

políticas sociales

Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI

Carmelo Mesa-Lago



NACIONES UNIDAS



División de Desarrollo Social

Santiago de Chile, enero de 2000

Este documento fue preparado por el consultor de la CEPAL, señor Carmelo Mesa-Lago para ser presentado al IV Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública, realizado en Ciudad de México, entre el 19 y el 22 de octubre de 1999. El autor es Catedrático Distinguido Emérito de Economía y Estudios Latinoamericanos de la Universidad de Pittsburgh, y Catedrático Distinguido de Relaciones Internacionales de la Universidad Internacional de Florida.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

LC/L.1249-P

ISBN: 92-1-321557-6

Copyright © Naciones Unidas, enero de 2000. Todos los derechos reservados

N° de venta: S.00.II.G.5

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N.Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	5
Introducción: crisis y reforma del Estado benefactor	7
I. La selección de los países y su tipología	11
A. Criterios para la selección: nivel de desarrollo económico.....	11
B. Tipología: liberalización político-económica y reforma de la seguridad social	12
II. Costos económicos y sociales en la crisis del ochenta y la recuperación del noventa	15
A. Económicos.....	15
B. Sociales	16
III. La seguridad social: crisis y reforma	19
A. Desarrollo y crisis de la seguridad social	19
B. Reforma de las pensiones	21
C. Reforma de la salud	27
D. Seguro de desempleo	30
IV. La asistencia social y las redes mínimas de protección social	33
A. Limitaciones de la asistencia social.....	33
B. Redes mínimas de protección social.....	35
V. Lecciones de la reforma social y el nuevo rol social del Estado	37
A. Lecciones de la reforma social	37
B. El nuevo rol social del Estado	42

Bibliografía	47
Anexo	50
Cuadro 1: Ordenamiento socioeconómico de los diez países seleccionados en América Latina y existencia de programas sociales: 1995-1999	50
Cuadro 2: Tipología de la liberalización político-económica y el grado de privatización de los seguros sociales en los diez países: 1981-98... ..	51
Cuadro 3: Comparación de costos económico-sociales de la crisis del ochenta y la recuperación en los noventa en diez países de América Latina: 1980-98.....	52
Cuadro 4: Comparación de características de la seguridad social en diez países de América Latina: 1989-98.....	53
Cuadro 5: Comparación de las características legales de las reformas estructurales de los sistemas de seguros sociales (pensiones) en ocho países de América Latina:1998.....	54
Cuadro 6: Desempeño de la reforma de pensiones en ocho países de América Latina: diciembre de 1998.....	55
Cuadro 7: Características de la reforma de salud (modelos selectivos) en cuatro países de América Latina; 1996-1997.. ..	56
Cuadro 8: Características de los programas de seguro social de desempleo en cuatro países de América Latina: 1997.. ..	58
Cuadro 9: Características de los programas de asistencia social de pensiones en cinco países de América Latina: 1997-1998.....	59
Cuadro 10: Características de las redes mínimas de protección social en nueve países de América Latina: 1986-1993.....	60
Cuadro 11: Resultados de las redes mínimas de protección social en nueve países de América Latina:1986-1993.....	61

Resumen

A partir de la crisis de la deuda externa, comenzó la crisis final del Estado Benefactor en América Latina expresada en las políticas de ajustes estructurales, las que implicaron cambios profundos en los roles del mercado y el Estado en la economía. En este contexto, las reformas afectaron a la seguridad y la asistencia social, en especial a los dos principales y más costosos programas: las pensiones de vejez, invalidez y muerte y el seguro de enfermedad y maternidad. Pasadas ya dos décadas es necesario intentar una evaluación de sus resultados.

Primeramente, se intenta analizar los resultados comparativos de las reformas sociales de inspiración neo-liberal, así como también, cuál es el rol del Estado en el desarrollo social de la reforma. Para ello se han seleccionado diez países de la región (Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, El Salvador, México, Perú y Uruguay), los que poseen diversos niveles de desarrollo económico-social y han llevado a cabo diversos tipos de reforma social.

Analizando el costo económico-social de la crisis de los ochenta y el impacto de la recuperación de los noventa, se aprecia que los costos sociales de la crisis y la superinflación en los ochenta fueron atenuados en algunos países y exacerbados en otros, mientras que el crecimiento económico en los noventa, no ha sido correlativo con una mejoría social. En este contexto se analiza el papel que la política social ha tenido en dichos resultados, analizando las tendencias en el desarrollo de la seguridad social, las causas y efectos de las crisis y examinando las reformas de pensiones y salud, así como la situación

del seguro de desempleo. A partir de las limitaciones de la asistencia social, se analizan las políticas sociales dirigidas al sector de la población no cubiertos por el seguro social, dirigiendo la mirada hacia las redes mínimas de protección social (RMPS).

Introducción: crisis y reforma del Estado benefactor

En los dos últimos decenios del Siglo XX ocurrieron dos transformaciones sociales importantes en América Latina: a) la crisis del Estado Benefactor y su principal componente la seguridad social; y b) la reforma social que abarca cambios importantes del Estado, los seguros sociales y la asistencia social. En este trabajo se usa el término seguridad social en sentido amplio, abarcando a: los seguros sociales (vejez-invalidez-sobrevivientes, enfermedad-maternidad y desempleo), la atención a la salud pública (incluyendo a los sistemas nacionales de salud), y la asistencia social (no se analizarán aquí las asignaciones familiares y los riesgos ocupacionales que usualmente se incluyen en la seguridad social). La crisis económica o de la deuda externa del decenio de los ochenta contribuyó considerablemente al deterioro y crisis de los seguros sociales, aunque éstos ya anteriormente sufrían algunos problemas serios en los países con los sistemas más antiguos. Los programas de ajuste estructural que comenzaron en la región también en el decenio de los ochenta y se generalizaron en los noventa, provocaron además severos costos sociales y agravaron la crisis de los seguros sociales. Por otra parte, la antigua asistencia social, limitada a unos pocos países de la región y con escasísimos recursos, fue afectada por la doble crisis.

La estrategia neo-liberal persigue la expansión del rol del mercado, promoviendo la reducción del tamaño y funciones del Estado que pasa de un papel predominante a uno subsidiario. Las medidas económicas incluyeron: recortes en el empleo público, desregulación, descentralización administrativa, privatización de empresas y servicios

públicos (o, al menos, eliminación de subsidios a los mismos), estímulo a la competencia, disminución de los gastos fiscales unida a cambio e incremento de impuestos (a fin de eliminar el déficit fiscal y propiciar superávit), liberalización de los precios (de bienes de consumo, interés, tasa de cambio), promoción a las exportaciones no tradicionales, apertura al comercio mundial y al capital extranjero, globalización, etc. La política social ha sido también objeto de reformas importantes, comenzando con una crítica a la seguridad social basada en sus problemas de ineficiencia administrativa, desequilibrio financiero-actuarial, concentración de la cobertura en el sector medio y exclusión de los grupos de más bajo ingreso y los pobres, impacto regresivo en la distribución, etc. Esta crítica estaba en parte sustentada por problemas serios y reales en un buen número de países, pero no en todos ellos y procuraba, además, la reducción del costo fiscal en aquéllos con los sistemas más antiguos y poblaciones más envejecidas, los cuales sufrían los peores desequilibrios y requerían crecientes subsidios estatales (para los paradigmas sociales cambiantes ver Franco 1996; Sottoli 1999).

La solución neo-liberal a los problemas citados ha sido la "privatización" de los dos principales y más costosos programas de seguro social: las pensiones de vejez, invalidez y muerte, y el seguro de enfermedad-maternidad (o/y sistemas nacionales de salud). La reforma de las pensiones ha promovido, en ocho países latinoamericanos, el cierre del antiguo programa de seguro social (en adelante "público") sustituyéndolo por un sistema "privado" (aunque con fuerte apoyo estatal), o la reforma del programa público y su integración con un componente "privado" en un sistema mixto, o la creación de un programa "privado" que paralelamente compite con el programa "público" reformado o no. El sector de salud ha sido más difícil de reformar y sólo hay cuatro países que han introducido mecanismos para facilitar el traspaso parcial del sistema público a uno privado. En ambos sectores se ha impulsado un proceso de descentralización administrativa, competencia del mercado y aumento de la eficiencia, eliminando el monopolio o cuasi-monopolio estatal, estimulando la pluralidad de entes gestores, introduciendo la facultad de elección de los proveedores de servicios, y, en el sector salud, promoviendo la participación en la gestión de municipios, comunidades, ONGs, etc. A pesar del aumento del desempleo en la región (o debido precisamente a dicho fenómeno) el seguro de desempleo, que está limitado a un tercio de los países, no se extendió en el decenio del noventa.

La antigua asistencia social ha sido también transformada. Una crítica a la seguridad (seguro) social es que concentraba su cobertura en el sector medio de la población y, con muy pocas excepciones, no protegía a los pobres, mientras que la asistencia social carecía de recursos para atenderlos de manera adecuada. Por otra parte la crisis económica y los programas de ajuste estructural agravaron la pobreza (debido a los cortes en el empleo y el presupuesto social) y provocaron protestas en algunas ciudades de la región, de ahí que la viabilidad de la estrategia neo-liberal fue amenazada. Así en la mitad del decenio del 80 comenzó un nuevo programa asistencial: las redes mínimas de protección social (RMPS), que aspiró a suplantarse el viejo modelo estatista-centralizado, mediante la focalización en el sector pobre o "vulnerable" a la crisis y el ajuste, la acción rápida y eficiente, la descentralización de la gestión y la participación desde abajo. A principios del decenio del noventa virtualmente todos los países latinoamericanos tenían algún tipo de RMPS y los pioneros habían introducido una segunda generación de estos programas con algunas características diversas como el énfasis en la "inversión social".

En el decenio de los noventa tuvo lugar una recuperación económica (la cual comenzó en la segunda mitad de los ochenta en algunos países), aunque interrumpida o desacelerada por las crisis de 1995 (México) y 1998-99 (países asiáticos, Rusia, Brasil). Pero la recuperación social no ha sido paralela a la económica y ha variado en los países de la región. El proceso de reforma social, en particular de las pensiones, se aceleró en el decenio que concluye: mientras sólo Chile había reformado la seguridad social a principios de los ochenta, siete países reformaron sus sistemas de pensiones y cinco los de salud en los noventa.

Las referidas reformas sociales no sólo se han expandido en la región sino que también han influenciado el cambio en otros países del mundo. A fines del siglo, había al menos siete países que estaban considerando una reforma de pensiones en América Latina y tres una reforma de salud; más aún, los modelos de reforma latinoamericanos se habían introducido o estaban en discusión en varios países de Europa Oriental y África. En los dos últimos años he participado en varias conferencias internacionales en que se debatieron las ventajas de un modelo de reforma de pensiones versus otro, por ejemplo, en Pekín y en Hamburgo; esta última es especialmente importante pues Alemania fue la cuna del seguro social. La primera RMPS establecida en Bolivia (conjuntamente con otra en Ghana) se convirtieron en modelo para muchos países en el mundo. Es de esperar, salvo que ocurra una severa crisis en los modelos de reforma, que estos procesos continúen y se expandan en el siglo XXI.

Con dos decenios de experiencia en la reforma social latinoamericana es importante, por tanto, intentar una evaluación comparativa de sus resultados y lecciones. Este trabajo (que integra, pone al día y expande varias de mis publicaciones previas) efectúa dicho análisis en un grupo de países representativos de la región y se divide en cinco partes: a) la selección de dichos países y su tipología; b) los costos sociales durante la crisis de los ochenta y la recuperación de los noventa; c) la reforma de los seguros sociales de pensiones y salud, así como una breve revisión del seguro de desempleo; d) las limitaciones de la asistencia social y el desempeño de las RMPS; y e) las lecciones de la reforma social con respecto al nuevo rol del Estado.

I. La selección de los países y su tipología

A. Criterios de selección: nivel de desarrollo económico

Por escasez de tiempo e información, no es posible abarcar en este trabajo a los veinte países de América Latina. De ahí que se seleccionan diez de ellos, en diversos niveles de desarrollo económico-social y con diversos tipos de reforma social: Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, El Salvador, México, Perú y Uruguay. El Cuadro 1 ordena a los diez países, primero por el Índice de Desarrollo Humano (IDH) que combina un indicador económico y dos sociales (salud y educación) y, después, de acuerdo con el PIB por habitante (p/h) real basado en el PPP (*Purchasing Parity Power* o poder de compra paritario) en dólares de EE.UU. Ambos ordenamientos nos permiten clasificar a los países en cuatro grupos: a) Alto (Chile, Costa Rica, Argentina y Uruguay); b) Medio (México y Colombia); c) Bajo (Cuba y Perú); y d) Muy Bajo (El Salvador y Bolivia). Para simplificar el análisis, estos dos últimos grupos se unificarán en uno Bajo. El caso de Cuba es complejo pues, hasta fines del decenio del 80 su desarrollo social lo colocaba en el grupo alto (aunque no su desarrollo económico), pero la severa crisis del noventa lo ha empujado hacia el grupo bajo. Nótese también que, en el Cuadro 1, el ordenamiento por el IDH no es igual al del PIBp/h, especialmente en Costa Rica que se ordena segundo en el primer indicador pero sexto

en el segundo indicador. Esto indica que hay países que han alcanzado un desarrollo social más alto que su nivel de desarrollo económico, un importante aspecto que he analizado en un estudio internacional realizado por las Naciones Unidas (Mesa-Lago, 1999c).

El segundo segmento del Cuadro 1 muestra que los diez países han llevado a cabo reformas de pensiones (aunque con características muy distintas) y seis de ellos reformas de salud (también distintas, y excluyendo en la región sólo a la reforma sanitaria del Brasil país que aún no ha realizado la reforma de pensiones). Sólo cuatro de los diez países en este estudio tienen un seguro de desempleo, de hecho tres pues el de México es una pensión por despido a edad avanzada (los otros dos países en la región con un típico seguro de desempleo son Brasil y Venezuela). Cinco países tienen programas de asistencia social en pensiones (Brasil es el otro país de la región que tiene este programa) y todos los países (excepto Cuba) tienen RMPS. Todos los países del grupo alto (los más desarrollados) virtualmente han hecho las reformas de los seguros sociales y tienen prácticamente todos los otros programas, mientras que los del grupo muy bajo (los menos desarrollados) sólo han reformado las pensiones y tienen una RMPS. La selección de los países es bastante representativa de diversas situaciones; quizás debería haberse incluido Brasil, pero se excluyó porque aún no ha completado la reforma de pensiones.

B. Tipología: liberalización político-económica y reforma de la seguridad social

Una pregunta que intenta responder el Cuadro 2, es si existe una relación entre los grados de liberalización política (democratización) y liberalización económica (reforma neo-liberal) y entre éstos y el grado de privatización de la seguridad social. Aunque este es un tema muy complejo que exige mayor investigación y precisión, el ordenamiento de los diez países en las primeras dos columnas parece ser inverso: a menor el grado de democratización mayor es el grado de liberalización económica y viceversa. En Chile, bajo el gobierno autoritario de Pinochet se implantó la reforma neo-liberal más radical de la región (lo que no ocurrió bajo gobiernos militares en Argentina, Uruguay y otros países) y los dos gobiernos democráticos en el decenio del noventa han mantenido básicamente el modelo neo-liberal con ajustes menores. El grado de democratización en México (partido hegemónico) y Perú (autogolpe de Fujimori) es bajo y la liberalización económica ha sido alta. En Colombia y Uruguay ha habido un alto grado de democracia y el grado de reforma económica ha sido respectivamente medio y bajo. El Salvador se ordena en el medio tanto en liberalización política como económica. Costa Rica ha tenido una tradición democrática ejemplar e ininterrumpida en la segunda mitad del siglo XX y un grado bajo de liberalización económica. Cuba es un caso especial en que no habido liberalización política en cuarenta años y el estatismo continúa predominante a pesar de una tímida reforma económica introducida en 1993-96. Bolivia y Argentina parecen ser excepciones con un grado medio de liberalización política, pero alto de liberalización económica.

La relación entre los grados de democratización y reforma de la seguridad social (especialmente pensiones) parece ser inversa: a mayor el grado de democracia al tiempo de la reforma de la seguridad social menor su grado de privatización y viceversa. Esta relación la he medido y desarrollado en un artículo reciente, en que también he intentado explicar la excepción de El Salvador (Mesa-Lago, 1999b). Por lo contrario el Cuadro 2 indica que existe una relación directa entre el grado de liberalización económica y el grado de privatización de la seguridad social, con la excepción de la Argentina. La reforma neo-liberal más radical (Chile) implantó la mayor privatización de la seguridad social, mientras que reformas económicas más moderadas (Costa Rica) han resultado en un grado muy bajo de privatización; el país con una reforma

económica mínima (Cuba) no ha experimentado proceso alguno de privatización de la seguridad social que es básicamente financiada y totalmente administrada por el Estado

Aún si se aceptase mi opinión sobre las interrelaciones indicadas, hay que plantearse otras dos preguntas aún más trascendentes que la primera: ¿cual ha sido el resultado comparativo de las reformas sociales neo-liberales más drásticas, comparadas con las más moderadas o donde no han ocurrido las mismas? y ¿cual es el papel del Estado en el desarrollo social bajo la reforma? Para intentar responder estas interrogantes hay primero que analizar el costo económico-social de la crisis de los ochenta y el impacto en los mismos de la recuperación de los noventa.

II. Costos económicos y sociales de la crisis del ochenta y la recuperación del noventa

La severa crisis económica del decenio del ochenta tuvo sin duda costos económico-sociales altos, pero con diferencias entre los países, y la recuperación en el decenio del noventa exhibe también resultados diversos. El Cuadro 3 mide dichos costos.

A. Económicos

En el aspecto económico el Cuadro 3 muestra la tasa promedio anual del PIBp/h en 1981-90 y 1991-98, así como la tasa de inflación antes de la crisis (1980), en el año peor de la crisis en cada país (en 1981-90), y en 1998. El PIB p/h se redujo a una tasa promedio regional anual de 1% en 1980-91 y América Latina padeció la primera superinflación en su historia. Perú, Argentina y Bolivia sufrieron las mayores caídas del PIBp/h (-3.3% a -1.4%); las dos primeras afectadas primero por un experimento populista heterodoxo que fracasó y luego por el fuerte ajuste estructural, y Bolivia por el desgobierno (las tasas de inflación en estos países llegaron a niveles de 4,923% a 8,170%). El Salvador tuvo una caída algo mayor que el promedio regional en gran medida por la guerra civil. Los descensos del PIBp/h en Uruguay, Costa Rica y México fueron menores que el promedio regional (-0.6% a -0.3%), y en los dos primeros el ajuste estructural fue más moderado; las tasas de inflación superiores alcanzadas en estos países fueron altas pero muchísimo menores que en los países citados (respectivamente

83%, 27% y 159%). Colombia experimentó un crecimiento de 1.6% con una inflación relativamente baja en su peor año (32%), debido a su bajo endeudamiento externo, políticas económicas moderadas y la economía sumergida; Chile creció 1.3%, con la tasa de inflación más alta de 27%, en realidad su PIB/h cayó en la primera mitad del decenio y aumentó considerablemente en la segunda mitad; Cuba aparentemente tuvo el mayor crecimiento (2.8%) pero éste se midió por el antiguo sistema soviético del producto material bruto que no es comparable con el de las cuentas nacionales (PIB) y, además, fue protegida de la crisis por la generosa ayuda de la URSS en créditos blandos y subsidios de precios (Mesa-Lago, 2000a).

Durante el decenio del noventa la región se recuperó a un tasa anual de 1.7% del PIB/h y la tasa de inflación se redujo al 10%; los programas de ajuste fueron exitosos en reducir y controlar la inflación en todos los países pero los resultados en cuanto al PIB/h son contradictorios. Chile, Argentina, Perú, Uruguay y El Salvador gozaron de tasas más altas que el promedio regional (5.7% a 2.4%), los cuatro primeros con la culminación de sus reformas económicas (fuertes en Chile, Argentina y Perú, pero moderada en Uruguay) y El Salvador con la pacificación y amplia ayuda internacional. Sin embargo, las reformas económicas fuertes de Bolivia y México, así como las más moderadas de Colombia y Costa Rica resultaron en tasas iguales o inferiores al promedio regional (1.8% a 0.7%). La desaparición de la URSS y su ayuda económica y comercio con Cuba (que habían protegido a dicho país de la crisis regional de los ochenta) provocó una caída severa del PIB/h (-36%, ya basado en el sistema universal de las cuentas nacionales) que más que revirtió los avances del decenio anterior. Este análisis no encuentra que el tipo de liberalización económica (alta, media o baja) tenga una relación sistemática con el crecimiento del PIB/h.

