de la cobertura, con la reducción de los niveles de privilegio y el incremento de recursos a través de métodos más progresivos de financiamiento. El sistema reformado debería, además, resultar en una reducción de los gastos de operación, que a su vez permitiera un corte en el personal excesivo. Pero es obvio que esta es una generalización y que es necesario estudiar, en cada país, el costo posible de la reforma. Un problema a enfrentar es que los países menos desarrollados son los que tienen la cobertura más pequeña, la pobreza mayor, y la capacidad impositiva menor, o sea, que será difícil en ellos equilibrar la extensión horizontal con la eliminación de privilegios más el aumento del ingreso; en estos casos habrá que hacer decisiones más cuidadosas sobre la prioridad de riesgos a cubrir y el ritmo de la extensión. Debe resistirse también, la tentación de crear un sistema perfecto en la ley pero que en la práctica

otorgue prestaciones monetarias irrisorias que no sean suficientes incluso para satisfacer las necesidades de los grupos de más bajo ingreso.

Pero los obstáculos más serios a la implantación de la reforma son más de naturaleza política que económica. Los grupos privilegiados resisten la eliminación de sus "conquistas sociales", y son precisamente estos grupos los que tienen mayor poder en la sociedad, ya sea por su control del aparato estatal (militares y funcionarios públicos) o por el valor que tienen sus calificaciones en el mercado (ciertos profesionales, empleados de bancos, etc.) o por su organización sindical y papel estratégico de la actividad económica en que se desempeñan (servicios públicos, petróleo, minería, transportes). Por otra parte el sector no cubierto está disperso o atomizado, no está sindicalizado o tiene un grado muy bajo de sindicalización, no se desempeña en actividades estratégicas, habita en las regiones más subdesarrolladas o es marginal en los centros urbanos, y, por lo general, es analfabeto, no tiene derecho al voto o, al menos su nivel de actividad política es muy bajo.^{35/} Gómez Buendía ha probado que en Colombia existe una correlación entre la cobertura de seguridad social y el grado de industrialización y sindicalización, así como con el grado de urbanización por regiones.^{36/} En encuestas conducidas en Chile, en el sector de pobreza crítica, sólo un 1.6% de los entrevistados mencionaron la ausencia de solidaridad y cooperación como causa de su pobreza.^{37/} De forma que para viabilizar la reforma, es vital organizar a los grupos no cubiertos (que incluyen la pobreza crítica) a fin de que los mismos tomen participación activa en la modificación de su situación precaria.^{38/}

El papel del estado en la implantación de la reforma es crucial pero no siempre puede esperarse que la apoye. La seguridad social ha sido en algunos países un instrumento de cooptación y neutralización de grupos que podían afectar el status quo, y el estado puede sentirse incapaz de enfrentarse a dichos grupos o alterar el equilibrio establecido a menos de que exista una presión poderosa por parte de los

desprotegidos o que el estado vea la necesidad de movilizar a estos últimos y hacer concesiones a fin de obtener su apoyo para realizar otros objetivos. La burocracia de seguridad social en algunos países con sistema unificado (vr. gr., Costa Rica) se ha colocado a la vanguardia en el proceso de extensión porque - aparte de razones altruístas - ha visto en ella una forma de aumentar su poder y prestigio; pero en países con sistemas estratificados la burocracia teme a la reforma porque ella puede acarrear la pérdida de su empleo y privilegios. Ciertos grupos de profesionales conectados a la seguridad social (vr. gr., médicos y actuarios) generalmente han asumido posiciones conservadoras y tratado de frenar las reformas. Los empleadores no siempre asumen una actitud contraria a la reforma (si la misma puede simplificar el "papeleo" y no incrementar las contribuciones) pero ciertas empresas temen que la pérdida de privilegios de sus empleados resulte en reivindicaciones a través de la negociación colectiva para que el empleador restituya las ventajas perdidas. Por último, los organismos especializados de carácter internacional apoyan muchos aspectos de la reforma y se ha visto que, a largo plazo, su influencia produce frutos. Es importante además el efecto de demostración de países modelos que otros países tratan de imitar o emular, de ahí la conveniencia de diseminar información sobre sus avances. A fin de cuentas, el potencial mayor de cambio está en los desprotegidos mismos, que tomando conciencia de su estado y de las posibilidades de mejora, se organicen y ejerzan presión para obtener, entre otras cosas, un sistema de seguridad social más equitativo, que cumpla con sus objetivos básicos.