B. Sociales

Para medir los costos sociales, el Cuadro 3 utiliza cuatro indicadores: el índice del salario mínimo real, la tasa de desempleo abierto, la incidencia de pobreza (urbana y rural), y el coeficiente Gini de distribución del ingreso. Se muestran los tres últimos indicadores antes de la crisis (1980), en el peor año de la crisis en cada país, y en el año más reciente disponible durante la recuperación de los 90; en el índice del salario mínimo se estima la caída en 1980-90 y la situación en 1993 (CEPAL discontinuó dicho índice en 1994; ver sin embargo, CEPAL 1997). Se carece de cifras sobre tres indicadores en Cuba y El Salvador, y sobre uno en Bolivia y Perú.

Durante la crisis, el salario mínimo real cayó drásticamente bajo el nivel de 1980 en Perú, Argentina y México (a 23%, 40% y 46%); descendió algo menos en Uruguay (a 69%) y en Chile (a 66%) a pesar de que este país tuvo crecimiento del PIB/h, debido al control estatal sobre los salarios para frenar la inflación; las reducciones menores ocurrieron en Costa Rica (a 86%) debido a la política social para proteger a este grupo de la caída en el PIB, y en Colombia (a 99%) que se benefició del crecimiento económico. La tasa de desempleo más alta se registró en Chile (20%, a más de 10% de la fuerza laboral en programas de empleo), seguida de Uruguay, Colombia y Bolivia (16% a 12%); y las tasas más bajas fueron las de México, Argentina, Cuba, Costa Rica y Perú (7% a 10%). Las series sobre incidencia de pobreza son incompletas pero ésta probablemente aumentó durante la crisis aunque no siempre se muestra la situación peor (por ejemplo, en Chile): la incidencia más baja se registró en Argentina, Uruguay y Costa Rica, con una incidencia mayor en México, Colombia y Chile, y la más alta en Perú y Bolivia. La distribución del ingreso empeoró en virtualmente todos los países, pero se mantuvo relativamente baja en Costa Rica y Uruguay, mediana en Argentina, México y Colombia, y alta en Bolivia y Chile (la mayor desigualdad en el ingreso en Chile probablemente ocurrió en la primera mitad de los ochenta pero se carece de cifras). Combinando los cuatro indicadores, aparece que los costos sociales de la crisis fueron muy altos en Chile, Perú y Bolivia, los dos últimos son consecuentes con la caída fuerte del PIB, pero Chile tuvo el tercer crecimiento más alto entre los diez países; los costos sociales en Colombia

fueron altos aunque este país tuvo la segunda tasa de crecimiento; Chile y Colombia carecieron de una política social adecuada para amortiguar los efectos sociales adversos de la crisis. México y Uruguay tuvieron costos sociales medios, Argentina bajos y Costa Rica muy bajos; todos estos países tuvieron caídas en el PIBp/h (la peor en Argentina), pero Costa Rica practicó una política social exitosa en proteger a los grupos de más bajo ingreso. Se carece de información para evaluar el costo social en Cuba y El Salvador, sin embargo, el primer país estuvo protegido de la crisis económica por la URSS y otros indicadores sociales (salud, educación) mejoraron, mientras que El Salvador debe haber sufrido con la guerra civil.

Durante la recuperación de los noventa, el salario mínimo real siguió deteriorándose en Perú (a 16% en relación al nivel de 1980, a pesar de tener la tercera tasa más alta de crecimiento del PIBp/h), así como en México y Uruguay; ascendió ligeramente en Argentina pero aún por debajo del nivel de 1980 (aunque la tasa de crecimiento fue la segunda más alta); sobrepasó ligeramente el nivel de 1980 en Chile y Colombia; y aumentó considerablemente en Costa Rica (a 113%, aunque este país tuvo una baja tasa de crecimiento). La tasa de desempleo continuó aumentando en Colombia (a 15%, agravada por un crecimiento débil) y en Argentina (a 13% a pesar del boom); el desempleo descendió en el resto de los países a tasas de 9-10% en Perú y Uruguay, y 3-6% en México, Bolivia, Costa Rica y Chile. La incidencia de pobreza se incrementó en México y Colombia, en el segundo llegando a ser la más alta (con Bolivia) entre los siete países sobre los que se dispone de información; la incidencia se mantuvo casi igual en Argentina pero aún así la menor; y disminuyó en Uruguay y Costa Rica (las más bajas después de Argentina), así como en Chile y Bolivia (la primera reducida a la cuarta más baja). La distribución del ingreso empeoró en Colombia (convirtiéndose en la más desigual) y en México; y descendió en los otros países: la desigualdad menor en Costa Rica y Uruguay, y la segunda más desigual en Chile. El mejoramiento de los indicadores sociales durante la recuperación ha sido muy alto en Costa Rica, alto en Uruguay, medio en México, Chile y Bolivia, bajo en Argentina, y muy bajo en Colombia. El desempeño social de Costa Rica es notable pues su tasa de crecimiento fue una de la más bajas y ratifica el énfasis en su política social; Uruguay ha mejorado su desempeño social ayudado por una tasa alta de crecimiento y medidas de política social pero aún enfrenta una tasa de desempleo alta; Chile ha logrado mitigar considerablemente los costos sociales (en gran medida por el mayor énfasis en la política social de los gobiernos democráticos que han asignado a la misma mayores recursos provenientes de una alta tasa de crecimiento) pero aún tiene una distribución del ingreso muy desigual; México y Bolivia han experimentado mejoría, mientras que Argentina y Colombia han sufrido un deterioro y los dos indicadores de Perú sugieren también un deterioro; Argentina y Perú, sin embargo han tenido el crecimiento económico más fuerte después de Chile. No hay información sobre tres indicadores en Cuba y El Salvador; sin embargo, la severa crisis económica en el primer país ha provocado también un deterioro generalizado en otros indicadores sociales (Mesa-Lago y Pérez-López, 1999).

Esta sección aporta evidencia que los costos sociales de la crisis y la superinflación en los ochenta fueron atenuados en algunos países y exacerbados en otros, mientras que el crecimiento y la estabilidad económicos en los noventa no siempre han venido acompañados por una mejoría social. Las próximas secciones de este documento analizan el papel que la política social ha tenido en dichos resultados.

III. La seguridad social: desarrollo, crisis y reforma

En esta sección se ofrece un panorama general y las tendencias en el desarrollo de la seguridad social en los diez países, se resumen las causas y efectos de la crisis, se analizan las reformas de los seguros sociales de pensiones y de enfermedad-maternidad (salud), y se describe la situación del seguro de desempleo.

A. Desarrollo y crisis de la seguridad social

Las características principales de la seguridad social y su grado de desarrollo en los diez países se presentan en el Cuadro 4. Basado en dichos indicadores de seguridad social se pueden ordenar los países de una forma muy similar a la general antes hecha sobre su grado de desarrollo económico-social (Cuadro 1 y sección I-A). En trabajos anteriores he clasificado a los países latinoamericanos en tres grupos: pioneros, intermedios y tardíos.

Los pioneros fueron los que introdujeron primero sus sistemas de seguridad social (especialmente de pensiones) y éstos son los más desarrollados, o sea, tienen todos los seguros sociales (pensiones, enfermedad-maternidad, riesgos ocupacionales, desempleo), así como asignaciones familiares y asistencia social, cubren a casi todas sus poblaciones (o su inmensa mayoría), sus cotizaciones sobre el salario son las más altas, el grueso del gasto de las prestaciones se dedica a las pensiones (porque estos programas son los más antiguos y la

esperanza de vida es la más elevada), la razón de asegurados activos por un pasivo (pensionado) es la más baja (debido a la madurez del programa y el envejecimiento de la población), los costos administrativos son los más bajos por su universalidad, el gasto de la seguridad social como porcentaje del PIB es el mayor, y ocurren déficit financieros considerables en el balance de los sistemas.

En el otro extremo, los países tardíos fueron los últimos en establecer sus sistemas, sólo tienen tres seguros sociales (carecen de desempleo, asignaciones familiares y asistencia social), cubren a una minoría exigua de sus poblaciones, sus cotizaciones salariales son las más bajas (porque el costo del sistema es menor), la esperanza de vida es inferior, el porcentaje del gasto que va a pensiones es el más pequeño (porque sus programas son las más nuevos y su población es muy joven, de ahí que el grueso del gasto va a salud), la razón activo/pasivo y la proporción del costo administrativo son los más altos, y el porcentaje del gasto de la seguridad social sobre el PIB es el más bajo. Los países intermedios se colocan entre los dos extremos.

El Cuadro 4 muestra que Uruguay, Argentina y Chile tienen todas las características del grupo pionero. Cuba también reúne la mayoría de las características de este grupo (en antigüedad de su programa de pensiones, cobertura poblacional, gasto que va a pensiones, esperanza de vida, gasto total y déficit); pero en los sesenta su sistema fue copiado del modelo soviético y ello hace que no tenga los programas de desempleo y asignaciones familiares (pero sí asistencia social), y que su cotización salarial total sea la más baja (los trabajadores no contribuyen y el Estado carga con la inmensa mayoría del costo). Costa Rica estableció su sistema a principios del decenio del cuarenta y su población es muy joven, de ahí que el porcentaje que va a pensiones es muy bajo, y la razón activos/pasivo es muy alta (características del grupo intermedio); pero este país dio un impulso enorme a la seguridad social en los decenios del sesenta y setenta, lo cual lo catapultó al grupo pionero, por ello tiene una cobertura poblacional, cotización salarial, esperanza de vida y gasto sobre el PIB muy altos, y un costo administrativo muy bajo. Colombia y México se le colocan en el grupo intermedio y el Cuadro 4 indica que reúnen casi todas las características de este grupo, con alguna excepción. Perú, El Salvador y Bolivia pertenecen al grupo tardío y son también los países que se clasificaron con los niveles inferiores de desarrollo económico social en el Cuadro 1.

Los países pioneros fueron los primeros afectados por déficit actuariales y financieros en los sistemas de seguridad social. Desde los decenios del sesenta y setenta, Uruguay (el prototipo de Estado de Bienestar en la región), Argentina y Chile enfrentaron estos problemas porque los gastos eran superiores que los ingresos (al menos en algunos de sus programas o fondos), lo cual obligó al Estado a hacer transferencias fiscales crecientes. Ocurrió entonces un proceso de unificación de los múltiples fondos o "cajas" existentes pero no se resolvieron los problemas de fondo (Chile, sin embargo realizó una reforma estructural de su sistema en 1980-81). Algunos países del grupo intermedio comenzaron a sufrir problemas financieros.

La crisis económica del ochenta agravó el déficit en los países pioneros y provocó la crisis latente de la seguridad social en la mayoría de los países de los otros dos grupos. El aumento del desempleo y la expansión del trabajo informal (no cubiertos por la seguridad social) redujeron la cobertura y los ingresos del sistema. En los pocos países en que la seguridad social incluye seguro de desempleo y asistencia social, los desempleados comenzaron a cobrar subsidios de desempleo y el número creciente de pobres recibió pagos asistenciales. La hiperinflación disminuyó el salario real y la recaudación por cotización a par que aumentó los gastos (ajuste de pensiones, incremento en costos sanitarios); además creó incentivos para la evasión y la mora, y provocó rendimientos de la inversión negativos pues el capital y los intereses no estaban indexados. El gobierno no pagó o demoró sus contribuciones como empleador y tercera parte, y cuando negoció el pago de la deuda, lo hizo con una moneda devaluada o bonos de pobre rendimiento. A fines del decenio del ochenta, los déficit del sistema de seguridad social en Argentina, Cuba, Chile y Uruguay fluctuaban entre

5% y 17% del PIB y los subsidios fiscales como porcentaje del total de gastos del sistema entre 35% y 63% (Cuadro 4). Intentando restaurar el equilibrio o reducir el déficit, muchos países permitieron una erosión del valor real de las pensiones y paralizaron la inversión en infraestructura y equipo sanitario.

El ajuste estructural contribuyó a la crisis de la seguridad social. El proceso de recorte de empleo estatal y de gastos fiscales impactó adversamente a la cobertura y los ingresos, mientras que el cierre de empresas ineficientes y/o no competitivas por causa de la liberalización y la apertura externa provocó efectos similares. Los presupuestos de salud pública fueron reducidos y se paralizó la inversión en su infraestructura por casi un decenio. A fines del decenio del ochenta, la presión de los organismos financieros internacionales (FMI, Banco Mundial) para restaurar el equilibrio fiscal les llevó a identificar a la seguridad social como una causa del déficit, pero también como una fuente potencial de financiamiento y desarrollo del mercado de capitales (Mesa-Lago, 1996a). Los primeros estudios y misiones se iniciaron a mediados de los ochenta aunque no tuvieron resultados significativos en ese decenio. Pero al comienzo del decenio del noventa la crisis doméstica de la seguridad social y la presión externa abrieron el camino para la reforma.

B. Reforma de las pensiones

1. Modelos de reforma y comparación de su implantación en los países

Las reformas del seguro social de vejez, invalidez y sobrevivientes son de dos tipos: no estructurales y estructurales. Las primeras mantienen el sistema público, pero lo transforman con diversos objetivos (no siempre se persiguen todos): extender la cobertura poblacional, normalizar las condiciones de adquisición de derechos entre diversos grupos cubiertos (usualmente haciendo más estrictas dichas condiciones), eliminar/reducir el déficit y hacerlo más viable financieramente dentro de un período, mejorar su eficiencia (incluyendo unificación de entes gestores), y proveer pensiones más adecuadas; estas reformas, por tanto, intentan perfeccionar el sistema público único, en vez de eliminarlo, combinarlo o hacerlo competir con otro diferente; ejemplos de las mismas son las de Cuba y Costa Rica.

El núcleo de la reforma cubana se efectuó en 1959-63 y comprendió las medidas siguientes: unificación de los diversos fondos o cajas existentes y homologación de condiciones de adquisición (exceptuando a las fuerzas armadas), universalización de la cobertura, eliminación de la cotización del trabajador y establecimiento de una cotización igual a las empresas (todas estatales hasta mediados del noventa), administración directa por el Estado y financiamiento por el presupuesto fiscal (no existe un fondo sino que el gobierno cobra las cotizaciones que van al presupuesto y se hace cargo de todos los gastos). El sistema sufre de un fuerte déficit creciente (74% del gasto) ya que las cotizaciones son insuficientes para financiar las pensiones, a pesar de que fueron incrementadas a mediados de los noventa; una ley contempla la restauración de la cotización a los trabajadores, pero se ha pospuesto repetidamente por causas políticas y sociales. Debido a la aguda crisis y la devaluación del peso, las pensiones son excesivamente bajas e insuficientes para satisfacer las necesidades básicas. No existe ningún plan de retiro empresarial ni programa de ahorro individual. Aunque el sistema fue exitoso por muchos años, está urgido de una reforma profunda y rápida debido a su enorme costo (17% del PIB en 1993), desequilibrio y erosión del poder adquisitivo de las pensiones; el costo aumenta con rapidez debido al acelerado envejecimiento de la población y que, mientras que Cuba tiene la segunda esperanza de vida más alta en la región, sus edades de retiro (55 la mujer y 60 el hombre) son las más bajas entre los diez países (Cuadro 4; Mesa-Lago, 1996b).

La reforma de Costa Rica se llevó a cabo entre fines del ochenta y la primera mitad del noventa, incluyendo: aumento de las edades de retiro (de 55/57 mujeres/hombres a 60/62, aún bajas de acuerdo con la esperanza de vida, ver Cuadro 4), "cierre" de todos los programas de pensiones independientes para funcionarios públicos (excepto el del Poder Judicial), incorporación gradual de dichos grupos al sistema general con homologación de sus condiciones de adquisición, e introducción de una pensión complementaria de carácter voluntario con régimen de capitalización plena e individual (CPI). En 1995, Costa Rica aparecía como el único sistema de seguridad social que tenía un superávit substancial entre diez países latinoamericanos, los cuales sufrían déficit hasta 10% del PIB (BID 1998). A fines de 1998 se llevó a cabo un proceso nacional de concertación que resultó en un acuerdo entre todas las partes involucradas para extender la cobertura del seguro y asistencia a toda la fuerza laboral, hacer más estricta la fórmula de cálculo de las pensiones, y convertir en obligatorio el programa de pensiones complementarias (Mesa-Lago, 1999c).

Los ocho países restantes han realizado reformas estructurales de tres tipos: a) substitutivo, que "cierran" el sistema público (impiden nuevas afiliaciones) y lo reemplazan con un sistema nuevo de capitalización plena e individual (CPI), en Chile (el pionero, que comenzó a operar en mayo de 1981), Bolivia (mayo 1987), México (septiembre 1997) y El Salvador (mayo 1998); b) mixto que no cierra sino reforma el programa público y lo integra como componente básico-solidario con un nuevo componente de CPI —al tiempo del retiro los asegurados reciben dos pensiones: una básica y otra complementaria— en Argentina (julio 1994) y Uruguay (abril 1996); y c) paralelo que tampoco cierra pero reforma parcial o totalmente el sistema público y termina su monopolio creando un nuevo sistema de CPI que compite con el público, en Perú (junio 1993) y Colombia (abril 1994). La reforma chilena no tuvo impacto en el resto de la región por más de una década, debido a que fue asociada con el régimen autoritario militar pero, con el cambio a la democracia en 1990 y su mantenimiento de la reforma, la misma se volvió políticamente aceptable y comenzó a ejercer influencia. Aunque algunos pretenden que existe un sólo modelo de reforma estructural (el chileno) en realidad funcionan tres modelos distintos en América Latina y las ocho reformas tienen características diferentes como demuestra el Cuadro 5.

Uno de los principios del nuevo paradigma social es la libertad de elección, tanto para escoger entre el sistema antiguo y el nuevo, como para cambiarse entre las administradoras de CPI, pero dicha libertad varía considerablemente. Con respecto a la primera: a) hay máxima libertad en Argentina y Colombia, porque tanto los asegurados al tiempo de la reforma como los que entran nuevos al mercado laboral pueden seleccionar uno de los dos sistemas y cambiarse entre ellos (Perú concedió esta libertad por un tiempo pero ahora prohíbe pasarse del nuevo al antiguo); b) libertad intermedia en Chile (los nuevos entrantes en el mercado laboral deben afiliarse al sistema nuevo, pero a los asegurados al tiempo de la reforma se les dio un plazo para quedarse en el sistema viejo o pasarse al nuevo), y El Salvador y Uruguay (los nuevos entrantes en el mercado laboral deben afiliarse al sistema nuevo, mientras que a los asegurados al tiempo de la reforma se les divide por edad y sólo parte de ellos puede elegir entre los dos sistemas); y c) ninguna libertad en Bolivia y México, donde todos los asegurados al tiempo de la reforma, más los que entren al mercado laboral, deben incorporarse al sistema nuevo. En cuanto a la libertad de escoger el tipo de administradora de los de CPI: a) en Chile, Bolivia, El Salvador y Perú sólo se permiten sociedades anónimas privadas de giro exclusivo, pero en los otros cuatro países hay administradoras múltiples (pueden ser públicas, privadas, cooperativas, etc); y b) no existen restricciones para cambiar de administradoras en Chile y Perú (pero en ambos se requiere un año que es lo que el trámite toma en la práctica), mientras que en Argentina, Colombia, Uruguay y El Salvador se permiten dos cambios anuales, en México un cambio anual, y en Bolivia se prohíbe cualquier cambio hasta el año 2001 (Cuadro 5).

En Chile se eliminó la cotización del empleador y también en Bolivia y Perú (en el último no se hizo hasta 1995), pero la misma continúa sin cambio en Argentina, El Salvador y México, se redujo ligeramente en Uruguay y se incrementó en Colombia. La cotización del asegurado se redujo en Chile (en el sistema nuevo aunque no en el antiguo), pero no cambió en Argentina y México, y se aumentó en los otros cinco países. La eliminación de la cotización del empleador ha resultado en un incremento de la cotización del asegurado, salvo en Chile donde ha incrementado el subsidio fiscal. En México, el mantenimiento sin cambio de las cotizaciones obligó a incrementar el aporte del Estado al sistema.

2. El papel del Estado en la reforma

Se califica el nuevo sistema de "privado" pero aún en el prototipo y más "puro" sistema, el chileno, el Estado juega un papel importante: obliga a la afiliación (no es voluntaria), regula con enorme detalle todo el sistema, crea y financia una Superintendencia que supervisa y establece normas para el sistema, crea y financia una Clasificadora de Riesgos que ordena los instrumentos de inversión de acuerdo con su grado de riesgo, se hace cargo del triple costo de la transición (el déficit del sistema antiguo, el bono de reconocimiento y la pensión mínima en el nuevo sistema) y concede otras garantías como el rendimiento mínimo de la inversión del fondo, y las pensiones en caso de quiebra de una administradora. El triple costo fiscal es crucial, se resume en el Cuadro 5 (Aporte financiero del Estado), y se analiza a continuación (ver Mesa-Lago, 1999a).

El primer costo fiscal durante la transición es el déficit substancial que ocurre en el sistema antiguo, pues éste tiene a su cargo todas las pensiones en curso de pago o la inmensa mayoría de ellas, pero se queda sin cotizantes o con una minoría. Esto se debe a que o bien se obliga a cambiar a todos los asegurados al nuevo sistema (Bolivia y México) o la mayoría de ellos se cambia voluntariamente o lo hace con incentivos provistos por el Estado (la reducción de la cotización del asegurado que se cambió al nuevo sistema en Chile) o con cambios en la legislación (en Perú, cuando el gobierno se percató que no había suficientes cambios al nuevo sistema, fue endureciendo las condiciones de adquisición y aumentando las cotizaciones en el antiguo). Más aún, en aquéllos países en que se queda una parte de los asegurados en el sistema antiguo, éstos son los más viejos y próximos a jubilarse, por lo cual el déficit se acrecienta ya que se reducen los cotizantes pero crecen los pensionados. Eventualmente este déficit desaparecerá pero puede tomar entre cuarenta y setenta años, mientras tanto el Estado se hace cargo del déficit en todos los países (Cuadro 5).

El segundo costo fiscal es el bono de reconocimiento, o sea, el valor de las cotizaciones aportadas al sistema antiguo por los asegurados que se cambian al sistema nuevo. Chile ha sido el país más generoso en estimar dicho bono pues para hacerlo efectivo sólo requiere tres años de contribuciones previas, su valor no tiene "techo" o límite, se ajusta a la inflación y se le agrega un interés real del 4% anual. En los otros países el Estado ha eliminado el derecho al bono (México y Uruguay--sobre el segundo ver más abajo) o limitado su concesión (al 15% de los que tienen el derecho en Perú) o lo ha reducido en los restantes cinco, ya sea aumentando las contribuciones previas requeridas entre 4 y 35 años, imponiéndole un techo, no ajustándolo o no pagando interés (Cuadro 5). Pero mientras estas restricciones reducen el costo fiscal también constriñen los beneficios de los asegurados.

El tercer costo fiscal es la obligación del Estado de garantizar el pago de una pensión mínima a todos los que están en el sistema nuevo, ya sea porque se pasaron del antiguo o porque entraron por primera vez al mercado laboral y se afiliaron al sistema nuevo. Cuando el asegurado no ha acumulado suficiente recursos en su cuenta individual de la pensión de vejez para financiar la pensión mínima, el Estado debe suplir la diferencia faltante. Chile y otros seis países garantizan este beneficio, en algunos con ciertas restricciones, pero Bolivia no lo otorga y Perú no lo

reconoció originalmente y luego lo reconoció por ley pero ésta no ha sido aplicada. Estos dos últimos países han eliminado dicho derecho para reducir este costo fiscal.

El triple costo fiscal no ocurre simultáneamente: a) el déficit del sistema antiguo comienza de inmediato y se agrava pero eventualmente empieza a disminuir hasta que al fin desaparece; b) el bono de reconocimiento no se hace efectivo de inmediato sino que se difiere hasta el momento del retiro el cual se demora debido a que los asegurados en el sistema nuevo son muy jóvenes y las edades de retiro han sido aumentadas en varios países (Cuadro 4), de manera que el costo fiscal del bono probablemente comenzará cuando ya esté reduciéndose el déficit, pero luego se incrementará, para mucho más tarde disminuir y desaparecer; y c) el costo de la pensión mínima surgirá al mismo tiempo que el costo del bono, pero no disminuirá ni desaparecerá pues se otorga también a los que entran al mercado laboral y se afilian al sistema; hay indicaciones de que los asegurados de bajo ingreso deliberadamente reducen la frecuencia de sus cotizaciones a fin de ganar en derecho al retiro y maximizar el aporte estatal a la pensión mínima (esto se discutirá después).

Al menos teóricamente y por un período de tiempo considerable, el triple costo de transición debe ser inferior en un sistema mixto que en uno substitutivo, por tres razones: a) los asegurados que están en el componente público (reformado) del sistema continúan sus cotizaciones para pagar las pensiones en curso de pago y las pensiones básicas que se generen en el futuro por este componente (si no se elimina la cotización del empleador, como en Argentina y Uruguay, ésta va al componente público); b) no hay necesidad de pagar un bono de reconocimiento pues los asegurados no se pasan a un nuevo sistema sino que están en el mixto, por ello Uruguay no otorga dicho bono (pero en Argentina, un congreso dadivoso concedió una "prestación compensatoria" a los que estaban en el sistema antiguo y se pasaron al mixto y, además, "premió" a los que se quedaron en el antiguo, concediéndoles una "prestación adicional"); y c) no hay necesidad de garantizar una pensión mínima en el componente de CPI del sistema mixto, pues el componente público paga una pensión básica. Debe notarse que los componentes públicos del sistema mixto en Argentina y Uruguay tienen un régimen de reparto y que su ingreso por cotizaciones es insuficiente para financiar dicho componente, por lo que requiere de subsidios fiscales. Si el componente público tuviese un régimen de capitalización parcial colectiva (*vr. gr.*, la prima media escalonada) debería estar en equilibrio por un largo período sin requerir subsidios fiscales.

Los sistemas paralelos deberían tener costos inferiores a los substitutivos pero posiblemente más que los mixtos, porque parte de los asegurados se queda en el sistema público, cotiza y financia las pensiones públicas; tampoco hay necesidad de pagar bono de reconocimiento ni pensión mínima en dicho sistema, pero puede ocurrir un déficit en el público especialmente si la mayoría de los asegurados se pasa al sistema nuevo, el cual también requerirá bono y pensión mínima. En Colombia la mayoría de los asegurados se han quedado en el sistema público y éste ha sido reformado adecuadamente y tiene una reserva substancial (mayor que el fondo del sistema de CPI), mientras que en Perú la mayoría de los asegurados se ha pasado al sistema nuevo, el antiguo no fue adecuadamente reformado, y en 1999 todos sus reservas fueron transferidas (sin previa valuación) al Ministerio de Economía el cual paga las pensiones y otras prestaciones económicas; por lo tanto, el triple costo fiscal debería ser inferior en Colombia que en Perú.

En todo caso una interrogante fundamental es si el Estado hará frente al triple costo fiscal (aún con las limitaciones impuestas para reducirlo) en todos los países, especialmente en aquéllos en los que el Estado fue en el pasado el principal deudor a la seguridad social y utilizó sus fondos para obtener crédito gratis o a un costo bajísimo. En países como Argentina, Chile, México y Uruguay, el Estado cumplió y está cumpliendo sus obligaciones, pero el Estado no lo hizo en el pasado en Bolivia, Colombia, Costa Rica, El Salvador y Perú. En este último país hay varias indicaciones de que el Estado está intentando evadir algunas de sus obligaciones, no concediendo o postergando la concesión del bono de reconocimiento y no regulando la ley que otorga el derecho a

la pensión mínima. Recientemente, en Colombia, el Estado ha intentado cargar al sistema antiguo, el costo del bono de reconocimiento (Kleinjans 1999). Aún en los países en los que el Estado ha tradicionalmente cumplido con sus obligaciones, si el costo fiscal se vuelve intolerable, podría ocurrir un incumplimiento.

3. El desempeño comparativo de la reforma

Otra interrogante crucial, la cual podemos en buena parte contestar, es cual ha sido el desempeño de la reforma estructural de pensiones, especialmente en aquellos países cuyas reformas tienen más tiempo en operación (especialmente Chile) y proporcionan cifras sobre sus resultados (la información de Bolivia es la más escasa). El Cuadro 6 ofrece los indicadores más importantes (los cuales se numeran del uno al ocho para su identificación) del desempeño en ocho países y a continuación se analiza el mismo, en varios casos contrastando la realidad de la cifras con los supuestos teóricos ideológicos de la reforma.

El porcentaje de los que se han cambiado del sistema antiguo al nuevo varía entre 40-48% en Colombia y Uruguay, 75-77% en Argentina y Perú, 90-95% en El Salvador y Chile, y 100% en Bolivia y México (No.2). Los factores que determinan esas diferencias son: el grado de libertad concedido al asegurado para quedarse o mudarse de sistema, el tiempo de operación del sistema nuevo, y las virtudes reales o percibidas del sistema nuevo con respecto al antiguo. Ya se ha visto que en dos países se ha obligado a mudarse a todos los asegurados. El porcentaje de los afiliados en el sistema nuevo sobre la fuerza laboral en Chile es absurdo (109%) e indica que hay un doble conteo considerable en las cifras de afiliación; si se usan las cifras de activos cotizantes dicho porcentaje disminuye a 60% (No.1); las diferencias entre los porcentajes de afiliados y cotizantes son también considerables en Argentina (59% y 36%), pero menores en el resto (29% y 20% en El Salvador, 72% y 66% en Uruguay). En Colombia, las bondades del sistema antiguo reformado y su solidez financiera parecen haber determinado que la mayoría de los asegurados se haya quedado en el sistema antiguo; este pudiera ser también el caso en Uruguay unido a la fuerte tradición de un sistema público en dicho país.

Contrario al supuesto de que un sistema "privado" de pensiones (CPI) resulta en el cumplimiento puntual de las cotizaciones y consiguiente reducción de la mora (con la alegación de que el asegurado es el "dueño" de su cuenta individual y a mayor ésta mayor será su pensión), la evidencia muestra también diferencias importantes entre los países en cuanto al porcentaje de afiliados que son cotizantes activos en el sistema nuevo: sólo 48-53% en Argentina, Colombia y Chile, pero 67% en El Salvador, y 82% en México y Uruguay (No.3). En Chile, dicho porcentaje decreció constantemente de 76% a 53% en 1981-98, mientras que en Argentina el descenso fue más errático y algo menor: de 66% a 49% en 1994-98 (SAFP-Santiago 1982-1999; SAFJP 1999).

Un número adecuado de administradoras es esencial para que funcione la competencia en un sistema "privado" y, a mayor el número de asegurados mayor debería ser el número de administradoras y viceversa. Argentina y México tienen respectivamente 7 y 14 millones de afiliados y su número de administradoras a fines de 1998 era de 15 y 13 (Nos.1 y 4). Chile comenzó con 12 administradoras en 1981 cuando el número de afiliados era pequeño y dicho número permaneció casi estático hasta 1994 en que aumentó a 21, pero luego descendió a 8 en abril de 1999, a pesar de que el número de asegurados ha continuado creciendo (SAFP-Santiago, 1999). Colombia tiene 8 administradoras, igual que Chile, pero con la mitad de los afiliados. El número de administradoras es 5 en Perú con casi dos millones de afiliados, pero 5 en El Salvador con 656 000 (una estuvo al borde de la quiebra a fines de 1999) y 6 en Uruguay con medio millón. En Chile y Perú las administradoras sólo pueden ser sociedades anónimas de giro exclusivo, pero en Argentina, Colombia, México y Uruguay son múltiples lo cual podría facilitar la entrada al sistema y la competencia. Bolivia comenzó con el número menor de asegurados (356 000 y todos fueron

forzados a mudarse), por lo que el gobierno decidió que, con un mercado tan pequeño, sólo podían funcionar dos administradoras, dividió a los asegurados entre las dos basado en su residencia e impidió los cambios de los asegurados entre las dos hasta el año 2001, o sea, que en Bolivia hay un monopolio dividido en dos y no existe la competencia que es la base del sistema "privado".

Aún en el caso de que exista un número relativamente grande de administradoras, no se asegura una competencia efectiva. El porcentaje de concentración de los afiliados en las tres administradoras mayores varía considerablemente: 45-56% en México y Argentina, 60-69% en Colombia y Uruguay, 74-76% en Chile y Perú, 82% en El Salvador, y 100% en Bolivia (No.5); la concentración es más alta en los países que tienen sociedades anónimas de giro exclusivo. La concentración en Chile exhibió una tendencia creciente en 1983-99, llegando a más de 74% en abril. Los asegurados parecen escoger a las administradoras no basados en el mejor desempeño de éstas, sino debido a su nulo o escaso conocimiento o falta de calificación para hacer la selección, así como la labor de los vendedores que cambian a los asegurados para ganar una comisión. En 1998, el número de afiliados por un promotor era de 723 en Uruguay pero 215 en Argentina (SFAJP 1999; BCU 1998).

Los costos de administración son muy altos, las comisiones totales (incluyendo la cargada por la administradora de la pensión de vejez y la prima por invalidez y muerte de la compañía de seguros) ascendió como sigue: 2.5% en Bolivia (sin competencia), 2.6% en Uruguay, 2.7% en Chile, 3.2% en El Salvador, 3.4% en Argentina, 3.5% en Colombia, y 3.8% en Perú. En México la comisión de 1.66% no incluye el costo de invalidez y muerte (2.5%) que se gestiona por el seguro social, sumando ambas se convierte en el más alto: 4.16% (No.6). La comisión de la administradora ha tendido a crecer mientras que la prima de las compañías de seguro ha bajado considerablemente. La carga de la comisión total sobre la cotización es muy alta: 17.5% en Uruguay, 23.8% en Colombia, 25% en México, 29.9% en El Salvador, y 32.2% en Perú; en Argentina y Chile dicho porcentaje disminuye según aumenta el ingreso del asegurado (por lo que tiene un impacto regresivo): de 25.6% a 33.7% en Argentina y de 24.2% a 33.7% en Chile (BCU 1998; SAFJP 1999; SAFJP-Lima 1999; SAFJP-Santiago 1999; SB 1998).

La acumulación de capital en los fondos de pensiones es enorme en algunos países y es una función del número de asegurados, el tiempo de operación del sistema, el tamaño del ingreso por cotización y el rendimiento de la inversión. En 1998 la acumulación, en millones de dólares de EE.UU. y como porcentaje del PIB, eran como sigue: 31.3 (40%) en Chile, 11.5 (3.5%) en Argentina, 10.6 (3.1%) en México, 2.1 (2.3%) en Colombia, 1.8 (42%) en Bolivia (con un PIB pequeño), 1.7 (2.5%) en Perú, y 0.4 (1.3%) en Uruguay. La acumulación más pequeña es la de El Salvador pero no tenemos su porcentaje sobre el PIB (No.7). Pero esta acumulación no necesariamente ratifica el supuesto que la reforma estructural de pensiones basada en la CPI aumenta el ahorro nacional, pues no sólo hay que considerar la acumulación de capital (positiva) sino el costo fiscal (negativo) en un año dado. Un estudio hecho por un economista chileno prueba que en cada año de 1981-95 en Chile, el balance neto (acumulación menos costo fiscal) fue negativo y promedió -2.4% del PIB. Si ésta es la evidencia de la reforma más exitosa y con mayor tiempo de operación, mucho peor debe ser en los otros países.

El rendimiento real anual de la inversión desde el inicio del sistema hasta fines de 1998 había promediado 10.9% en Argentina y Chile, 10.1% en Colombia, 6.9% en Uruguay, 5.1% en Perú y 4.3% en México (No.8). No se aprecian diferencias entre administradoras privadas de giro exclusivo y múltiples. En Chile el rendimiento más alto fue 28.6% en 1991 y continuó alto hasta la crisis mexicana de 1995 en que se tornó negativo (-2.5%), los dos años siguientes fueron positivos pero sólo promediaron 4%, y la crisis de economías emergentes de 1998 provocó otra tasa negativa -1.6%; en los últimos cuatro años la tasa promedio ha sido de 1%. En Argentina el rendimiento de febrero de 1998 a febrero de 1999 fue -6.56% y en Perú fue de -4.8% en 1998 (SAFJP 1999; SAFJP-

Lima, 1998; SAFP-Santiago, 1999). Un asegurado que le toque retirarse en el punto alto de un boom del mercado de valores se beneficiará con un aumento de su fondo en la cuenta individual y de la pensión correspondiente, pero si tiene la mala suerte de retirarse durante una caída de dicho mercado sufrirá una reducción en su fondo y pensión. Un sistema mixto que combina un componente público con una prestación "definida" (pensión regulada por ley) y otra complementaria "no definida" (sometida a los vaivenes del mercado), parece ser mejor que un sistema substitutivo que "pone todos los huevos en la misma canasta" por muy diversificada que ésta sea.

C. Reforma de la salud

En América Latina la atención de la salud se provee por tres sectores: a) el público, administrado por el ministerio de salud, que en la mayoría de los países ampara al menos legalmente a la mayoría de la población, con bajo ingreso y los pobres (en Brasil y Cuba existen sistemas nacionales de salud integrados que cubren a toda la población); b) el del seguro de enfermedad-maternidad que cubre usualmente a los grupos de ingresos medios y, en unos pocos países, a la mayoría de la población; y c) el privado, muy pequeño aunque en rápida expansión en varios países, que cubre a los grupos de ingreso medio-superior y alto, y está compuesto por planes pre-pago lucrativos e instituciones sin ánimo de lucro. Hasta mediados de 1999, no se había efectuado una reforma de salud con privatización total o mayoritaria, como en la reforma de las pensiones. De los diez países seleccionados, cuatro no han tenido aún reforma de la salud, Cuba y Costa Rica han hecho reformas que mantienen un sistema totalmente estatal en el primero y predominantemente estatal en el segundo, y los cuatro restantes han implantado o tienen en proceso reformas que terminan con el monopolio o cuasi-monopolio público-seguro social, otorgan diversos grados de libertad a la población para seleccionar a los proveedores, y promueven la expansión del sector privado con la aspiración de mejorar la eficiencia. Las reformas en estos cuatro países pueden agruparse en dos modelos: selectivos duales (Chile y Perú) y selectivos múltiples (Colombia y Argentina); el grado mayor de privatización ha ocurrido en Chile, seguido por Perú, con un menor grado en los otros dos países, un porcentaje muy pequeño en Costa Rica y ninguno en Cuba.

1. Reformas con monopolio o predominio del sector público

La reforma de la salud cubana tuvo lugar a principios del decenio del sesenta y, siguiendo el modelo soviético, creó un sistema nacional de salud, con cobertura universal, gratuito, totalmente administrado y financiado por el Estado, y que prohíbe la medicina privada. A diferencia de otros países pioneros (como en Uruguay) Cuba carecía en vísperas de la revolución de un seguro social de enfermedad-maternidad, pero tenía una red esencialmente urbana de hospitales públicos, cooperativas o sociedades mutuas de atención médica, y clínicas privadas. Todas las instalaciones y servicios fueron estatizados e integrados en el sistema nacional, el cual extendió considerablemente sus instalaciones (con énfasis en el área rural), así como el personal médico. A fines del decenio del ochenta Cuba tenía los mejores indicadores de salud de la región pero el costo del sistema era altísimo. El colapso de la URSS y el socialismo provocaron la crisis económica y sanitaria, y la mayoría de los indicadores de salud se han deteriorado (una excepción es la mortalidad infantil, que continúa descendiendo), aunque el personal sanitario aún es relativamente el mayor de la región. La crisis severa de la salud en Cuba demanda una reforma integral pero ésta no es siquiera tema de discusión (Mesa-Lago y Pérez-López, 1999; Mesa-Lago, 2000a).

Costa Rica comenzó un proceso de integración del sistema de salud en el decenio del setenta con el traspaso de todos los hospitales públicos al seguro social, el cual se hizo responsable de la

atención curativa a virtualmente toda la población. Los asegurados y los casos de asistencia social (gratuitos) eran y son atendidos sin diferencia en las instalaciones del seguro social; el ministerio de salud conservó unidades de primer nivel en las zonas rural y urbano marginal, así como la prevención y la política general de salud. A partir del decenio del ochenta, el seguro social desarrolló varios programas de colaboración con el sector privado, que abarcan aproximadamente a menos de un quinto de la población asegurada, pero la administración y financiamiento sigue estando a cargo del seguro social. En el decenio del noventa, se completó la integración del sector salud, unificando los servicios de primer nivel bajo el seguro social (que también reúne las funciones de prevención, recuperación y rehabilitación), y descentralizando la administración; el ministerio sólo conserva el diseño de la política de salud y la supervisión del sistema y la promoción de la salud. Combinando el seguro y la asistencia social, Costa Rica virtualmente cubre a toda su población y sus indicadores de salud se colocan entre los dos más altos de la región (CEPAL, 1997; Sojo, 1998).