The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. It emphasizes that every entry should be supported by a valid receipt or invoice. This ensures transparency and allows for easy verification of the data. The second part of the document provides a detailed breakdown of the financial statements for the current period. It includes a balance sheet, an income statement, and a cash flow statement. Each statement is accompanied by a clear explanation of the figures and the underlying business activities. The final part of the document offers a summary of the overall financial performance and provides recommendations for future actions. It highlights areas of strength and identifies potential risks that need to be addressed. The document concludes with a statement of confidence in the accuracy of the information presented and a commitment to ongoing financial integrity.

NOTAS

- 1/ Para un análisis comprensivo del concepto y la organización administrativa de la seguridad social, véase Carmelo Mesa-Lago, Planificación de la seguridad social, Madrid: OISS, 1959.
- 2/ Ver Sergio Molina y Sebastián Piñera, "Notas sobre una estrategia de desarrollo tendiente a eliminar pobreza", Proyecto Interinstitucional de Pobreza Crítica en América Latina, Santiago, junio de 1978, p. 15.
- 3/ Ibid., p. 8.
- 4/ Ver como ejemplo, René Cortázar, "Necesidades básicas y extrema pobreza", Santiago, OIT-PREALC, Investigaciones sobre empleo, Nº 5, 1977, pp. 41-44.
- 5/ Véase Carmelo Mesa-Lago, Modelos de seguridad social en América Latina: Estudio comparativo, Buenos Aires, Ediciones Siap-Planteos, 1977, pp. 154-176.
- 6/ Ibid., pp. 20-52. Ver también, Alfredo Mallet, "Diversification or Standardization: Two Trends in Latin American Social Security", *International Labour Review*, 101:1, enero 1970, pp. 49-83.
- 7/ Se ha argumentado que el aumento de precios por contribuciones de los empleadores no necesariamente tiene un efecto regresivo, pues si bien puede afectar a los bienes de consumo y servicios esenciales (alimentos, ropa, electricidad) también puede gravar a bienes de consumo duradero (vr.gr., aire refrigerado) y ciertos servicios (vr. gr., teléfonos) que no se compran o usan por los pobres sino por los estratos de ingreso medio y alto. Debe tenerse en cuenta, no obstante, la incidencia final del segundo tipo de aumento de precio; así el aumento en la tarifa telefónica o el precio de un aparato de aire refrigerado incrementan el costo de producción en las empresas y éste eventualmente se pasa a los precios y afecta al pobre. Además se hace cada vez más remota la posibilidad de que el pobre pueda llegar a adquirir dichos bienes o usar dichos servicios, ampliándose aún más la brecha entre los estratos pobres y medios. Véase James M. Malloy, The Politics of Social Security in Brazil, Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1979, capítulo 5.

The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions and activities. It emphasizes the need for transparency and accountability in financial reporting.

Secondly, it highlights the role of internal controls in preventing fraud and ensuring the integrity of the financial statements. The document suggests implementing robust internal control systems to minimize the risk of errors and misstatements.

Furthermore, the document addresses the significance of external audits in providing an independent assessment of the financial statements. It notes that external audits are essential for building trust and confidence among stakeholders.

In conclusion, the document stresses the importance of a strong financial reporting framework. It calls for a commitment to high standards of transparency, accuracy, and accountability in all financial reporting activities.

The document also mentions the need for regular communication and reporting to stakeholders. It suggests that companies should provide timely and clear information about their financial performance and the risks they face.

Overall, the document provides a comprehensive overview of the key principles and practices of financial reporting. It serves as a valuable guide for organizations seeking to improve their financial reporting processes and enhance their credibility.