2. Reformas con selectividad y participación significativa del sector privado

Las características de las otras cuatro reformas se resumen de manera comparativa en el Cuadro 7. En los programas selectivos duales (Chile y Perú), los asegurados pueden elegir entre dos proveedores de servicios: el sistema público/seguro social y planes prepago total o principalmente privados. En los programas selectivos múltiples (Colombia y Argentina) existen más opciones de elección y puede haber un desdoblamiento entre administradoras y proveedoras de salud.

Como en el caso de las pensiones, Chile fue pionero en la reforma de la salud la cual se implantó en 1981 pero, a diferencia de la primera, el sector público/seguro social (en adelante público) no se cerró, sino que se reformó, integró y descentralizó; además se creó un sistema de privado de prepago administrado por las ISAPRES. Los asegurados al tiempo de la reforma y posteriores a ella pueden cambiarse entre los dos sistemas y mudarse de ISAPRE después de un año de afiliación. El número de ISAPRES llegó a 35 pero descendió a 29 en 1997 (aún así, más de tres veces el número de AFPs) y las tres mayores concentran 54% de los afiliados (*versus* 74% en las AFPs) de manera que el sistema es muy competitivo. El asegurado paga una cotización del 7% (se eliminó la cotización del empleador), la cual se abona al sistema público o privado. El sistema público tiene dos instituciones: FONASA a cargo de las finanzas, y el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que provee la atención preventiva, curativa y promocional mediante 26 unidades regionales; el Estado cubre cualquier déficit que ocurra en este sistema. Los pobres cubiertos en el sistema público están exentos de pago y el Estado subsidia al resto de acuerdo con su ingreso, mientras menor es éste mayor el subsidio y viceversa. Los asegurados afiliados al sistema público pueden escoger entre el régimen de "libre elección" (instalaciones, médicos, etc.) o la atención directa en el SNSS. Los asegurados en las ISAPRES deben añadir un copago de 3-4% para financiar el paquete de prestaciones ofrecido, el cual debe ser al menos igual y es usualmente mejor que el ofrecido en el sistema público, pero no provee servicios sanitarios de promoción, prevención y emergencia, por lo cual reciben subsidios del sistema público. En 1997, el 27% de la población estaba cubierta por las ISAPRES, 64% por el sistema público, 4% por las fuerzas armadas y 5% con sus propios recursos o seguro comercial o mutuales. El sistema público fue preferido por el Estado durante el decenio del ochenta y los asegurados de ingreso medio-superior y alto se pasaron a las ISAPRES, lo cual dejó al sistema público con el grupo de bajo ingreso y los pobres, o sea, con menos recursos, lo cual contribuyó al deterioro del mismo. En el decenio del noventa los gobiernos democráticos crearon una Superintendencia de ISAPRES, un organismo autónomo financiado por el Estado que supervisa todo el sistema, dicta normas y protege a los asegurados del sector privado contra posibles abusos. Además el Estado prohibió la discriminación

de riesgos que practicaban las ISAPREs y asignó más recursos al sistema público para mejorar sus instalaciones, personal y servicios, pero aún existe una brecha considerable entre los dos sistemas (Ligozio, 1999).

Perú ha promulgado tres reformas legales de la salud en el decenio del noventa: en 1991 (que no llegó a implantarse), en 1995 y en 1996-97. En noviembre de 1996 se dictó la tercera ley que entró en vigor a fines de ese año y fue regulada en 1997, con las siguientes características: a) el seguro social continúa con sus asegurados pero sus prestaciones básicas se pueden complementar con otras superiores ofrecidas por Entidades Prestadoras de Salud (EPS, similares a las ISAPREs); b) el Ministerio de Salud continúa, al menos legalmente, cubriendo a los no asegurados de bajo ingreso y a los pobres; c) las EPS pueden ser privadas, públicas o mixtas y los empleadores pueden brindar planes de salud a sus trabajadores; d) se crea una Superintendencia de EPS, financiada por ellas mismas, que las supervisa; e) el empleador cotiza 9% al seguro social y el asegurado nada (esto se hizo para compensar la eliminación de la cotización del empleador en pensiones y el consiguiente aumento de la cotización del asegurado en ese programa); y f) si el asegurado se afilia a una EPS debe hacer copagos de 2% por atención ambulatoria y 10% por atención hospitalaria. Este sistema es muy parecido al chileno, con cuatro excepciones: no hay integración entre el sector público y el seguro social, el empleador paga toda la cotización al seguro social, la Superintendencia es financiada por la propias EPS lo cual puede crear conflictos de interés, y las EPS pueden ser públicas o mixtas y ofrecen servicios complementarios a los básicos ofrecidos por el seguro social (Mesa-Lago y Bertranou, 1998). En 1999, el seguro social quedó sólo a cargo del programa de salud (ESSALUD), ya que le fueron eliminados todos sus programas de prestaciones económicas y transferidos al Estado.

En Colombia, la ley de reforma de la salud, promulgada en 1993 (conjuntamente con la de pensiones), expande la libertad de elección del modelo chileno (y del peruano) ampliando el número y naturaleza de las administradoras y proveedoras de servicios de salud. Existen dos sistemas generales: contributivo (seguro social) y subsidiado (resto de la población no asegurada incluyendo los pobres). Toda la población en ambos sistemas puede escoger libremente entre múltiples entidades administradoras y múltiples entidades prestadoras de servicios, ambas entidades pueden ser organizadas por los sectores de seguro social, público y privado, y las administradoras también por las cajas de subsidios familiares. Las entidades prestadoras de servicios garantizan un plan básico de salud que cubre al afiliado y su familia (prevención, promoción de salud, atención de primer nivel y riesgos catastróficos); paquetes con prestaciones adicionales y mejores pueden comprarse con un pago extra. En el sistema contributivo, el empleador cotiza un 8%, y el asegurado 4% más 1% que va al régimen subsidiado. Se creó un Fondo de Solidaridad y Garantía que debe extender la cobertura del sector subsidiado, el cual se financia con la referida cotización del 1%, más el excedente de las cotizaciones pagadas por los asegurados de alto ingreso (después de deducir el costo del plan básico) y cualquier déficit es cubierto por el Estado (los pobres están exentos de todo pago). La meta inicial era que en el 2000 toda la población estuviese cubierta por el plan básico y éste fuese uniforme para todos (durante la transición, los afiliados al sistema subsidiado sólo reciben atención preventiva y de primer nivel); pero la reforma es muy compleja y su implantación total se ha demorado, por lo que parece difícil que se cumpla la meta (La Forgia, 1999).

En Argentina, antes de la reforma, los seguros sociales de salud estaban controlados por las "obras sociales", entidades prestadoras de servicios de salud administradas por los sindicatos, limitadas a los miembros de cada gremio ("cerradas"), y con gran diversidad de servicios de acuerdo con el poder económico de cada sindicato. Una ley de 1993 concedió a los trabajadores la libertad de elección de una obra social, o sea, las "abrió" a toda la población asegurada; y una ley de 1995 introdujo las reformas siguientes: a) la eliminación de la doble cobertura en obras sociales para miembros de una familia que trabajan en sectores diferentes, de manera que cada familia debe

elegir una sola obra social; b) la libertad de elección a todos los jubilados y pensionados entre el programa médico de la institución que los cubría exclusivamente (INSSJP: 4 millones de afiliados) y las obras sociales; y c) el establecimiento obligatorio de un paquete mínimo de prestaciones de salud para todas las obras sociales. El nuevo sistema comenzó a funcionar en 1996. Los asegurados cotizan 3% y los empleadores 5% (más 2% y 3% respectivamente para el programa del INSSJP); las obras sociales reciben la cotización combinada de sus afiliados (menos una parte que va a un fondo de redistribución) y si estos desean prestaciones adicionales al paquete mínimo, deben pagar primas extra. Un jubilado o pensionado que se muda del INSSJP a una obra social traspasa su cotización combinada. El fondo de redistribución se financia con un porcentaje de la cotización combinada del 8% y compensa a las obras sociales cuyos afiliados tienen altos riesgos de enfermedad y bajos ingresos. El sector privado de entidades prepago ha sido regulado y se espera que entre a competir con las obras sociales por los asegurados. Todo el sistema es supervisado por una nueva Superintendencia de Servicios de Salud (Bertranou, 1998).

D. Seguro de desempleo

De los veinte países de América Latina sólo siete tienen seguro de desempleo y dos de ellos en realidad otorgan una pensión por despido a edad avanzada (Ecuador y México); de los cinco restantes, Brasil tiene un programa de asistencia al desempleo no de seguro social; los otros son los de Argentina, Chile, Uruguay y Venezuela, los tres primeros países pioneros en la seguridad social y con alto desarrollo social. De manera que hay en efecto cuatro programas convencionales de seguro social de desempleo, pero virtualmente todos los países tienen programas de pensiones y de enfermedad-maternidad. Más aún, desde que Venezuela implantó su seguro de desempleo en 1989, no se ha creado ningún otro en la región (en una década) a pesar de que el desempleo sigue siendo alto en varios países y creciente en algunos. La explicación de esta paradoja está en que el seguro de desempleo se introdujo en los países industrializados como paliativo para el desempleo cíclico en economías de mercado desarrolladas, pero el tipo de desempleo abierto más frecuente en América Latina no es cíclico, sino estacional y crónico o estructural (este último de muy largo plazo o permanente); más aún los problemas del subempleo y la informalidad laboral son mucho más importantes que el desempleo abierto en la mayoría de los países. Cuando hay un 30% de desempleo, como ocurrió en Chile en el peor momento de la crisis en el decenio del ochenta, es imposible resolver el problema mediante un seguro de desempleo; lo que hizo el Estado fue crear un programa de auxilio al desempleo que abonaba una suma pequeña al 10% de los desempleados. En 1998 Colombia tenía un 15% de desempleo abierto y en ascenso, que no es resultante de un ciclo sino de la guerra civil y el prolongado deterioro económico. El desempleo causado por las estaciones (de cosechas, turismo) tampoco puede enfrentarse con un seguro de desempleo, porque las cotizaciones tendrían que ser muy altas durante el corto período de empleo para poder financiar el largo período de "tiempo muerto". Si el Estado tratase de paliar estos problemas con un seguro de desempleo, el costo sería intolerable y no resolvería las causas de fondo; a largo plazo la solución es la creación de empleo productivo, a corto y mediano plazo los países pueden utilizar programas de asistencia social de bajo costo (ver sección IV-B).

El Cuadro 8 resume las características del seguro de desempleo en Argentina, Chile, México y Uruguay, los únicos países que tienen este programa de los diez seleccionados para este estudio. Pero debemos descartar a México pues su programa es en verdad una pensión por cesantía para empleados afiliados al seguro social que tienen de 60 y 65 años, al llegar a la edad de retiro de 65 pueden entonces acogerse a la pensión por vejez. En los tres países restantes se excluye a parte de la fuerza laboral: empleados públicos en Argentina, y agricultura, servicio doméstico y banca en Uruguay. Sólo en la Argentina se financia el seguro con cotizaciones de empleadores y asegurados (2.5%); en Chile y Uruguay es financiado por el Estado, de manera que es más asistencia que

seguro. Se requiere un año de cotizaciones en Argentina y Chile para ganar el derecho pero sólo medio año en Uruguay (muy poco comparado con los países industrializados), el porcentaje que se paga sobre el salario es de 50-60% en Argentina y Uruguay (similar al de los países industrializados), y el período máximo de pago es 26 semanas en Uruguay (igual que en los EE.UU. y Reino Unido) y 52 semanas en Argentina y Chile (el doble de los dos países citados; comparaciones basadas en US-SSA 1997).

El costo del programa de desempleo ha sido muy elevado en los tres países en períodos de alto desempleo pero, al menos, en ellos existe una alta cobertura de la fuerza de trabajo en pensiones y casi universal de la población en salud. Sería imposible financiar este programa en la inmensa mayoría de los países de la región donde además sólo una minoría de la fuerza de trabajo y la población están cubiertas por los dos seguros fundamentales; es mucho más aconsejable utilizar esos recursos (especialmente fiscales) en fomentar la creación de empleo productivo, proveer calificación a los trabajadores o extender la cobertura de salud a la población desprotegida y combatir la pobreza.

IV. La asistencia social y las redes mínimas de protección social

En esta sección se analizan las políticas sociales dirigidas al sector de la población no cubierto por el seguro social, que es más de dos tercios en la mayoría de los países de la región, incluyendo cuatro de los seleccionados en este estudio: Bolivia, Colombia, El Salvador y Perú (Mesa-Lago y Bertranou, 1998). Dentro del sector no cubierto focalizaremos el análisis en los pobres. De acuerdo con CEPAL (1998b), en 1994, el 39% de los hogares de América Latina estaban por debajo de la línea de pobreza (55% en las zonas rurales) y 17% por debajo de la línea de indigencia (33% en las zonas rurales); los cuatro países citados estaban dentro de estos promedios o por encima de los mismos. La atención de los pobres está a cargo de la asistencia social y, más recientemente, de las redes mínimas de protección social que serán descritas y analizadas a continuación.

A. Limitaciones de la asistencia social

La mitad de los diez países seleccionados no tienen programas de asistencia social tradicional y son de los más necesitados: Bolivia, el Salvador y Perú (grupo bajo) y Colombia y México (grupo medio). Los otros cinco tienen programas: Argentina, Costa Rica, Chile y Uruguay (grupo alto) y Cuba (grupo bajo). En estos cinco países los no cubiertos por el seguro social que son pobres reciben atención de salud gratuita ya sea mediante el seguro social (Costa Rica), la asistencia social (Argentina, Chile y Uruguay) o el sistema nacional de

salud (Cuba). Los cinco también otorgan pensiones asistenciales a los pobres, pero con diferencias importantes que se resumen en el Cuadro 9. Las estadísticas que existen en la región sobre asistencia social son muy escasas y de dudosa veracidad lo que denota la poca importancia que tiene este programa (esta sección se basa en Mesa-Lago, 2000b).

Todos los países conceden pensiones por vejez e invalidez, pero sólo dos (Costa Rica y Cuba) por sobrevivientes, de manera que las viudas y huérfanos pobres no tienen derecho a pensión en tres países (en Argentina bajo condiciones especiales). La edad requerida para el retiro por vejez es 65-70 años, mucho más que lo que se exige a los cubiertos por el seguro social en los cinco países (salvo los hombres en Chile, ver Cuadro 4), aunque la esperanza de vida entre los pobres es mucho menor que entre los asegurados. En todos los países se requiere la comprobación de la pobreza para recibir la pensión, lo cual es adecuado debido a la escasez de recursos en los países, pero hay evidencia de que dicha prueba no se hace eficientemente y que una parte de las pensiones asistenciales la reciben personas que no son pobres. Dos países proveen pensiones asistenciales mensuales que son adecuadas para cubrir las necesidades básicas (Argentina US\$150 y Uruguay US\$134), otros dos países otorgan pensiones bajas (Chile US\$52 y Costa Rica (US\$31), y un país una pensión obviamente insuficiente (Cuba US\$2).

El porcentaje de pensionados asistenciales sobre el total de pensionados (incluyendo los del seguro social) es bastante alto en Costa Rica y Chile (50% y 35%, en el resto es inferior al 10%), esto indica que en estos dos países hay una extensión considerable de este tipo de asistencia, pero no en los otros (en 1999 el ejecutivo costarricense envió a la Asamblea Nacional un proyecto de ley universalizando la pensión asistencial a todos los necesitados). Sin embargo, el porcentaje más alto del gasto de pensiones asistenciales en relación con el gasto total de pensiones es 16% en Costa Rica (en el resto es inferior al 8%); ello se debe a que el monto de la pensión de seguro es entre dos y cinco veces mayor que la pensión asistencial, lo cual es razonable pues si la diferencia fuera menor se crearían incentivos para evadir el pago del seguro y simular la pobreza.

Las pensiones asistenciales se financian en un solo país, Costa Rica, con una cotización salarial de los asegurados que tiene una función solidaria, más transferencias del seguro social que a su vez recibe recursos fiscales para ese fin; en el resto de los países dichas pensiones se financian por el Estado, en Uruguay también con transferencias del seguro social. Los fondos para las pensiones asistenciales y el seguro social están separados en tres países (Argentina, Costa Rica y Chile), lo cual es apropiado pues se trata de dos programas distintos que no deben mezclarse; en Cuba no hay fondos ni para el seguro ni para la asistencia (el Estado financia ambos del presupuesto); y en Uruguay hay un fondo común para ambos programas, lo cual es un problema pues las transferencias del seguro a la asistencia pueden crear incentivos para la evasión en el seguro.

El porcentaje del gasto asistencial total (incluyendo salud y pensiones) en relación al gasto de la seguridad social está disponible sólo en dos países a principios del decenio del 90: 3.9% en Costa Rica y 3.4% en Cuba; como porcentaje del PIB de dichos países el gasto asistencial era respectivamente 0.29% y 0.52%. De manera que en estos dos países sólo una fracción ínfima del gasto de seguridad social se dedica a la asistencia y un 96% al seguro, mientras que en Bolivia, Colombia, El Salvador y Perú todo va al seguro y nada a la asistencia, pesar de que menos de un tercio de sus poblaciones está asegurado. Más aún, lo que se dedica en dos de los países a la asistencia social es la mitad o menos de un punto porcentual del PIB. En el caso de Chile el Estado gastó en 1997 el 3.7% del PIB en el triple costo fiscal de la transición de la reforma de pensiones, pero menos del 0.1% se dedicó a las pensiones asistenciales. Un esfuerzo mayor sería económicamente factible en estos países (excepto Cuba debido a la aguda crisis que atraviesa); se ha estimado que de 0.5% a 1% del PIB sería suficiente para erradicar la pobreza extrema o indigencia Lustig y Deutsch, 1998). Todo o parte de los recursos fiscales que el Estado dedica al

seguro social en varios de los países seleccionados y que van generalmente al grupo de ingreso medio que es minoría (provocando un impacto regresivo en la distribución del ingreso), deberían transferirse para ayudar a combatir la pobreza y tendrían además un impacto progresivo en la distribución.

B. Redes mínimas de protección social

Las redes mínimas de protección social (RMPS) se crearon a mitad del decenio del noventa para hacer frente a la pobreza creada por la crisis económica y el ajuste estructural, así como facilitar políticamente al último, y están extendidas por toda América Latina, incluyendo a los diez países seleccionados, excepto Cuba (esta sección se basa en Mesa-Lago y Bertranou, 1998; CEPAL, 1997; Goodman, 1997). El Cuadro 10 presenta la información disponible sobre las RMPS en los nueve países: año de inicio, duración, tipo de programa, grado de autonomía, población meta, proyectos implantados y financiamiento. La primera RMPS se fundó en Bolivia en 1986 y su éxito tuvo influencia en la expansión de este modelo en la región; el informe del Banco Mundial sobre la pobreza, publicado en 1990, dio otro empujón a las RMPS, así seis de ellas se establecieron en 1990-92.

Hay tres tipos de RMPS: programas de acción social (PAS, en Costa Rica y México), fondos de emergencia social (FES, en Argentina, Bolivia 1986-91, Colombia, El Salvador, Perú y Uruguay), y fondos de inversión social (FIS, en Bolivia 1990- y Chile). Las PAS son programas públicos administrados por el Estado, mientras que los FES y FIS gozan de una relativa independencia del gobierno y suelen ser autónomos; a mayor independencia del Estado y neutralidad política, mayor éxito parecen haber tenido las RMPS. A diferencia de los PAS, los FES y los FIS no administran los programas sino que convocan licitaciones, reciben propuestas y escogen y financian a las mejores de acuerdo con criterios preestablecidos que ponen énfasis en la población meta, la efectividad de los programas para aliviar la pobreza, su sostenibilidad, etc. Las instituciones seleccionadas administran los programas que son supervisados y evaluados por los FES y FIS. Éstos tienen una concepción y estructura diferentes a las tradicionales de los ministerios estatales: modernos equipos, eficiencia administrativa, poco personal pero experto y bien remunerado (tienen flexibilidad para contratar, ofrecer salarios y beneficios atractivos y despedir). Los FES y FIS procuran descentralizar sus actividades, a fin de que participen los grupos más cercanos a la población meta y que estos se capaciten para que puedan preparar propuestas y administrar programas. Teóricamente, la experiencia acumulada por los FES y FIS deben transferirse a los ministerios estatales, para mejorar su administración, pero los PAS no tienen los mismos objetivos y características pues son parte de la estructura estatal.

Entre los FES y FIS hay diferencias en duración y objetivos. Los FES surgieron primero, son típicamente coyunturales, de corto plazo (4 a 6 años), y sus programas están orientados a los problemas generados por el ajuste estructural: creación de empleo, satisfacción de necesidades básicas, etc. Los FIS son de largo plazo (permanentes en Bolivia y Chile), están diseñados para operar después de terminada la parte más difícil del ajuste estructural, y tratan de solucionar los problemas más complejos y duraderos. Por ejemplo, los FES crean empleo masivo rápido, principalmente en las ciudades, para proporcionar un ingreso mínimo a los desempleados provocados por el ajuste, y el tipo de trabajo es sencillo (ornamentación, parques, calles) sin reentrenamiento, lo cual abarata los costos pero no imparte calificación para el futuro (así fueron los programas de empleo de Bolivia y Chile—sin FES— concluidos a fines del decenio del ochenta). Los FIS buscan crear empleo productivo permanente, lo cual demanda una selección cuidadosa de los beneficiarios y su capacitación para el trabajo que realizarán, por ello tienden a resolver la pobreza antigua (particularmente la rural) y son más costosos que los programas de los

FES (ejemplo de éstos es el FIS de Chile). Se ha observado una tendencia de cambio de FES a FIS lo que implica mayor complejidad y costos.

Con respecto al financiamiento, el programa más costoso ha sido el PAS de México al que se le asignó entre US\$2 000 y 3 000 millones anuales, a considerable distancia estuvo el FES de Bolivia con US\$191 millones y casi todo el resto con menos de \$100 millones. Excepto México, la mayoría de los recursos han sido externos (entre 43% y 85%), procedentes del BID, Banco Mundial, AID, y países desarrollados (este financiamiento es parte del paquete de ajuste estructural). Los gobiernos han tenido una baja participación en el financiamiento de los FES y FIS (entre 8% y 15 %) pero el PAS de México fue enteramente financiado por el Estado. La participación de las entidades administradoras y los beneficiarios ha sido del 23-24% en los FIS de Bolivia y El Salvador (probablemente también el FIS de Chile) pero cero en los PAS y FES. Un estimado de los gastos anuales de las RMPS como porcentaje del PIB hasta 1994 indica que el más alto fue el del FES de Bolivia (11%), seguido por los FIS de El Salvador (9.3%) y Bolivia (4.5%), el PAS de México (2.7%) y el FIS de Chile (0.3%), cifras que permiten evaluar mejor el impacto de estos programas (Cornia, 1999).

El PAS de México estaba muy centralizado y politizado, sus programas eran manejados en gran medida por el PRI, y en 1993 el estado que más recursos por habitante recibió fue Chiapas (donde surgió la revolución zapatista); con el asesinato del director del programa y candidato a la presidencia de la nación, el PAS perdió importancia e influencia y en 1995 se creó el Fondo de Desarrollo Social Municipal. Por lo contrario el FES de Bolivia fue bastante neutral políticamente, en gran medida distribuyó sus recursos de acuerdo con criterios objetivos para aliviar la pobreza, y asignó buena parte de los fondos a ONGs opuestas al gobierno; tuvo éxito en su gestión pero esto no evitó que el partido en el poder perdiera las elecciones.

El aspecto más difícil de las RMPS es evaluar su desempeño y el Cuadro 11 resume la información disponible en 1993 sobre porcentaje de la población meta alcanzada, número de programas, grado de independencia, participación de organizaciones locales, etc. Los resultados indican que el FES de Bolivia fue muy exitoso según todos los criterios, el FIS de El Salvador ha sido también exitoso, pero el PAS de México tuvo resultados pobres. El FIS de Chile está bien diseñado y funciona con eficiencia, pero es muy costoso porque pone énfasis en la focalización (la cual requiere más tiempo y estudio) y su programa de empleo hace hincapié en la calificación), y sólo había alcanzado al 0.4% de la población meta. El PAS de Costa Rica es un caso excepcional, ya que fue creado en 1975, siete años antes de que surgiera la crisis económica por lo cual pudo actuar como amortiguador social en dicha crisis; sus recursos se dedican por el seguro social a la atención de salud de los pobres y al pago de las pensiones asistenciales ya explicadas, y por el ministerio de salud a programas de atención sanitaria a grupos marginales rurales (ahora integrados al seguro), de ahí que haya alcanzado a 32% de la población total del país y probablemente a todos los pobres, que constituyen el 21% de dicha población, pero hay necesidad de una mejor integración de todos los programas contra la pobreza.

En resumen, el desempeño de las RMPS es muy diverso, pero aquéllas que han aplicado criterios objetivos adecuados han tenido éxito, la independencia parece también un factor importante como indica el pobre desempeño de la PAS mexicana, pero la PAS costarricense ha tenido éxito. Ninguna RMPS ha resuelto el problema de la pobreza, especialmente la vieja o crónica, aunque han aliviado la pobreza nueva resultante del ajuste. Tampoco han conseguido renovar a los tradicionales ministerios estatales, continúan sus problemas de focalización y evaluación del desempeño, y hay dudas sobre su capacidad para subsistir después que termine el financiamiento externo.

V. Lecciones de la reforma social y el nuevo rol social del Estado

En esta sección se extraen las lecciones más importantes sobre la reforma social y se ofrecen pautas sobre el nuevo rol social del Estado bajo la reforma.

A. Lecciones de la reforma social

Se seleccionaron diez países de la región, representativos de diversos grados de desarrollo económico social en 1995 y que incluyen virtualmente a todos los que han tenido reformas de los seguros sociales de pensiones y salud hasta 1999, aunque de diversa naturaleza. De acuerdo con su nivel de desarrollo económico social se identificaron tres grupos: alto (Argentina, Costa Rica, Chile y Uruguay), medio (Colombia y México) y bajo (Bolivia, Cuba, Perú, El Salvador y Perú; Cuba perteneció al primer grupo hasta fines del ochenta pero la crisis del 90 la desplazó al grupo bajo). Este ordenamiento es similar al de tres grupos de países con respecto al desarrollo de la seguridad social: pionero (Argentina, Chile y Uruguay; Costa Rica saltó del grupo intermedio a éste en los decenios del setenta y noventa; y Cuba se colocaba en este grupo pero la crisis del noventa lo ha empujado hacia el grupo bajo); intermedios (Colombia y México) y tardíos (Bolivia, El Salvador y Perú).

Los países fueron ordenados en cuanto a su grado de liberalización económica en cinco grupos: muy alto (Chile), alto (Argentina, Bolivia, México y Perú), medio (El Salvador y Colombia),

bajo (Costa Rica y Uruguay) y muy bajo (Cuba). Este ordenamiento no muestra ninguna relación con el basado en el nivel económico-social de los países, ni con el de su desarrollo de la seguridad social, por ejemplo, Perú tiene bajo desarrollo en estos dos ordenamientos y un alto grado de liberalización económica, este último es igual en la Argentina cuyo desarrollo en ambos ordenamientos es alto. Pero sí aparece que los países con alto grado de liberalización económica han tenido el mayor grado de privatización de la seguridad social: Chile el más alto y Costa Rica el más bajo (Cuba con el grado más bajo de liberalización económica mantiene un sistema de pensiones y salud totalmente estatizado que prohíbe cualquier privatización). Aunque se necesita una investigación más profunda y hay excepciones, se encontró una relación inversa entre los grados de liberalización política y económica: a mayor democratización menor liberalización económica y viceversa. De todo ello parece deducirse que a mayor grado de democratización menor grado de privatización de la seguridad social.

1. Costo social en la crisis y mejora en la recuperación

El análisis del costo económico-social en la crisis económica del ochenta y los resultados de la recuperación del 90 no exhibe relaciones sistemáticas en todos los países entre el grado de liberalización económica, el crecimiento y los costos sociales, pero sí en varios de ellos. Por ejemplo, durante la crisis, Chile (con la reforma neo-liberal más radical) tuvo un costo social muy alto pero tuvo el tercer crecimiento económico mayor entre los diez países; los costos sociales en Colombia (con una liberalización económica media) fueron altos aunque su crecimiento económico fue el segundo; por lo contrario, Costa Rica (con una liberalización económica baja) y una caída en su crecimiento tuvo costos sociales muy bajos. Los dos primeros países carecieron de una política social adecuada para amortiguar el costo social de la crisis y el ajuste, mientras que el tercero tuvo esa política. Durante la recuperación, Costa Rica ha tenido un crecimiento por debajo del promedio regional pero una recuperación muy alta de sus indicadores sociales; Chile exhibe la tasa más alta de crecimiento y una recuperación media de sus indicadores sociales (el segundo peor en la desigualdad del ingreso); Colombia ha tenido un crecimiento igual al de Costa Rica pero una baja recuperación de sus indicadores sociales. En este período Costa Rica mantuvo una política social activa, los gobiernos democráticos en Chile hicieron hincapié en la política social, y Colombia continuó careciendo de una política social efectiva. Cuba, el país con la economía más estatizada, fue protegida de la crisis regional del 80 por la ayuda generosa de la URSS y su crecimiento fue alto y los indicadores sociales al parecer también, pero con la desaparición de la URSS y su ayuda en el noventa, y una liberalización económica muy baja, su crecimiento ha caído y sus indicadores sociales se han deteriorado.

2. Crisis económica, ajuste estructural e impacto en la crisis de la seguridad social

La crisis económica y el ajuste estructural en los ochenta agravaron los problemas financieros de los seguros sociales (especialmente las pensiones) en los países pioneros y aumentaron los subsidios fiscales para mantener el equilibrio, también provocaron o aceleraron problemas de desequilibrio en la mayoría de los otros países, aunque sin requerir aún subsidios estatales. Los organismos financieros internacionales, procurando el equilibrio fiscal, focalizaron a los seguros sociales como una causa del déficit y una fuente potencial de recursos y ahorro nacional, de ahí que comenzaran a presionar por la reforma. La implantación del ajuste estructural resultó en un incremento de la pobreza y deterioro de los indicadores sociales, lo cual amenazaba la viabilidad de la reforma económica; por ambas razones, los organismos internacionales promovieron una reforma de la asistencia social tradicional y la creación de las RMPS para combatir la pobreza, especialmente la generada por el ajuste. Las reformas pioneras de Chile en pensiones y salud (con alto grado de privatización, especialmente la primera) no tuvieron influencia

en la región en el decenio del 80 debido al carácter autoritario del gobierno chileno, pero llamaron la atención de los organismos financieros internacionales como modelo de reforma.

Durante la recuperación del noventa, el cambio hacia la democracia en Chile tornó sus reformas de seguros sociales en políticamente aceptables en la región y aquéllas han tenido fuerte influencia, en particular la de pensiones. Los organismos financieros internacionales diseñaron sus reformas de pensiones y salud con una fuerte influencia del modelo chileno, proponiendo éste para la región y el mundo. Con la recuperación y la salida de la crisis de la mayoría de los países latinoamericanos, la primera generación de RMPS (diseñada a corto plazo para aliviar los efectos más adversos de la crisis) ha sido seguida por otro tipo que hace hincapié en el largo plazo y la inversión social.

La estrategia neoliberal para la reforma social tiene aspectos positivos, como la reducción del excesivo rol estatal, la descentralización, la participación desde abajo, el énfasis en la eficiencia, y una asignación más adecuada de los recursos fiscales focalizándolos en los que más los necesitan. Pero la práctica neoliberal de la política social, especialmente la liberalización más radical, ha resultado en recortes severos del presupuesto social, incremento de la pobreza y de la desigualdad en la distribución, y una carga inequitativa en la asignación de los costos de la transición que han recaído mayormente en los trabajadores y grupos de bajo ingreso. Algunas de las críticas neoliberales a la seguridad social son correctas, como su ineficiencia, concentración de la cobertura en los grupos de ingreso medio (con subsidios estatales), rendimiento negativo o muy bajo de la inversión y posible impacto regresivo en la distribución. Pero buena parte de estos problemas pueden ser corregidos en varios países sin destruir a la seguridad social y sustituirla por otro sistema basado en la capitalización plena e individual (CPI). En aquellos países en que sea viable y aconsejable una reforma estructural, deben considerarse diversos modelos y seleccionar el más adecuado a las necesidades y características de cada país, en vez de copiar un modelo de reforma que puede resultar totalmente inapropiado. Por último, varios supuestos importantes de la reforma de pensiones basada en la CPI no han sido validados hasta ahora por los hechos, lo cual hace aconsejable un estudio cuidadoso que quizás podría engendrar una "reforma de la reforma".

3. Reforma de pensiones

El análisis de la reforma de pensiones demuestra que hay reformas no estructurales que intentan perfeccionar el seguro social y reformas estructurales que sustituyen, integran o hacen competir al seguro social con un sistema nuevo de CPI. No existe en la región un modelo único, universal y perfecto de reforma estructural, de hecho hay tres modelos generales: substitutivo (Chile, Bolivia, El Salvador y México), mixto (Argentina y Uruguay) y paralelo (Colombia y Perú). Las ocho reformas implantadas muestran importantes diferencias entre sí aún cuando se coloquen dentro de uno de los tres modelos generales, por ejemplo: tres eliminan la cotización del empleador (como Chile), pero una la redujo ligeramente, tres la mantuvieron intacta y una la aumentó; las administradoras son sociedades anónimas de giro exclusivo en Chile y otros tres países, pero de naturaleza múltiple (públicas, privadas, mixtas) en los otros cuatro. Hay considerable diferencia entre la libertad de elección entre el sistema antiguo (público) y el nuevo (total o parcialmente de CPI) y Argentina y Colombia muestran la máxima libertad, mientras Chile tiene un grado medio. En Bolivia y México se ordenó el traspaso de todos los asegurados del sistema antiguo al nuevo y, en el primero, sólo se autorizaron dos administradoras y el gobierno dividió a los asegurados entre las dos con base a su residencia y no se permite cambiarse entre las dos.

Las diferencias en el triple costo fiscal de la reforma son también notables. El Estado chileno ha ofrecido el paquete de derechos o beneficios más generosos, haciéndose cargo del déficit del sistema antiguo, del bono de reconocimiento y de la pensión mínima en el sistema nuevo, y otorgando otras garantías importantes, pero el costo de la transición es altísimo. Otros países han

intentado reducir el triple costo fiscal, eliminando o restringiendo alguno o varios de dichos derechos/beneficios pero a costa del bienestar de los asegurados. Teóricamente y dentro de cierto período de tiempo, el triple costo de la transición debe ser menor en un modelo mixto que en uno substitutivo, y los costos en un sistema paralelo deberían ser también menores, pero dependiendo del grado de reforma y solidez del sistema público y de la proporción de los asegurados se mantenga en el mismo (Colombia parece tener costos menores a los de Perú).

Varios de los supuestos de la reforma de pensiones (especialmente del modelo substitutivo) no han sido validados por la experiencia. Por ejemplo, se argumenta que el asegurado ha de pagar puntualmente su cotización, pues tiene un interés en aumentar su cuenta individual ya que ello incrementará el monto de su pensión, pero la proporción de afiliados que cotiza es aproximadamente la mitad en Chile, Argentina y Colombia, sin embargo aumenta a 82% en México y Uruguay. Para que exista adecuada competencia, esencial en un sistema "privado", debe haber suficientes administradoras, pero el número de éstas tiende a disminuir con el número de asegurados: de 13-15 en Argentina y México a 5 en Perú y 2 en Bolivia (en ésta hay un monopolio dividido entre dos administradoras privadas que no compiten entre sí). Nótese que mientras en Bolivia, Chile y Perú sólo se permiten administradoras privadas, Argentina, México, Colombia y Uruguay facilitan la entrada al mercado autorizando a múltiples tipos de administradoras. El grado de concentración de asegurados es 100% en Bolivia y 74-76% en Chile y Perú (todos con administradoras exclusivamente privadas), pero disminuye a 45-56% en México y Argentina que tienen administradoras múltiples. A pesar de que se espera que la competencia reduzca los costos, éstos son muy altos: la comisión total como porcentaje de la cotización es la más alta en Perú, Argentina y Chile, en los dos últimos la carga disminuye según aumenta el ingreso de ahí que tiene un impacto regresivo. El supuesto de que el sistema de la reforma y el sistema de CPI aumentan el ahorro nacional parece afirmarse cuando se nota que el fondo total acumulado alcanza casi un 40% del PIB en Chile, pero es rechazado cuando se abstraen los costos fiscales; hecho este cálculo, el resultado neto fue negativo en todos los años 1981-95 y promedió -2.6% del PIB. El rendimiento real anual de la inversión ha promediado alrededor del 10-11% en Argentina, Chile y Colombia (tres modelos distintos de reforma), 7% en Uruguay (modelo mixto), 5% en Perú (modelo paralelo) y 4% en México (modelo substitutivo); no se puede, por tanto, establecer una relación entre un tipo de modelo y su tasa de rendimiento. Las crisis de 1995 y 1998 han provocado rendimientos negativos, en el último año fueron: -6.6% en Argentina, -4.8% en Perú y -1.6% en Chile. Manteniendo iguales otras condiciones, un asegurado que se retira en la cresta de un boom tendrá un fondo y una pensión más alta que uno que se retire en el seno de una recesión.

4. Reforma de salud

Se examinaron seis reformas de salud: a) totalmente estatal con prohibición de la actividad privada (Cuba) que ha dado buenos resultados en universalidad y gratuidad, también en altos indicadores sanitarios hasta fines del ochenta, pero severamente deteriorados por la crisis del noventa; b) predominantemente estatal e integrada y colaboración marginal con el sector privado (Costa Rica), con buenos resultados en universalidad, cobertura gratuita de los pobres y altos índices de salud que han sido mantenidos; y c) cuatro reformas con selectividad y participación significativa del sector privado, dos duales (Chile y Perú), y dos múltiples (Colombia y Argentina). Aunque no puede hacerse una evaluación comparativa de estas cuatro últimas, como se hizo con la reforma de pensiones (debido a la falta de cifras y escaso tiempo de la reforma sanitaria, excepto en Chile), las opciones del asegurado en cuanto a administradoras y proveedoras son más amplias en las múltiples que en las duales.

5. Seguro de desempleo

El seguro de desempleo convencional sólo existe en Argentina, Chile y Uruguay (hay un programa en México pero no es realmente un seguro de desempleo), y en los dos últimos es más asistencia que seguro y todos excluyen a sectores de la fuerza laboral. Este programa sólo funciona en los países pioneros con mayor desarrollo social y sería inadecuado y costosísimo en virtualmente el resto de los países que sufren principalmente de desempleo crónico y estacional mientras que este seguro fue creado para paliar un desempleo cíclico. Los recursos deberían mejor dedicarse a promover el empleo productivo, reentrenar a los trabajadores, en la lucha contra la pobreza o para extender la cobertura efectiva de salud a los sectores de más bajo ingreso.

6. Asistencia social

La mitad de los diez países seleccionados, los que tienen una incidencia de pobreza mayor, carecen de un programa de asistencia social y los cinco que la tienen son pioneros. Aunque hay cifras sólo para dos de dichos cinco (Costa Rica y Cuba), el porcentaje del gasto de asistencia social en relación con el gasto total de la seguridad social es menor del 4% en ambos, o sea, que casi todo el gasto se dedica al seguro social. La situación es peor en los cinco países que no tienen asistencia social pues todo el gasto de seguridad social va al seguro (al grupo minoritario cubierto de ingreso medio), pero dos tercios de la población no está cubierta por éste, de ahí que probablemente ocurre un efecto regresivo en la distribución. El gasto de asistencia social en los dos países citados fluctúa entre 0.3% y 0.5% del PIB y es bien bajo. En Chile, el triple costo fiscal de la reforma de pensiones tomó 3.7% del PIB pero sólo 0.1% del PIB se dedicó a las pensiones asistenciales (no se tiene esa información para el gasto asistencial en salud). En dos países la pensión asistencial es suficiente para satisfacer las necesidades básicas (Argentina y Uruguay), en dos es baja (Costa Rica y Chile), y en uno es claramente insuficiente (Cuba). Costa Rica, sin embargo, es el país de los cinco que tiene el porcentaje más alto del número de pensiones asistenciales en relación al número total de pensionados (incluyendo a los del seguro) lo que indica la extensión considerable de este programa y, en 1999, sometió al congreso un proyecto para universalizar la pensión asistencial. Todos estos países (con la excepción de Cuba debido a la aguda crisis que atraviesa y la falta de ayuda externa) podrían dedicar más recursos fiscales a la asistencia y focalizarla adecuadamente, pues hay algunas indicaciones que pese a la comprobación de ingresos hay beneficiarios que no son realmente pobres.