The document also discusses the importance of staying up-to-date with the latest regulatory requirements and accounting standards. It suggests that organizations should invest in ongoing training and education for their financial reporting staff.

Finally, the document emphasizes the role of technology in financial reporting. It suggests that organizations should leverage digital tools and software to streamline their reporting processes and improve the accuracy and efficiency of their financial statements.

In summary, the document provides a clear and concise overview of the key aspects of financial reporting. It offers practical advice and guidance for organizations looking to strengthen their financial reporting practices and ensure the highest quality of their financial statements.

- 8/ Ver Centro de Estudios Monetarios Latinoamericanos, Aspectos financieros del seguro social en América Latina, México, D.F.: CEMLA, 1963; OIT, Papel de la seguridad social y del mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo en el progreso social y económico, Ottawa: OIT, 1966; OEA y CISS, "Seminario sobre Seguridad Social y Planificación Nacional", México, D.F., 13-18 noviembre 1967; Felix Paukert, "Social Security and Income Redistribution: Comparative Experience", en The Role of Social Security in Economic Development, Everett M. Kassalow, editor, Washington, D.C.: Government Printing Office, 1968; CEPAL, "Social Security and Development: The Latin American Experience", Economic Bulletin for Latin America, 13:2, noviembre 1968; Gonzalo Arroba, "Seguridad social y economía nacional", Revista de Seguridad Social, 4 septiembre 1971; Lucila Leal de Araujo, "Los sistemas de seguridad social como mecanismos de redistribución del ingreso en los países en desarrollo", Seguridad Social, 5 marzo 1972; OEA, "El financiamiento de la seguridad social, su relación con la distribución de ingresos y con la política de impuestos en la región americana", Washington, D.C., 25 de enero de 1973.
- 9/ Carmelo Mesa-Lago, Modelos de seguridad social en América Latina, pp. 176-211.
- 10/ CEPAL, Economic Development and Income Distribution in Argentina, Nueva York: Naciones Unidas, 1969, pp. 262-264.
- 11/ Héctor L. Diéguez y Alberto Petrecolla, "La distribución funcional del ingreso y el sistema previsional en Argentina, 1950-1972", Desarrollo Económico, 55, octubre-diciembre 1974, pp. 423-440; y "Estudio estadístico del sistema previsional argentino en el período 1950-1972", Documento de Trabajo Nº 73, Centro de Investigaciones Económicas del Instituto Torcuato Di Tella, Buenos Aires, 1975.
- 12/ Además de la fuente citada en el cuadro 5 ver Fernando A. Rezende da Silva y Dennis Mahar, Saúde e previdencia social: Uma analise economica, Río de Janeiro: IPEA, 1974.
- 13/ Véase un resumen de estos estudios en Carmelo Mesa-Lago, Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality, Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1978, pp. 54-55.

- 14/ José Pablo Arellano, "Gasto público en salud y distribución del ingreso", en Salud pública y bienestar social, Mario Livingstone y Dagmar Raczynski, editores, Santiago: CEPLAN, 1976, p. 166.
- 15/ Fernando A. Rezende, "Redistribution of Income Through Social Security", p. 5; y Green, "Some Effects of Social Security Programs", p. 80. Para un punto de vista diferente, ver Malloy, The Politics of Social Security in Brazil, Capítulo 5.
- 16/ Parthasarathi Soma y Katrine A. Sita, "The Impact of Social Security Institutions on Resource Mobilization and Allocation: The Asian Experience", Meetings of the American Economic Association, Chicago, 1978. Ver también, M.A. Odle, Pension Funds in Labor Surplus Economies, University of West Indies, Institute of Social and Economic Research, 1974.
- 17/ Héctor L. Diéguez, "La seguridad social en América Latina: Reflexiones sobre sus características y problemática", Centro de Investigaciones Económicas, Instituto Torcuato Di Tella, Documento de Trabajo Nº 84, octubre 1978, pp. 29-32.
- 18/ OIT, Papel de la seguridad social y del mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo, pp. 76-83.
- 19/ Carmelo Mesa-Lago, Modelos de seguridad social en América Latina, pp. 49-50.
- 20/ OIT, El costo de la seguridad social, 1972-1974, pp. 42-47.
- 21/ Citado por Marshall Wolfe, El desarrollo esquivo, México, D.F.: CEPAL-Fondo de Cultura Económica, 1976, pp. 256-257.
- 22/ Por ejemplo la Mesa Redonda sobre Seguridad Social y Recursos Humanos auspiciada por la OIT y el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, en México en 1969. Ver también OEA, "El financiamiento de la seguridad social, su relación con la distribución de ingresos", pp. 13-15.
- 23/ Christian Kornevall, "Un cambio en el financiamiento de la seguridad social y sus efectos en el empleo", El Trimestre Económico, 44:2, abril-junio 1977, pp. 455-482.
- 24/ Carmelo Mesa-Lago, Social Security in Latin America, pp. 41, 90, 134, 180, 231.