7. Redes mínimas de protección social (RMPS)

Las RMPS fueron introducidas en la segunda mitad del decenio del ochenta para combatir a la pobreza, especialmente la nueva resultante del ajuste estructural, y para mejorar la eficiencia de los ministerios estatales y de la asistencia social tradicional, así como focalizar los recursos en la población más necesitada. Todos los países menos Cuba tienen RMPS, pero de diversos tipos y desempeño. El FES de Bolivia fue muy exitoso según todos los indicadores y el FIS de El Salvador también ha tenido éxito, pero el PAS de México tuvo resultados pobres. El FIS de Chile tiene un desempeño mezclado, bueno en diseño, eficiencia y focalización, pero de alto costo y alcanzando a sólo 0.4% de la población meta. El PAS de Costa Rica se creó siete años antes de la crisis del 80 y funcionó como amortiguador social, ha alcanzado al 32% de la población total (que debería incluir al 21% pobre), pero necesita mejor focalización y mejor integración de todos los programas anti-pobreza. Ninguna de las RMPS ha resuelto el problema de la pobreza (especialmente de la vieja o crónica) ni ha renovado a los tradicionales ministerios estatales y hay dudas sobre su sostenibilidad cuando termine el financiamiento externo.

B. El nuevo rol social del Estado

La liberalización económica en América Latina ha reformado al Estado mediante el recorte de algunas de sus funciones sociales, el reforzamiento de otras y la adición de otras nuevas. Existe un consenso entre los organismos y expertos internacionales en cuanto a que el Estado debe desempeñar un papel clave en la compensación de los costos sociales del ajuste estructural, sobre todo entre los grupos más adversamente afectados, mediante los programas existentes, modificados o nuevos. Esta acción es fundamental primero por razones humanitarias y de equidad, pero también para asegurar la estabilidad política y el apoyo (o al menos neutralidad) necesario para la reforma económica en el período de transición. Hay consenso además en la necesidad de la reforma de la seguridad social, pero no en el tipo adecuado de reforma: a mediados del decenio del noventa ocurrió un debate, sobre los modelos de reforma de pensiones, entre el Banco Mundial y el FMI de una parte, y la OIT y la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) de la otra (Mesa-Lago 1996a), el cual aún no ha sido resuelto aunque parece haber mayor flexibilidad en las dos partes.

El término y concepto de "privatización" de los seguros sociales es también objeto de controversia, aún en Chile que ha implantado la reforma más radical. Es cierto que aproximadamente 97% de los asegurados chilenos está afiliado al sistema de CPI, pero el papel del Estado en la reforma de pensiones ha sido crucial: haciéndolo obligatorio, regulándolo en detalle, fundando y financiando una Superintendencia que ha sido clave en el éxito de la reforma, creando y financiando una Clasificadora de Riesgos que califica los instrumentos de inversión, haciéndose cargo del triple costo fiscal de la transición (déficit del sistema antiguo, bono de reconocimiento y pensión mínima en el sistema nuevo), y concediendo otras garantías importantes. En todo caso, el cumplimiento de las obligaciones fiscales y garantía ofrecidas por el Estado es esencial para garantizar la transición en el largo plazo, pero existen algunas indicaciones de que el Estado está intentando evadir sus cargas en Perú y Colombia.

El papel del Estado ha sido también importante en las cuatro reformas de salud con participación significativa del sector "privado". El Estado chileno bajo el régimen autoritario universalizó la cobertura de salud y estableció subsidios fiscales que aumentan según disminuye el ingreso, al efecto de lograr dicho objetivo; bajo las administraciones democráticas, el Estado creó la Superintendencia que regula y supervisa a las ISAPREs, prohibió la discriminación de riesgos que ellas practicaban y ha reforzado el sistema público (73% de los asegurados estaba afiliado a este sistema en 1997). En Argentina y Colombia, el Estado ha regulado la reforma de salud y ofrece más opciones a los asegurados que en Chile, incluyendo entidades administradoras y prestadoras de servicios que pueden ser públicas o mixtas en Colombia, y obras sociales (sindicales) o entidades privadas en Argentina.

Esta sección resume las acciones de política social que el Estado puede llevar a cabo en diversos ámbitos: marco macroeconómico; reforma de los seguros sociales (organización, financiamiento, extensión de cobertura); asistencia social y RMPS; y educación para la reforma. Es muy difícil hacer recomendaciones generales de reforma, pues hay tres grupos de países con diversos niveles de desarrollo económico-social, lo cual demanda políticas sociales ajustadas a sus necesidades y posibilidades económicas, pero intentaré hacer distinciones siempre que se pueda (esta sección se basa en Mesa-Lago, 1997, 1998, 1999b, 2000b).

1. Marco macroeconómico

Para que prospere el desarrollo social se requiere una mejoría económica. El Estado debe continuar sus políticas para reducir la deuda externa, atraer capital extranjero y aumentar el ahorro nacional, balancear el presupuesto fiscal, reducir/contener la inflación, generar crecimiento

económico y empleo productivo e incrementar los salarios reales. Todo esto ayudaría (pero no necesariamente por sí sólo) a extender la población cubierta por el seguro social, incrementar sus ingresos, reducir los incentivos para la evasión y la mora, aumentar las reservas, mejorar el rendimiento de las inversiones, disminuir el costo del seguro de desempleo en los pocos países que lo tienen, contener los costos de la atención de salud y conseguir el equilibrio financiero del sistema. Pero otras políticas sociales son necesarias para que esas mejoras se materialicen.

2. Reforma de los seguros sociales: medidas institucionales y organizativas

El Estado debe diseñar una reforma bien estudiada de los seguros sociales, someterla a discusión pública especialmente con los principales sectores involucrados, y lograr un consenso para su aprobación en el congreso (Colombia tuvo un amplio debate nacional sobre la reforma en 1993-94 y Costa Rica forjó un consenso sobre la reforma en el Foro Nacional de Concertación en 1998; El Salvador ofrece una lección negativa de una reforma sin discusión pública). En algunos países en los que aún subsiste la fragmentación y estratificación de entes gestores de los seguros sociales, debe promoverse la unificación de los múltiples programas, la homogeneización de las condiciones de adquisición de derechos y la eliminación de los privilegios (virtualmente todos los países que han hecho reformas de pensiones, salvo México y Colombia, han logrado dicha unificación, aunque excluyendo a las fuerzas armadas por razones obvias; Costa Rica es una excepción porque no las tiene). La legislación frondosa, dispersa, contradictoria y compleja necesita unificarse y simplificarse. El Estado debe también promover la modernización de la seguridad social mediante la introducción de técnicas informáticas y de computación, así como una mejor contabilidad y gestión, y crear un entorno favorable y adecuada regulación para el desarrollo de ONGs, cooperativas, proveedores privados y otros entes similares. Estos podrían llenar vacíos, presentar un desafío competitivo a la seguridad social, complementar prestaciones, aumentar la eficiencia y mejorar la calidad de los servicios.

En aquellos países donde sea factible introducir una reforma estructural de pensiones, el Estado debe primero comisionar un diagnóstico objetivo y profundo, a fin de escoger el modelo de reforma que mejor se adapte a las características económicas, sociales, demográficas, del mercado laboral y de capitales, así como políticas, del país y con las modificaciones que sean necesarias. Bolivia imparte una lección negativa por copiar el modelo chileno sin tener un mercado de asegurados lo suficientemente amplio para permitir la competencia. México promovió la reforma fuertemente influenciada por el modelo chileno, bajo el espejismo que el CPI aumentaría el ahorro nacional, pero no hay evidencia de que esto haya ocurrido en Chile. Si se considera un plan de pensiones complementarias debe decidirse su carácter voluntario u obligatorio, también hay que estudiar el tamaño del mercado de asegurados antes de seleccionar la naturaleza de las administradoras (exclusivamente privadas o múltiples).

En el sector de salud, el Estado ha de tomar una iniciativa enérgica para lograr la integración o alta coordinación de los servicios del seguro social y el ministerio de salud con el objeto de crear un sistema nacional de salud con cobertura universal. Los recursos fiscales deben reasignarse con las siguientes prioridades: a) atención primaria de la salud, suministro de agua potable, eliminación de excretas, inmunización, nutrición y educación sanitaria; b) grupos vulnerables como niños y mujeres embarazadas, pobres, áreas rurales, poblaciones indígenas y regiones geográficas con alta incidencia de pobreza; c) las "enfermedades del subdesarrollo" que son responsables del grueso de las muertes en la mayoría de los países de la región (en los países de alto desarrollo y pioneros estas causas han pasado a un segundo plano y las "enfermedades del desarrollo" son las principales); d) el primer nivel de atención, sobre todo la consulta externa, para disminuir el flujo excesivo de pacientes a los niveles superiores que son más caros; y e) los puestos rurales y

ambulatorios en las zonas urbanas marginales, así como el mantenimiento, la remodelación y equipamiento de hospitales, antes de construir nuevos y mayores. La descentralización administrativa, bien concebida y aplicada, debería resultar en una mejor adaptación a la morbilidad local y perfiles patológicos, y fomentar la participación comunitaria, de ONGs y organismos locales. Estas medidas habrían de disminuir los costos, maximizar el uso de las instalaciones y recursos humanos existentes, reducir la mortalidad y morbilidad, y proporcionar una base mejor para la extensión de la cobertura poblacional.

3. Reforma de los seguros sociales: financiamiento

El Estado debe ayudar a los seguros sociales a restablecer el equilibrio financiero y actuarial, mediante el aumento de sus ingresos y la disminución de sus gastos. Lo primero demanda: a) la reducción de la evasión y la mora mediante una credencial única para todos los pagos fiscales y colaboración estrecha con las autoridades tributarias, un registro informatizado, cuentas individuales de los asegurados, una mejor inspección y procedimientos de ejecución, y persecución efectiva de los transgresores (el proyecto de ley de Costa Rica es una buena guía en este campo); b) el pago puntual de las cotizaciones del Estado como empleador, el establecimiento de sus aportes como tercera parte en una cuantía realista y condicionada a la reforma y universalización de los seguros sociales, y el pago de la deuda estatal bajo términos justos; c) la eliminación de los techos salariales para las cotizaciones antes del aumento del porcentaje de las mismas (no debe eliminarse la cotización del empleador —como en Bolivia, Chile y Perú— pues dicha acción aumentaría los costos fiscales de la transición y/o la cotización del asegurado); y d) la creación de un entorno favorable para la inversión, incluidos los mercados financieros (el Estado debe establecer las reglas generales para la inversión de los fondos, pero abstenerse de controlar o explotar los mismos).

Medidas para reducir los costos (a más de las listadas en la sección anterior) serían: a) eliminación o restricción de las condiciones de acceso liberales y de las prestaciones generosas (por ejemplo, en pensiones: edades muy bajas, fórmula del cálculo de la pensión basada en los salarios de años más recientes y con una tasa de reemplazo muy alta; en salud: atención en el extranjero cuando no está disponible en el país); b) prohibición de añadir o liberalizar prestaciones a los ya cubiertos sin proporcionar los recursos necesarios; c) reducción de los gastos administrativos (el Estado no debe usar al seguro social como una fuente de empleo, sino facilitar el despido del personal innecesario o incapaz, promover su reentrenamiento, y eliminar los beneficios adicionales privilegiados de dicho personal); y d) una mayor eficiencia.

Los subsidios fiscales a los seguros sociales, especialmente en países con baja cobertura, deben utilizarse total, o al menos parcialmente, para facilitar la extensión de la cobertura a los grupos de ingreso bajo que son difíciles de incorporar (por ejemplo, cuenta propia, agrícolas) y/o a programas para combatir la pobreza. Estos cambios corregirían las desigualdades existentes, ayudarían a extender la cobertura y promoverían un efecto progresivo en la distribución. Podría ser necesaria una reforma fiscal para que el Estado generara los ingresos requeridos por las reformas explicadas y a la par mejorara la distribución del ingreso. Los organismos financieros internacionales deben conceder donaciones o préstamos blandos para ayudar a implantar el modelo de reforma que más se adapte a las condiciones de los países, sin tener prejuicios en favor de un modelo específico de reforma.

4. Reforma de los seguros sociales: Extensión de la cobertura poblacional

El Estado debe alentar la consolidación de la cobertura en los países pioneros, acelerar la extensión en los intermedios y, sobre todo, en los tardíos; si se dejase esta importante tarea a la administración de seguridad social, habría una alta probabilidad de inercia y estancamiento. El

ejecutivo, con ayuda externa y en colaboración con la institución de seguro social, debe diseñar un proyecto de extensión, calcular su costo y viabilidad, obtener los recursos requeridos mediante una combinación de fuentes internas y externas, y apoyar la promulgación de la ley. Con el sistema actual no sería económicamente factible la extensión de la cobertura en los países menos desarrollados, debido a la muy baja cobertura de la población y los escasos recursos disponibles.

Se requiere una reforma que procure fuentes de financiamiento diversas o adicionales a la cotización salarial (incluyendo el impuesto sobre la renta o el IVA, subsidios fiscales, etc.) que facilite la incorporación de grupos difíciles, diseñe paquetes con las prestaciones más urgentes y de menor costo para los grupos de bajo ingreso, establezca prioridades comenzando con la extensión de la cobertura de salud y luego introduciendo pensiones básicas cuando las condiciones económicas lo permitan, e incentive la participación de organizaciones intermedias como asociaciones de campesinos y cuenta propistas, ONGs y el sector privado. La reforma estructural de pensiones especialmente cuando elimina la cotización del empleador y aumenta la del asegurado, puede incrementar los obstáculos a la extensión de la cobertura y crear mayores incentivos para la evasión. El Estado debe estudiar cuidadosamente este problema antes de hacer cambios en la cotización que luego serían muy difíciles de revertir.

5. La asistencia social

El Estado debe propiciar un estudio de viabilidad para determinar la posibilidad de: dedicar una proporción mayor de los gastos de seguridad social y el PIB a la asistencia social; añadir pensiones asistenciales a la viuda y huérfanos (inexistentes aún en los pocos países que tienen programas de asistencia social); dar preferencia sobre los pagos monetarios a programas de nutrición, atención de salud materno-infantil, guarderías infantiles y entrenamiento; y ajustar las edades de retiro a la esperanza de vida de los pobres. Debe existir una brecha adecuada entre el monto de la pensión de seguro y la asistencial social, ésta debe ser financiada con recursos fiscales, y debe haber fondos separados en ambos programas para evitar tanto transferencias del seguro a la asistencia como incentivos para la evasión al seguro y la simulación de pobreza. La administración de la asistencia social debe ser descentralizada con participación de los beneficiarios. La comprobación de ingresos para conceder una pensión asistencial ha de ser aplicada periódicamente (para detectar posibles cambios en la situación de pobreza) y de manera simple y eficiente, descansando más en la información ofrecida por las comunidades, que en procedimientos burocráticos centralizados, y ha de evitarse la interferencia política y el fraude.

6. Las redes mínimas de protección social

El Estado debe coordinar todos los programas de lucha contra la pobreza (asistencia social, RMPS, programas de empleo) así como otros programas relacionados, como la atención primaria a la salud y los que focalizan a grupos vulnerables (mujeres, niños, grupos étnicos) a fin de tener una política integral e integrada para atacar la pobreza. El Estado debe procurar que: la administración de las RMPS sea independiente del gobierno central y políticamente neutral, diseñe métodos relativamente simples pero efectivos para la focalización en los pobres, seleccione los proyectos con base a criterios objetivos preestablecidos que enfatizen la reducción substancial de la pobreza y maximicen el uso de los recursos, asegure la ejecución de los proyectos por entidades lo más descentralizadas y locales posibles, y evalúe adecuadamente el desempeño de dichos proyectos.

7. Educación ciudadana para la reforma social

Con frecuencia, los principales obstáculos para la reforma social no son técnicos ni económicos sino políticos: cómo conseguir un respaldo fuerte del gobierno para que la reforma sea la adecuada, se apruebe por el congreso y se implante; cómo hacer ver a los políticos los efectos

daños de una conducta irresponsable y también que se percaten que la mayoría no asegurada tiene más votos que la minoría asegurada; cómo generar la aceptación pública de medidas severas pero necesarias como el ajuste de la edad de retiro a la esperanza de vida; cómo neutralizar la oposición de grupos de intereses que o bien bloquean la reforma o quieren moldearla para que satisfaga sus propios fines; cómo convencer a los empleados de la seguridad social que si no aumentan su eficiencia y transforman la institución, la crisis provocará el colapso del sistema y la desaparición de su fuente de empleo.

La educación pública es esencial para hacer viable la reforma y el Estado tiene que hacerse cargo de esta tarea. Debe lanzar una campaña nacional para instruir al público en general, los congresistas, los dirigentes de los partidos políticos, sindicatos y empresas, y la burocracia de la seguridad social sobre la necesidad urgente de la reforma social. No puede haber reforma social sin **sacrificio compartido**: los trabajadores tendrán que aceptar cambios en edad y en la fórmula para calcular la pensión, los empleadores asentir en una posible elevación de las cotizaciones, la burocracia de la seguridad social deberá reducir sus costos administrativos, así como mejorar su eficiencia y la calidad de sus servicios, y el Estado tendrá que cumplir con sus obligaciones y apoyar en vez de explotar los fondos de los seguros sociales. Si esto se logra, el bienestar social en América Latina en el siglo venidero será mejor que al concluir este siglo.

Bibliografía

- Banco Central del Uruguay (BCU) (1998), *Memoria trimestral del régimen de jubilación por ahorro individual obligatorio*, septiembre, No.9, Montevideo, Uruguay.
- Banco de Previsión Social (BPS) (1998), *Boletín Estadístico 1998*, Montevideo, Uruguay, 19:53.
- _____(1998), Nuevo régimen previsional, Ley 16.713. *Informe Cuatrimestre*, enero-abril a septiembre-diciembre, Montevideo, Uruguay.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID), (1998), *Progreso económico y social en América Latina 1998-1999*, Washington D.C., John Hopkins University Press.
- Banco Mundial (1999), *World Development Report 1998/99*, Oxford University Press, New York, USA.
- Bertranou, Fabio (1998), "Argentinian Health Care Sector and the Demand for Health Services: Three Essays on Health Economics", University of Pittsburgh, Department of Economics, Ph.D. Dissertation, noviembre.
- CEPAL (1997), *La brecha de la equidad: América Latina y el Caribe y la cumbre social*, Santiago de Chile, abril.
- _____(1998a), *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 1997*, Santiago de Chile.
- _____(1998b), *Panorama social de América Latina 1997*, Santiago de Chile.
- _____(1998c), *Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe 1998* (Santiago).
- Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR) (1998), *Boletín Informativo SAR*, México D.F. No. 3, agosto.
- Cornia, Giovanni Andrea (1999), *Social Funds in Stabilization and Adjustment Programmes*, Helsinki: UNU/WIDER.

- Cruz-Saco, María Amparo y Carmelo Mesa-Lago (1999), *Do Options Exist? The Reform of Pension and Health-Care Systems in Latin America*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press.
- Franco, Rolando (1996), "Paradigmas de la política social en América Latina", *Revista de la CEPAL*, No. 58, abril: 9-23.
- Goodman, Margaret *et al.* (1997), *Social Investment Funds in Latin America: Past Performance and Future Role* (Washington D.C.: Inter-American Development Bank).
- Kleinjans (1999) "The Colombian Pension Reform of 1994: Evaluation and Perspectives", Pittsburgh, University of Pittsburgh, Department of Economics, trabajo inédito, agosto.
- La Forgia, Gerard M. (1999), "Health Sector Reform: A Financial-Service Flow Model and the Colombian Case", en *Do Options Exist?*, Cruz-Saco y Mesa-Lago, compiladores: 225-266.
- Ligozio, Matthew (1999), "Analysis of Health Care: A Closer Look at Chile", University of Pittsburgh, unpublished paper.
- Lustig, Nora y Ruthanne Deutsch (1998), *The Inter-American Development Bank and Poverty Reduction: An Overview*, Washington D.C., BID.
- Mesa-Lago, Carmelo (1996a), "Las reformas de las pensiones en América Latina y la posición de los organismos internacionales", *Revista de la CEPAL*, No. 60 (diciembre): 73-94.
- _____(1996b) "La seguridad social y la pobreza en Cuba," en *La seguridad social en América Latina: seis experiencias diferentes*, Buenos Aires, Konrad-Adenauer-Stiftung/CIEDLA): 51-110.
- _____(1997), "Social Welfare Reform in the Context of Economic-Political Liberalization: Latin American Cases", *World Development* 25:4 abril: 497-517, versión española, *La reforma del bienestar social en América Latina y la liberalización económico-política*, Madrid, Instituto Universitario Ortega y Gasset, Papeles de Trabajo.
- _____(1998) "La reforma estructural de pensiones en América Latina: tipología, comprobación de presupuestos y enseñanzas", en *Pensiones en América Latina: dos décadas de reforma*, Alejandro Bonilla y Alfredo Conte-Grand, compiladores, Lima, Organización Internacional del Trabajo: 77-164.
- _____(1999a), "La privatización de los sistemas de pensiones de seguridad social en América Latina: un balance al final del siglo" *Anuario Social y Político de América Latina*, No. 2: 22-25.
- _____(1999b), "La política y la reforma de las pensiones en América Latina," *Nueva Sociedad*, No.160: 133-150.
- _____(1999c), "Achieving and Sustaining Social Development with Limited Resources: The Experience of Costa Rica," en *Social Development and Public Policies: Some Successful Experiences*, Dharam Ghai, compilador, London: Macmillan, en prensa.
- _____(2000a), *Market, Socialist and Mixed Economies: Comparative Policies and Performance—Chile, Cuba and Costa Rica*, Baltimore: John Hopkins University Press, en prensa.
- _____(2000b), "Social Assistance on Pensions and Health Care in Latin America and the Caribbean" en *Social Protection and Poverty*, Nora Lustig compiladora, Washington D.C., Brookings Institution, en prensa.
- Mesa-Lago, Carmelo y Fabio Bertranou (1998), *Manual de economía de la seguridad social latinoamericana*, Montevideo, CLAEH.
- Mesa-Lago, Carmelo y Jorge Pérez-López (1999) "Cuba's Economy: Twilight of an Era" *Transition* 10: 2 abril: 22-25.
- Porvenir Webpage 07/08/99. Bogotá, <http://www.porvenir.com.co>.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1998), *Human Development Report 1998*, New York: Oxford University Press.
- Quaiser, Monika. (1997), *Pension Reform and Private Pension Funds in Peru and Colombia*, Washington D.C., World Bank, Policy Research Working Paper 1853, noviembre.
- Salomon Smith Barney (1999), *Private Pension Funds in Latin America*, New York: Equity Research Latin America, 10 marzo.

- Sojo, Ana (1994), *La política social selectiva de la región revisitada*, Ginebra, UNRISD.
- _____(1998), *Hacia unas nuevas reglas del juego: Los compromisos de gestión de salud de Costa Rica desde una perspectiva comparada*, CEPAL, Serie Políticas Sociales, No. 27, Santiago.
- Sottoli, Susana (1999), "La política social en América Latina bajo el signo de la economía de mercado y la democracia", Heidelberg, Universitat Heidelberg, trabajo inédito.
- Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (SAFJP) (1999), *Memoria trimestral: octubre-diciembre 1998*, Buenos Aires: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones (SAFP) (1998), *Boletín de Información Mensual*, Lima, diciembre.
- _____(1999a), *Memoria 1998*, Lima.
- _____(1999b), *Boletín Estadístico*, No. 148, Santiago.
- Superintendencia Bancaria (SB) (1998), *Informe: primer trimestre*, "Entidades administradoras de pensiones y cesantía", Bogotá, marzo.
- Superintendencia de Pensiones (SP) (1999), *Boletín Estadístico*, No. 5, octubre-diciembre 1998 y *Boletín Indicadores Previsionales*, No. 7, diciembre 1998.
- U.S. Social Security Administration (US-SSA) (1997), *Social Security Programs throughout the World-1997*, Washington D.C., Research Report No. 65, agosto.

Anexo

Cuadro 1

ORDENAMIENTO SOCIOECONÓMICO DE LOS DIEZ PAÍSES SELECCIONADOS EN AMÉRICA LATINA Y EXISTENCIA DE PROGRAMAS SOCIALES: 1995 – 1999

Países ^a	Índice de desarrollo humano (IDH): 1995		PIB por habitante real anual: 1995		Seguridad Social				Redes mínimas de protec. social
	Marcas ^b	Orden entre 174 países	PPP\$	Orden entre los 10 países	Reforma de		Programas de		
					Pensiones	Salud	Desempleo	Asist. Social	
Chile	0.893	31	9 930	1	X	X	X	X	X
Costa Rica	0.889	34	5 969	6	X	X		X	X
Argentina	0.888	36	8 498	2	X	X	X	X	X
Uruguay	0.885	38	6 854	3	X		X	X	X
México	0.855	49	6 769	4	X		X ^d		X
Colombia	0.850	53	6 347	5	X	X			X
Cuba	0.729	85	3 100 ^c	8	X	X		X	
Perú	0.729	86	3 940	7	X	X			X
El Salvador	0.604	114	2 610	10	X				X
Bolivia	0.509	116	2 167	9	X				X

Fuente: Ordenamientos del PNUD 1998; programas sociales de este trabajo.

^a Los países se ordenan de acuerdo con el IDH.

^b Este índice combina el indicador de PIB p/h real con otros dos: salud y educación.

^c El PNUD no ha explicado como calcula esta cifra; en 1995 el PIB p/h al cambio par era de US\$ 198 y en las agencias estatales (25 al) era US\$ 48.

^d No realmente un seguro de desempleo (ver Cuadro 8).

Cuadro 2

TIPOLOGÍA DE LA LIBERALIZACIÓN POLÍTICO-ECONÓMICA Y EL GRADO DE PRIVATIZACIÓN DE LOS SEGUROS SOCIALES EN LOS DIEZ PAÍSES: 1981-98

Países ^a	Grado de liberalización		Grado de privatización de los seguros sociales	
	Política	Económica	Pensiones	Salud
Chile	<u>Muy bajo (80s)</u> Medio (90s)	<u>Muy alto (80s)</u> Alto (90s)	Muy alto	Muy alto
México	Bajo	Alto	Alto	No cambió
Perú	Bajo	Alto	Alto	Alto
Bolivia	Medio	Alto	Alto	No cambió
El Salvador	Medio	Medio	Alto	No cambió
Argentina	Medio	Alto	Medio	Medio
Colombia	Alto	Medio	Medio	Medio
Uruguay	Alto	Bajo	Medio	No cambió
Costa Rica	Muy alto	Bajo	Muy bajo	Muy bajo
Cuba	Ninguno	Muy bajo	Ninguno	Ninguno

Fuente: Mesa-Lago 1997, 1996b y análisis posterior en este trabajo.

^a Los países se ordenan de acuerdo a su grado de liberalización política, de muy bajo a muy alto (ninguno en Cuba), que es inverso al grado de liberalización económica, de muy alto a muy bajo (Argentina es una excepción).

^b El período de reforma económica (liberalización) varía entre los países, desde principios de los ochenta a los noventa. En Chile la reforma económica se implantó en 1974-89 bajo un gobierno autoritario (la primera línea en el Cuadro) que también reformó los seguros sociales en 1979-81; la segunda línea del Cuadro se refiere a los dos gobiernos democráticos en los noventa que han mantenido fundamentalmente las reformas económicas y de seguros sociales. En Cuba comenzó una tímida reforma económica en 1993, provocada por la crisis de los noventa, la cual está estancada desde 1996, pero la reforma de los seguros sociales se efectuó en los sesenta.

COMPARACIÓN DE COSTOS ECONÓMICO-SOCIALES DE LA CRISIS DEL OCHENTA Y LA RECUPERACIÓN EN LOS NOVENTA EN DIEZ PAÍSES DE AMÉRICA LATINA: 1980-98

Países	PIB por habitante		Tasa de inflación			Salario mínimo		Desempleo urbano			Incidencia de pobreza (% de hogares urbanos y rurales)						Distribución del ingreso coeficiente Gini (Hogares Urbanos)		
	(Promedio anual%)		(Dic.-Dic.%)			(1980=100)		(% fuerza laboral)			1980		1984-87 ^a		1992-96				
	1981-90	1991-98	1980	1981-90 ^a	1998	1981-90 ^a	1993	1980	1981-90 ^a	1998	U	R	U	R	U	R	1980-81	1986-90 ^a	1994
Argentina	-2.1	4.4	88	4 923	0	40	49	3	8	13	7	16	12	17	12	16	0.375	0.423	0.438
Bolivia	-1.9	1.8	24	8 170	7	n.d.	n.d.	7	12	4 ^g	n.d.	n.d.	49	n.d.	41	n.d.	n.d.	0.484	0.434
Colombia	1.6	0.7	26	32	18	99	106	10	14	15	36	45	36	42	41	57	0.518	0.455	0.505
Costa Rica	-0.6	0.7	18	27	11	86	113	6	10	5	16	28	21	28	18	23	0.328	0.364	0.363
Cuba	2.8	-3.6	8 ^c	26 ^f	3	n.d.	n.d.	6 ^c	8	7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Chile	1.3	5.7	31	27	6	69	105 ^h	12	20	6	n.d.	n.d.	38	45	19	26	n.d.	0.485	0.473
El Salvador	-1.4	2.4	19	31	2	n.d.	n.d.	n.d.	10	7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
México	-0.3	1.3	30	159	16	46	42 ^e	4	7	3	n.d.	n.d.	28	45	29	47	0.321 ^d	0.424	0.405
Perú	-3.3	3.6	60	7 650	6	23	16 ^e	7	10	9	35	65	45	64	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Uruguay	-0.6	2.9	43	83	15	69	52	7	16	10	9	21	14	23	6	n.d.	0.379	0.385	0.300
Promedioⁱ	-1.0	1.7	56	n.d.	10	n.d.	67	7	n.d.	8	25	54	30	53	34	55	n.d.	n.d.	n.d.

Fuente: Mesa-Lago y Bertranou 1998, ampliado y puesto al día con CEPAL 1998a, 1998b, 1998c; y Mesa-Lago y Pérez López 1999 (para Cuba).

^a En el punto peor de la crisis.

^b En su mayoría en la capital o zonas urbanas; nacional en Argentina y Uruguay; la serie se eliminó en 1993.

^c 1981

^d 1984

^e 1992

^f 1994

^g 1997

^h El punto máximo fue 116 en 1971 y no había sido sobrepasado en 1993.

ⁱ Promedios de CEPAL basados en: 32 países de ALC para PIB p/c; 22 países de ALC para inflación y desempleo; y 13 países de AL para pobreza. El autor estimó el promedio aritmético del salario mínimo, basado en 11 países de AL

Cuadro 4

COMPARACIÓN DE CARACTERÍSTICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN DIEZ PAÍSES DE AMÉRICA LATINA: 1989-98

Países	Año de creación del 1 ^{er} programa	Otros riesgos cubiertos				Cobertura poblacional (%)		Cotización sobre el salario ^a (%)	Esperanza de vida al nacer (años)	% de las pensiones en gasto total de beneficios	Razón activo/pasivo (pensiones)	Costo administrativo como % del gasto total	Gasto total como % del PIB	Balance del sistema (% del PIB)	Edades de retiro (mujeres/hombres)	
	IVS	EM	RO	D	AF	TOTAL	PEA								Segunda columna es nueva ley o sistema ^b	
	1997				1989-98		1997									1993
Argentina	1930s	X	x	X	x	80	82	47	72	80	1.5	5	16	-1	55/60	60/65
Bolivia	1956	X	x		x	21	13	23	60	53	3.5	14	2	0	50/55	65
Colombia	1945	X	x		x	16	35	31	69	43	9.5	11	2	0	57/62 ^g	^g
Costa Rica	1943	X	x		x	86	60 ^d	29	76	27	10.7	4	10	2	55/57	60/62
Cuba	1920	X	x	X		100 ^f	93 ^f	14	75	85	3.9	n.d.	17	-17	55/60	
Chile	1924	X	x	X	x	93	80 ^d	21-29	74	70	2.6	15	12	-5	^e	60/65
El Salvador ^e	1953	X	x			16	26	14-21	67	32	7.4	16	2	0	55/60	55/60
México	1941	X	x			58	44	26	71	26	7.3	14	3	0	65	65
Perú	1936	X	x			24	32	23	66	25	n.d.	22	2	0	55/60	65
Uruguay	1919	X	x	X	x	88	80	41-42	73	82	1.9	5	15	-5	55/60	60

Fuente: Compilación del autor basada en varias fuentes incluyendo USSA 1997.

Código: IVS = Invalidez, Vejez y Sobrevivientes; EM = Enfermedad-Maternidad; RO = Riesgos Ocupacionales; D = Desempleo; AF = Asignaciones Familiares.

^a Todos los programas y todas las cotizaciones porcentuales sobre el salario (asegurados, empleadores, y Estado); excluye otros subsidios estatales; 1% promedio estimado para RO excepto cuando se especifica.

^b Algunas de estas edades se aplican ya en el sistema nuevo, en algunos países se están aumentando gradualmente (Colombia).

^c Cobertura legal (no estadística) del sistema nacional de salud; no estrictamente comparable con cobertura del seguro social (EM).

^d La cobertura aumenta mucho si se añaden las pensiones asistenciales.

^e Las edades variaban mucho entre los múltiples programas existentes en 1979.

^f Cobertura legal, no existen estadísticas.

^g Nuevas edades en sistema público; en el "privado" (CPI) no se requiere edad sino un monto mínimo en la cuenta individual.

COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS LEGALES DE LAS REFORMAS ESTRUCTURALES DE LOS SISTEMAS DE SEGUROS SOCIALES (PENSIONES) EN OCHO PAÍSES DE AMÉRICA LATINA: 1998

Países ^a	Cotización Salarial					Aporte Financiero del Estado ^b			
	Fecha de implantación de la reforma	Tipo de reforma	Asegurado	Empleador	Cubre el déficit del programa público	Bono de reconocimiento	Pensión mínima	Tipo de administradoras	Cambios de administradora autorizados por año
Argentina	Julio 1994	Mixto	No cambió	No cambió	Sí	No tiene techo, se ajusta, no paga interés, requiere 35 años de cotización previas (pagado por el seguro social)	Si (pagada por el seguro social)	AFJP múltiple	Dos
Bolivia	Mayo 1997	Sustitutivo	Se aumentó ^c	Se eliminó ^c	Sí	Tiene techo, se ajusta, no claro si interés real, requiere un mes de cotización previa	No	AFP privada	No hasta el año 2001; luego uno por año
Colombia	Abril 1994	Paralelo	Se aumentó	Se aumentó	Sí	Tiene techo, se ajusta, tasa de interés de 3-4%, requiere 3 años de cotización previas	Sí (con limitaciones)	SAFP múltiple	Dos
Chile	Mayo 1981	Sustitutivo	Se redujo	Se eliminó	Sí	No tiene techo, se ajusta, interés real de 4% anual, requiere 3 años de cotización previas	Sí	AFP privada	No hay límite (proyecto de ley considera uno por año)
El Salvador	Mayo 1998	Sustitutivo	Se aumentó	No cambió	Sí	No tiene techo, no se ajusta, interés real igual a la inflación, requiere cotización previa	Sí	AFP privada	Dos
México	Sept. 1997	Sustitutivo	No cambió	No cambió	Sí	No	Sí	AFORE múltiple	Uno
Perú	Junio 1993	Paralelo	Se aumentó ^d	Se eliminó ^d	Sí	Tiene techo, se ajusta, no paga interés, requiere 4 años de cotización previas (pocos lo han recibido)	No inicialmente (luego reconocida por ley pero no aplicada)	AFP privada	No hay límite (uno en la práctica)
Uruguay	Abril 1996	Mixto	Se aumentó	Se redujo	Sí	No	Si (pagada por el seguro social)	AFAP múltiple	Dos

Fuente: Mesa-Lago 1998

^a Costa Rica y Cuba han efectuado reformas no estructurales de pensiones (sin componente "privado").

^b Cuando no está especificado, el Estado es directamente responsable por el costo.

^c Los salarios se incrementan por única vez (al inicio del sistema) para compensar el incremento de las cotizaciones.

^d En el sistema privado; las cotizaciones en el sistema público no fueron modificadas hasta Julio de 1995 cuando fueron uniformadas con las del programa privado

Cuadro 6
**DESEMPEÑO DE LA REFORMA DE PENSIONES EN OCHO
 PAÍSES DE AMÉRICA LATINA: DICIEMBRE DE 1998**

Indicadores	Argentina	Bolivia	Colombia	Chile	El Salvador	México	Perú	Uruguay
1. % de la fuerza laboral cubierta por ambos sistemas ^a basada en: Afiados Cotizantes	59 36	12 ^e n.d.	51 41	109 60	29 20	34 27	25 n.d.	72 66
2. <u>Asegurados (afiliados)</u>								
<i>Sistema Antiguo</i>								
Número (miles)	2 000	0 ^d	4 660 ^g	225	74	0 ^d	600 ^j	548 ⁱ
% del total	25	0 ^d	60 ^g	3	10	0 ^d	23 ⁱ	52
<i>Sistema Nuevo</i>								
Número (miles)	7,067	356 ^e	3 140 ^g	5 966	656	13 827	1 980	506
% del total	75	100 ^d	40 ^g	97	90	100 ^d	77 ⁱ	48
3. % de afiliados que son cotizantes activos	49	n.a.	48 ^g	53	67	82	45 ⁱ	82
4. No. de administradoras	15	2 ^f	8	8 ^h	5	13	5	6
5. Concentración de asegurados en las 3 administradoras mayores (%)	56	100	60	74	82	45	76	69
6. Comisión total cargada (%) ^b	3.42	2.50	3.50	2.67	3.18 ⁱ	4.16 ⁱ	3.80	2.63
7. <u>Fondo Acumulado</u>								
Millones US\$	11 526	1 849	2 119	31 336	58	10 594	1 713	374
% del PIB	3.5	42.0	2.3	39.8	n.d.	3.1	2.5	1.3
8. Promedio anual de rendimiento real de la inversión (%) ^c	10.9	n.d.	10.1	10.9	n.d.	4.3	5.1	6.9

Fuente: Elaboración propia basado en: Argentina de SAFJP 1999; Bolivia de Mesa-Lago 1998; Colombia de SB 1998 y Kristin 1999; Chile de SAFP 1999; El Salvador de SP 1999; México de CONSAR 1998; Perú de SAFP 1998, 1999; Uruguay de BCU 1998 y BPS 1999; y algunas cifras del fondo acumulado y porcentaje del PIB de Salomon 1999.

Nota: Los números 3 al 8 se refieren al sistema o componente de capitalización plena e individual.

^a Comprende a los cubiertos por el sistema general antiguo más a los que están en el sistema nuevo; excluye a otros grupos de asegurados como las provincias en Argentina, los empleados públicos en Colombia, los funcionarios del gobierno federal y trabajadores petroleros en México, 4 fondos pequeños en el Uruguay, y las fuerzas armadas en todos los países.

^b Incluye la comisión de la administradora más la prima por invalidez y sobrevivientes de las compañías de seguro (la última no se carga en México pues está administrada por el seguro social).

^c Argentina: julio 94-dic. 98; Colombia: dic. 95-dic. 98; Chile: julio 81-dic. 98; México: julio 97-agosto 98; Perú: dic. 94-dic. 98; Uruguay: agosto 96-sept. 98.

^d Todos deben cambiarse al sistema nuevo; en México había 1.7 millones (12% del total) que aún no se habían registrado en agosto de 1998.

^e Dic. 97.

^f Sólo dos hasta el año 2001.

^g Mayo 99.

^h Abril 99.

ⁱ Estimado del autor, la comisión es 1.66% y la prima para invalidez y muerte pagada al IMSS es 2.5%.

^j Incluye al sistema antiguo y los que están en el público reformado pero no en el mixto porque tienen bajo ingreso.