- 25/ Héctor L. Diéguez, "La seguridad social en América Latina", pp. 26-28, 53; Wolfe, El desarrollo esquivo, p. 257; Carmelo Mesa-Lago, Modelos de seguridad social en América Latina, pp. 220-221; y Eduardo Viñuela, "El impacto redistributivo de la seguridad social y el aporte fiscal a su financiamiento", Instituto de Sociología, Universidad Católica de Chile, Documento de Trabajo Nº 39, diciembre 1976, p. 21.
- 26/ International Labour Office, The Ottawa Programme of Social Security for the Americas, Geneva, 1966.
- 27/ Aníbal Pinto, "Un itinerario realista para la reforma previsional", reproducido en Inflación, raíces estructurales, México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1973, pp. 237-245.
- 28/ Héctor L. Diéguez, "La seguridad social en América Latina", p. 8.
- 29/ Para más detalles ver Carmelo Mesa-Lago, The Economy of Socialist Cuba: A Two-Decade Appraisal (a publicarse por New York University Press en 1980) capítulo 7. La seguridad social en Cuba, p. 13 y "Bases generales para el Anteproyecto de Ley de Seguridad Social", Trabajadores, XIV Congreso de la CTC, noviembre 1978, p. 1.
- 30/ Sergio Molina y Sebastián Piñera, "Notas sobre una estrategia de desarrollo tendiente a eliminar pobreza", p. 6.
- 31/ Paul Fisher, "Seguridad social y planificación nacional", Conferencia Interamericana sobre planificación de la Seguridad Social, Buenos Aires, 1974; y Wolfe, El desarrollo esquivo, pp. 246-250.
- 32/ Carmelo Mesa-Lago, Planificación de la seguridad social, capítulos 1 y 2; Mallet, "Diversification or Standardization", pp. 61-65; y Pinto, "Un itinerario realista", pp. 237-245.
- 33/ Mallet, "Diversification or Standardization", pp. 76-80.
- 34/ Christian Kornevall, "Un cambio en el financiamiento de la seguridad social", pp. 455-482. La III Conferencia Interamericana sobre Tributación, celebrada en 1972, reconoció el impacto de los aportes actuales de seguridad social en la distorsión de los precios relativos de los factores y recomendó su substitución total o parcial por un incremento en el impuesto sobre el valor agregado o el impuesto sobre la renta, siempre que el sistema estuviese aplicado a nivel nacional.

35/ Carmelo Mesa-Lago, Modelos de seguridad social en América Latina, pp. 135-221.

36/ Gómez Buendía, "La protección desigual", cuadros V-8 y V-11.

37/ René Cortázar et al., "Condicionantes culturales y sociales de las políticas de erradicación de la pobreza", OIT-PREALC, Investigaciones sobre empleo, N° 1, Santiago, 1977, pp. 17-18.

38/ Sergio Molina y Sebastián Piñera, "Notas sobre una estrategia de desarrollo tendiente a eliminar pobreza", pp. 11-17, 28-32.