CARACTERÍSTICAS DE LA REFORMA DE SALUD (MODELOS SELECTIVOS) EN CUATRO PAÍSES DE AMÉRICA LATINA: 1996-1997

Características	Argentina	Colombia	Chile	Perú
A. Fecha				
1. Legislación	Leyes 1989, 1996; Decretos 1993, 1995, 1996, 1997 (obras sociales nacionales)	Constitución de 1991; Leyes 1991, 1993	Constitución 1980. Decretos-Ley de 1979, 1981, etc.	Decreto-Ley, nov. 1996 Ley 26790, mayo 1997
2. Entra en vigor	Parcial en 1996	Dic. 1994, pero pleno hasta 2000.	Mayo 1981 (sistema privado)	Dec. 1, 1996
B. Tipo de Reforma	Selectivo múltiple	Selectivo múltiple. Dos regímenes: contributivo (antiguo seguro social) y subsidiado (resto y pobres). Todos pueden escoger administradoras (EPS: seguro social, sector público empresas privadas y solidarias, cajas de compensación familiar, etc.) y proveedores de servicios (IPSS-privados y ESE-públicos).	Selectivo dual: público (institucional y libre elección) y privado (ISAPREs)	Selectivo dual público: (Ministerio salud: MS), seguro social (IPSS) y proveedores varios (EPS)
1. Sistema público/ Sistema seguridad social	El sistema público (Ministerios de Salud) no se cierra, se mantiene a nivel de las provincias. El sistema de seguridad social (obras sociales nacionales solamente) se desregula: libre elección		No se cierra, se reforma; el asegurado (presente y futuro) escoge entre sistema público y privado	MS; IPSS no se cierra ni se reforma pero ofrece prevención y atención mínima
2. Sistema privado	Pre-pagas: se establece regulación y podrán en el futuro recibir asegurados de las Obras Sociales y sus respectivas contribuciones salariales.		ISAPREs: corporaciones privadas de giro exclusivo, con o sin fines de lucro. El asegurado puede cambiarse entre ellas o volver al sistema público.	EPS: entidades prestadoras de servicios (privadas, públicas o mixtas) ofrecen planes complementarios. Empleador puede ofrecer planes de salud a sus trabajadores
C. Cobertura	Asalariados, jubilados y pensionados (obligatorio); cuenta propia (voluntario). Incluye a familiares dependientes.	Toda la población (ley 1993). La meta es alcanzar cobertura universal en año 2000, pero no ha ocurrido extensión significativa. Los asegurados (ISS, sector público, FFAA) continúan en la práctica bajo ese sistema, y la población de bajo ingreso y pobre bajo la red pública (descentralizada). A largo plazo la reforma focaliza en los pobres y grupos vulnerables.	Asalariados, jubilados y pensionados (obligatorio); cuenta propia (voluntario). Incluye a familiares dependientes	MS: no asegurados de bajo ingreso. IPSS: asegurados, pero pueden escoger entre IPSS y EPS.
% de población	<u>1995</u> 36% público 54% (Obras Sociales)		<u>1997</u> 64% (+ 4% FFAA)	<u>1994</u> 48.8% (público; MS) 21.8% (Seguro social; IPSS) 2.0% (FFAA)
1. Sistema público/ Sistema seguridad social				2.4% (privado)
2. Sistema privado	10%		27%	25.0% (no cubiertos)
3. No cubiertos	0		5% (seguros, mutuales, atención directa)	

Cuadro 7 (Continuación)

Características	Argentina	Colombia		Chile	Perú
		Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado		
D. Contribuciones (% del salario)					
1. Asegurados Asalariado Cuenta propia	3% Prima de acuerdo al paquete de prestaciones	4% más 1% (solidaridad exención a pobres)	"Cotización "subsidiada"	7%; (para ambos); se transfiere íntegro al público o al privado; subsidios del cuerdo con el ingreso, exime a indigente; 3% a 4% por paquete adicional en ISAPRE	No 9%
2. Empleador	5%	8%	-----	No	9%
3. Estado	No	No	Asignación presupuesto, impuestos.	Cubre déficit del público	No
4. Total	8% Asalariados y empleadores contribuyen adicionalmente 2 y 3% respectivamente para el programa médico de los jubilados y pensionados. Esto eleva la contribución total a 13%.	13%	-----	7% (sin aporte fiscal)	9%
E. Prestaciones					
1. Sistema público/ Sistema seguridad social	Ministerios de Salud: integral Seguridad Social (Obras Sociales): Programa Médico Obligatorio	Plan Obligatorio de Salud: preventiva, fomento salud, riesgos catastróficos. En 2000, igual para todos; en la transición sólo se otorga a subsidiados la atención a primer nivel.		Medicina preventiva, fomento a salud, medicina curativa, subsidios incapacidad laboral	MS: integral. IPSS: preventiva, riesgos profesionales, subsidios, plan mínimo de salud
2. Sistema privado	Programa Médico Obligatorio			Igual excepto preventiva y fomento salud ; paquete de prestaciones adicional opcional	Paquetes de salud iguales o mejores al mínimo; co-pagos de 2% (ambulatoria) y 10% (hospitalaria)
F. Administración					
1. Sistema público/ Sistema seguridad Social	Sistema público: Ministerios de Salud de las provincias. Además existe un Consejo Federal Sanitario. Sistema de Seg. Social (Obras Sociales): servicios directos o contratados, supervisado por el Ministerio de Salud de la Nación.	El MS administra el sistema a través del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y un Fondo de Solidaridad y Garantía (mecanismo de compensación)		FONASA a cargo de financiamiento; SNSS provee servicios por 26 unidades regionales; supervisado por MS	MS e IPSS tienen sus propias administraciones
2. Sistema privado	Servicios directos o contratados			Servicios directos o contratados	Servicios directos o contratados
Nº administradoras	n.d.	n.d.		29 (1997)	n.d.
Cambios	Una vez al año (por ahora solamente abarca a las Obras Sociales nacionales y de personal de dirección de empresas)	Libre		Después de un año	Libre entre EPS
Supervisión	Superintendencia de Servicios de Salud/ ANSSAL	Superintendencia del MS		Superintendencia ISAPRES	Superintendencia EPS

Fuente: Mesa-Lago y Bertranou 1998

Cuadro 8

**CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE SEGURO SOCIAL DE DESEMPLEO
EN CUATRO PAÍSES DE AMÉRICA LATINA: 1997**

Países	Cobertura empleados asalariados			Cotizaciones (% salario)			Prestaciones		
	Primera Ley y Ley vigente	Totalidad	Parte	Asegurado	Empleador	Estado	Condiciones (meses de seguro o cotizaciones)	% de ingresos	Período de pago (semanas)
Argentina	1967,1991	X ^a		1	1.5	0	12	60	17-52
Chile	1937,1981	X		0	0	^d	12	^e	26-52
México	1943		X ^b	0	0	^d	-	95	12-30
Uruguay	1944, 1981		X ^c	0	0	^d	6	50-60	26

Fuente: Mesa-Lago y Bertranou 1998, puesto al día con US-SSA 1997.

^a Excluye empleados públicos.

^b Pensión por cesantía para empleados entre 60 y 65 años de edad.

^c Empleo privado asalariado; excluye el sector bancario, la agricultura y a empleados domésticos.

^d Costo completo; en Uruguay esto se financia teóricamente con cotizaciones generales, de hecho con transferencias estatales o impuestos.

^e Suma mensual fija que disminuye de acuerdo al tiempo de desempleo

Cuadro 9
CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL DE PENSIONES EN CINCO PAÍSES DE AMÉRICA LATINA: 1997-1998

Países ^a	Fecha de Creación	Riesgos Cubiertos			Edad requerida en vejez	Porcentaje de los programas asistenciales sobre el total de:		Razón entre los promedios de pensiones de seguro y asistencia sociales	Promedio mensual de la pensión asistencial (US dólar)	Comprobación de recursos económicos	Fuentes de Ingresos			Fondo		Gastos de asistencia social como % del PIB (1990-94)
		V	I	M		Número de pensionados	Gasto en prestaciones				Transferencias de			Común	Separado	
											% del salario	Estado	Seguro Social			
Argentina	1948 1991	X	X	^b	70	8.2	4.0	2.5	150	X		X			X	n.d.
Costa Rica	1974	X	X	X	65	49.7	15.9	5.2	31	X	X		X		X	0.29
Cuba	1970s	X	X	X	65	n.d.	n.d.	2.4	2	X		X		^c	^c	0.52
Chile	1975	X	X		65	34.7	7.4	2.9	52	X		X			X	n.d.
Uruguay	1919	X	X		70	9.1	5.6	1.8	134	X		X	X	X		n.d.

Fuente: Mesa-Lago 2000b

V = Vejez I = Invalidez M = Muerte (sobrevivientes)

^a Bolivia, Colombia, El Salvador, México y Perú carecen de este programa.

^b Madres con siete hijos o más, y la viuda (o) con hijos menores dependientes.

^c No hay un fondo de pensión de seguro social.

CARACTERÍSTICAS DE LAS REDES MÍNIMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL EN NUEVE PAÍSES DE AMÉRICA LATINA: 1986-1993

Países/ Programas	Año de Inicio	Duración (años)	Tipos			Autonomía	Población Meta	Políticas y Proyectos			Financiamiento			
			PAS	FES	FIS			SS	ISE	CEI	Total (millones dólares) ^b	Distribución Porcentual		
												Externo	Gobi- erno	Contra- parte ^c
ARGENTINA FPIS	1995-99	5		X		Legalmente	Pobreza crónica, comunidades de bajo ingreso	X	X	X	n.d.			
BOLIVIA FSE	1986-91	4.5		X		Alta	Áreas urbano-rurales con alto desempleo, pobre nutrición y salud. 50% más pobre, con bajos indicadores de nutrición, salud y educación	X	X	X ^g	191	85	15	0
FIS	1990	No			X	Alta		X	X		96	69	8	23
COLOMBIA FSE	1992	3		X		n.d.	Pobres en áreas marginales, minorías vulnerables	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.			
COSTA RICA FODESAF	1975	No	X			Legalmente	Pobres y grupos de menor ingreso en áreas urbanas y rurales	X	X	X	123			
CHILE FOSIS	1990	No			X	Relativamente alta, pero mayoría gobierno en consejo	Regiones-áreas con peor incidencia de pobreza: más bajo ingreso (rural, pesca), desempleados; jóvenes, mujeres y grupos étnicos marginados	X	X	X	77	43	57	
EI SALVADOR FIS	1990	4		X		Alta	Pobreza crítica: mujeres embarazadas, niños, jóvenes, microempresas, pequeños granjeros, víctimas de la guerra civil	X	X	X	67	67	9	24
MEXICO PRONASOL	1989	No	X			Relativamente baja pero fuerte, participación comunitaria	Pobreza crítica: campesinos y grupos étnicos en zonas rurales y urbanas marginales, mujeres, jóvenes, migrantes	X	X	X	2 000 3 000 ^a	0	100	0
PERU FONCODES	1991	n.d.		X		Legalmente, pero control gobierno	Pobres pero sin clara focalización	X	X	X	75			
URUGUAY PRIS/FISE ^d	1990	4		X ^e		n.d.	Pobreza general y crítica afectada por ajuste: desempleados, mujeres, niños, viejos, inválidos, desnutridos	X	X	X	n.d.			

Fuente: Mesa-Lago y Bertranou 1998; CEPAL 1997.

PAS = Programa de Acción Social FES = Fondo de Emergencia Social FIS = Fondo Inversión Social

SS = Servicios Sociales Básicos ISE = Infraestructura Socio-Económica CEI = Creación Empleo e Ingreso

^a "No" significa que la legislación no especifica un tiempo determinado.

^b La información se refiere a: 1 año en Costa Rica, México y Perú; 2 años en Bolivia-FIS; 3 años en Chile y El Salvador; y 5 años en Bolivia-FSE.

^c Los programas son ejecutados por organismos no gubernamentales (ONGs), la comunidad o los beneficiarios directos.

^d Existen dos instituciones: el PRIS define los principios generales y el FISE es el ejecutor.

^e ESF con algunas características de SIF.

Cuadro 11

**RESULTADOS DE LAS REDES MÍNIMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL
EN NUEVE PAÍSES DE AMÉRICA LATINA: 1986-1993**

Países/Programas	Evaluación: progresos y problemas
Argentina FAIS	No disponible
Bolivia FSE FIS	Muy exitoso: 1 millón de beneficiarios (14% de la población); 3 269 proyectos; no-político, lazos fuertes con ONGs, refuerzo de gobiernos locales. Pero falta de criterios de selección adecuados, escasos efectos permanentes, sólo una fracción de los pobres beneficiados, las mujeres no focalizadas. Exitoso: 1.6 millones de beneficiarios (19% de la población); 1 311 proyectos (81% para el 50% más pobre de la población). Pero necesidad de mejorar coordinación con el gobierno, control y evaluación, focalización, participación de ONGs rurales.
Colombia FSE	No disponible
Costa Rica FODESAF	Un millón de beneficiarios (32% de la población); protección social amplia a través de programas gubernativos múltiples. Pero inadecuada focalización y necesidad de integración de los programas.
Chile FOSIS	Unos 55 000 beneficiarios (sólo 0.4% de la población); 2 076 proyectos; alta capacidad para movilizar aporte externo, programas exitosos de nutrición, refuerzo de ONGs y capacidad comunidades. Pero procedimientos largos y complejos, falta de coordinación con otros programas, necesidad de mejorar focalización.
El Salvador FIS	Exitoso: 1.4 millones de beneficiarios (27% de la población); 1 693 proyectos; finanzas sólidas, transparencia, eficiencia, neutralidad política, fuertes lazos con ONGs y comunidades. Pero dificultades para alcanzar a los más pobres, y no suficientes recursos para salud y nutrición.
México PRONASOL	24 millones de beneficiarios (27% de la población), recursos iguales al 0.7% del PIB, cientos de miles de proyectos. Pero cobertura inflada por múltiples servicios a un beneficiario, burocracia, política, no ha alcanzado a los más pobres.
Perú FONCODES	No hay cifras sobre beneficiarios; 3 000 proyectos. Pero intento de control político, fuentes insuficientes para alcanzar 12 millones de pobres, mala focalización.
Uruguay PRIS/FISE	No disponible

Fuente: Mesa-Lago y Bertranou 1998.



NACIONES UNIDAS

**Serie****políticas sociales****Números publicados**

- 1 Andrés Necochea, La postcrisis: ¿una coyuntura favorable para la vivienda de los pobres? (LC/L.777), septiembre de 1993.
- 2 Ignacio Irarrázaval, El impacto redistributivo del gasto social: una revisión metodológica de estudios latinoamericanos (LC/L.812), enero de 1994.
- 3 Cristián Cox, Las políticas de los noventa para el sistema escolar (LC/L.815), febrero de 1994.
- 4 Aldo Solari, La desigualdad educativa: problemas y políticas (LC/L.851), agosto de 1994.
- 5 Ernesto Miranda, Cobertura, eficiencia y equidad en el área de salud en América Latina (LC/L.864), octubre de 1994.
- 6 Gastón Labadie y otros, Instituciones de asistencia médica colectiva en el Uruguay: regulación y desempeño (LC/L.867), diciembre de 1994.
- 7 María Herminia Tavares, Federalismo y políticas sociales (LC/L.898), mayo de 1995.
- 8 Ernesto Schiefelbein y otros, Calidad y equidad de la educación media en Chile: rezagos estructurales y criterios emergentes (LC/L.923), noviembre de 1995.
- 9 Pascual Gerstenfeld y otros, Variables extrapedagógicas y equidad en la educación media: hogar, subjetividad y cultura escolar (LC/L.924), diciembre de 1995.
- 10 John Durston y otros, Educación secundaria y oportunidades de empleo e ingreso en Chile (LC/L.925), diciembre de 1995.
- 11 Rolando Franco y otros, Viabilidad económica e institucional de la reforma educativa en Chile (LC/L.926), diciembre de 1995.
- 12 Jorge Katz y Ernesto Miranda, Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos (LC/L.927), diciembre de 1995.
- 13 Ana Sojo, Reformas en la gestión de la salud pública en Chile (LC/L.933), marzo de 1996.
- 14 Gert Rosenthal y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen I, (LC/L.996), noviembre de 1996.
- 14 Eduardo Bascuñán y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen II, (LC/L.996/Add.1), diciembre de 1996.
- 14 Secretaría Permanente del Sistema Económico Latinoamericano (SELA) y Santiago González Cravino, Aspectos sociales de la integración, Volumen III, (LC/L.996/Add.2), diciembre de 1997.
- 14 Armando Di Filippo y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen IV, (LC/L.996/Add.3), diciembre de 1997.
- 15 Iván Jaramillo y otros, Las reformas sociales en acción: salud (LC/L.997), noviembre de 1996.
- 16 Amalia Anaya y otros, Las reformas sociales en acción: educación (LC/L.1000), diciembre de 1996.
- 17 Luis Maira y Sergio Molina, Las reformas sociales en acción: Experiencias ministeriales (LC/L.1025), mayo de 1997.

- 18 Gustavo Demarco y otros, Las reformas sociales en acción: Seguridad social (LC/L.1054), agosto de 1997.
- 19 Francisco León y otros, Las reformas sociales en acción: Empleo (LC/L.1056), agosto de 1997.
- 20 Alberto Etchegaray y otros, Las reformas sociales en acción: Vivienda (LC/L.1057), septiembre de 1997.
- 21 Irma Arriagada, Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo (LC/L.1058), septiembre de 1997.
- 22 Arturo León, Las encuestas de hogares como fuentes de información para el análisis de la educación y sus vínculos con el bienestar y la equidad (LC/L.1111), mayo de 1998. [www](#)
- 23 Rolando Franco y otros, Social Policies and Socioeconomic Indicators for Transitional Economies (LC/L.1112), mayo de 1998. experiencia de empoderamiento rural en Guatemala (LC/L.1177), marzo de 1999.
- 24 Roberto Martínez Nogueira, Los proyectos sociales: de la certeza omnipotente al comportamiento estratégico (LC/L.1113), mayo de 1998. [www](#)
- 25 Gestión de Programas Sociales en América Latina. Marco conceptual, Vol.I (LC/L.1114), mayo de 1998. [www](#)
- 25 Gestión de Programas Sociales en América Latina. Metodológica para su análisis, Vol.II (LC/L.1114/Add.1), mayo de 1998. [www](#)
- 26 Rolando Franco y otros, Las reformas sociales en acción: La perspectiva macro (LC/L.1118), junio de 1998. [www](#)
- 27 Ana Sojo, Hacia unas nuevas reglas del juego: Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica desde una perspectiva comparativa (LC/L.1135) julio de 1998.
- 28 John Durston, Juventud y desarrollo rural: Marco conceptual y contextual (LC/L.1146), octubre de 1998. [www](#)
- 29 Carlos Reyna y Eduardo Toche, La inseguridad en el Perú (LC/L.1176), marzo de 1999.
- 30 John Durston, Construyendo capital social comunitario. Una experiencia de empoderamiento rural en Guatemala (LC/L.1177), marzo de 1999. [www](#)
- 31 Marcela Weintraub y otras, Reforma sectorial y mercado de trabajo. El caso de las enfermeras en Santiago de Chile (LC/L.1190) abril de 1999.
- 32 Irma Arriagada y Lorena Godoy, Seguridad ciudadana y violencia en América Latina: Diagnóstico y políticas en los años noventa (LC/L.1179-P), Número de venta: S.99.II.G.24 (US\$ 10.00), agosto de 1999.
- 33 CEPAL PNUD BID FLACSO, América Latina y las crisis (LC/L.1239-P), Número de venta: S.00.II.G.03 (US\$10.00), diciembre de 1999.
- 34 Martín Hopenhayn y otros, Criterios básicos para una política de prevención y control de drogas en Chile (LC/L.1247-P), Número de venta: S.99.II.G.49 (US\$ 10.00), noviembre de 1999.
- 35 Arturo León, Desempeño macroeconómico y su impacto en la pobreza: análisis de algunos escenarios en el caso de Honduras (LC/L.1248-P), Número de venta S.00.II.G.27 (US\$10.00), enero de 2000.
- 36 Carmelo Mesa-Lago, Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI (LC/L.1249-P), Número de venta: S.00.II.G.5 (US\$ 10.00), enero de 2000.

Otras publicaciones de la CEPAL relacionadas con este número


Jorge Mastrangelo (1999), Políticas para la reducción de costos en los sistemas de pensiones: el caso de Chile, Serie Financiamiento del Desarrollo N° 86, (LC/L.1246-P).

Rosa María Marques (1999), O financiamento do sistema publico de sau de brasileiro, Serie Financiamiento del Desarrollo N° 82, (LC/L.1233-P).

Silvia Montoya (1997), Reformas al financiamiento del sistema de salud en Argentina, Serie Financiamiento del Desarrollo N° 60, (LC/L.1043).

Gustavo Demarco y otros (1999), Las reformas sociales en acción: seguridad social, Serie Políticas sociales N° 18, (LC/L.1054).

Iván Jaramillo y otros (1996), Las reformas sociales en acción: salud, Serie Políticas sociales N° 15, (LC/L.997).

-
- El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la División de Desarrollo Social, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago de Chile. No todos los títulos están disponibles.
 - Los títulos a la venta deben ser solicitados a Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, publications@eclac.cl.
 -  Disponible también en Internet: <http://www.eclac.cl>

Nombre:

Actividad:.....

Dirección:.....

Código postal, ciudad, país:

Tel.: Fax: E.mail: